

**UFRRJ**  
**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DISSERTAÇÃO**

**Aspectos Psicossociais na Adesão a Tratamentos da  
Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus:  
Concepções e Ações de Agentes Comunitários de  
Saúde**

**Kelly Cristina Nascimento**

**2017**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NA ADESÃO A TRATAMENTOS DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: CONCEPÇÕES  
E AÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**KELLY CRISTINA NASCIMENTO**

*Sob a Orientação da Professora*

**Profa. Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-graduação em Psicologia, área de concentração em Psicologia.

Seropédica, RJ  
Dezembro de 2017

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N244a Nascimento, Kelly Cristina, 1977-  
Aspectos psicossociais na adesão a tratamentos da  
Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: concepções e  
ações de Agentes Comunitários de Saúde / Kelly  
Cristina Nascimento. - 2017.  
159 f.: il.

Orientadora: Lilian Maria Borges Gonzalez.  
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural  
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia, 2017.

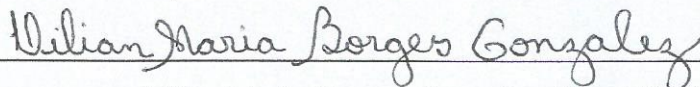
1. Adesão ao Tratamento. 2. Aspectos  
Psicossociais. 3. Agente Comunitário de Saúde. I.  
Borges Gonzalez, Lilian Maria , 1971-, orient. II  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**KELLY CRISTINA NASCIMENTO**

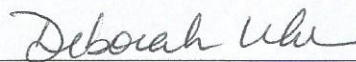
Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, área de concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 12/12/2017.

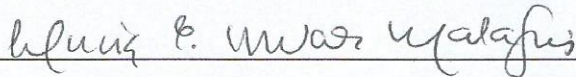


Lilian Maria Borges Gonzalez. (Dra.) UFRRJ

(Orientadora)



Deborah Uhr. (Dra.) UFRRJ



Lúcia Emmanoel Novaes Malagris. (Dra.) UFRJ

## DEDICATÓRIA

*À minha mãe e avós pelo amor e dedicação incondicionais. Por terem me incentivado a buscar a maior riqueza que um ser humano pode levar a qualquer lugar: o conhecimento.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me permitir superar todos os obstáculos e me fortalecer nos momentos de grandes dificuldades;

À minha orientadora Lilian Borges, por ter aceitado minha proposta de pesquisa e ter compartilhado conhecimentos. Serei sempre grata pela confiança, dedicação e incentivos durante o mestrado, que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal;

Às professoras Dras. Lúcia Emmanoel Novaes Malagris e Lilian Miranda, por terem aceitado participar de minha qualificação, ajudando-me com críticas e pontuações na construção deste trabalho;

Às professoras Dra. Marilei Tavares e Dra. Deborah Uhr, pelas contribuições no dia da defesa da dissertação;

À minha família: tios, primos e afilhadas, pela paciência e compreensão quanto minha ausência para conquistar esse sonho tão esperado;

Aos amigos Renato Fontella, Nathália Freitas e Janaína Domingues, por caminharem sempre ao meu lado;

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRRJ. Em especial, aos professores Valéria Marques e Nilton Sousa pelos ensinamentos e acolhida em minha trajetória no mestrado;

Às enfermeiras e ACSs da ESF de Mangaratiba, pela contribuição neste trabalho, que foi imprescindível para sua realização;

À minha coordenadora de trabalho na Psicologia Karla Stavale Peres e companheiras de trabalho Valdinéa Lopes da Costa e Mariellen Jardim, pela cooperação para a conclusão deste estudo;

Ao meu noivo Oswaldo Costa Júnior pelo apoio na finalização deste trabalho.

## RESUMO

NASCIMENTO, Kelly Cristina. **Aspectos Psicossociais na Adesão a Tratamentos da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Concepções e Ações de Agentes Comunitários de Saúde**. 159p Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2017.

No contexto da atenção primária à saúde, ocorrem ações integradas de educação e cuidado a pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, o que, no Brasil, se dá através da Estratégia Saúde da Família (ESF), em consonância com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tais doenças têm em comum a cronicidade e, se não controladas, elevam os riscos de complicações à saúde, indicando a importância de intervenções adequadas e contínuas para favorecer a adesão aos seus tratamentos. Adesão é a medida em que o comportamento da pessoa corresponde às prescrições e recomendações dos profissionais de saúde, sem se restringir a mera obediência. Fatores psicossociais podem contribuir ou constituir barreiras que dificultam a adesão. Espera-se que os ACS disponham de conhecimentos e habilidades para favorecer a adesão dos usuários que acompanham. Diante da complexidade e relevância do tema, realizou-se uma pesquisa com o objetivo de investigar as percepções de ACS no que se refere à identificação e manejo de aspectos psicossociais que influenciam a adesão aos tratamentos de usuários com diagnóstico de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, conforme suas experiências no âmbito da ESF de um Município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi conduzida com três enfermeiras e dezesseis ACS de três equipes da ESF e incluiu múltiplos procedimentos: questionário para obtenção de dados sociodemográficos e profissionais dos participantes; entrevista semiestruturada com as enfermeiras; grupo focal e oficina para discussão de caso clínico com os ACS. O material obtido foi categorizado e analisado de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin. Uma boa adesão aos tratamentos foi entendida pelos ACS como aceitação da doença/tratamento, comparecimento a consultas e envolvimento ativo no tratamento. Por outro lado, os resultados indicaram dificuldades relacionadas ao uso de medicamentos, seguimento da dieta alimentar e mudanças no estilo de vida, influenciadas por barreiras do serviço de saúde, psicológicas, familiares, sociais e das características do tratamento. Para lidar com problemas de adesão, os ACS apresentaram repertório de ação estratégico, criativo e diversificado, voltado para a intervenção direta com os usuários ou para a busca de apoio junto a outros profissionais e a familiares. Em suas intervenções, recebiam apoio da equipe de referência, bem como da equipe de matriciamento. Entretanto, para maior integralidade do cuidado, sugeriram a obtenção de apoio regular da equipe de saúde mental, com destaque para o psicólogo, além da oportunidade de mais cursos e capacitações orientados para a prática. Avaliaram suas experiências nas oficinas de forma positiva e útil ao fazer profissional. Mostraram uma percepção ampla e adequada sobre os aspectos psicossociais implicados na adesão e tentativas de atuação nos casos correspondentes. A participação no grupo focal configurou-se como uma oportunidade de reflexão e aperfeiçoamento profissional, possibilitando a troca de experiências entre os ACS e a maior conscientização sobre seus fazeres. São necessários mais estudos sobre o tema da adesão a tratamentos no contexto de trabalho dos ACS, visando subsidiar capacitações para estes profissionais com vistas a uma atuação mais eficiente e efetiva frente aos inúmeros desafios de suas práticas.

Palavras-chave: adesão ao tratamento; aspectos psicossociais; agente comunitário de saúde.

## ABSTRACT

NASCIMENTO, Kelly Cristina. **Psychosocial Aspects in the Adherence to Hypertension and Diabetes Mellitus Treatments: Conceptions and Actions of Community Health Agents**. 159p Dissertation (Master Science in Psychology). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2017.

Within the context of the primary attention to health, there are integrated actions of education and care for people with Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus which, in Brazil, occurs through the Estratégia Saúde da Família (ESF), in line with the work of the Agentes Comunitários de Saúde (ACS). In common, such diseases are chronic and if they are not controlled, may raise the risk of complications to health, pointing out the importance of suitable and continuous interventions to encourage the adherence to its treatments. The adherence is the measure in which the behavior of the person corresponds to the prescriptions and recommendations of the health professional without restricting the mere obedience. Psychosocial factors can contribute and constitute barriers that may make adherence difficult. It is expected that the ACS have the knowledge and skills to favor the adherence in the cases they follow. Upon the complexity and relevance of the theme, there was a research aiming at investigating the perceptions of the ACS in which refers to the identification and handling of the psychosocial aspects that influence the adherence to the treatments of the users with diagnostics of Arterial Hypertension and/or Diabetes Mellitus, as per their experiences within the scope of the ESF of a city in Rio de Janeiro. Data collection was conducted with three nurses and sixteen ACS from three SFH teams and included multiple procedures: a questionnaire to obtain sociodemographic and professional data from the participants; semi-structured interview with the nurses; focus group and workshop to discuss clinic case with the ACS. The obtained material was categorized and analyzed according to the Content Analysis of Bardin. Good adherence to the treatment was understood by the ACS as acceptance of the disease/treatment, attendance to the consultations and active involvement in the treatment. On the other side, the results showed difficulties of adherence related to the use of medications, following the food diet and change in lifestyle, influenced by health service, psychological, familiar, social barriers and the treatment features. In order to deal with the adherence problems, they presented a strategic, creative and diversified action repertoire, backed to the intervention itself or to the search of support with other professionals and users' families. In their interventions, they received support of the reference team, as well as from the team of matrix-based strategies. However, for a greater integrality of care to the user, they suggested to obtain a regular support of the mental health team, with special attention the Psychologist, besides the opportunity of more courses and capacitation oriented for the practice. In the workshops, they evaluated their experiences in a positive and contributive manner for the professional know-how. They showed a wide and suitable perception on the psychosocial aspects implied in the adherence and relevance in the performance. The work with the focus group was configured as an opportunity for reflection and professional improvement, enabling the experiences exchange between the ACS and a major awareness of their tasks. More studies on the theme on adherence to treatment within the scope of work are necessary, aiming at subsiding qualifications to such professionals for a more active and efficient performance and effective upon the several challenges of their practices.

Key-words: adherence to treatment; psychosocial aspects; *community health agents*.



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Região da Costa Verde, no Rio de Janeiro, onde se localiza o município de Mangaratiba .....	46
Figura 2. Panorama das categorias elaboradas a partir das falas dos ACS .....	114

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1. Instrumentos utilizados na pesquisa junto às enfermeiras e aos ACS .....	49
Quadro 2. Perfil dos usuários com DM e HAS nas regiões investigadas .....	64

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Caracterização dos participantes do estudo .....	49
Tabela 2. Dados profissionais das enfermeiras .....	57
Tabela 3. Dados profissionais dos ACS .....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde;
ABS	Atenção Básica à Saúde;
AVC	Acidente Vascular Cerebral;
CBO	Código Brasileiro de Ocupações;
COMEPE	Comissão de Ética na Pesquisa;
DM	Diabetes Mellitus;
eESF	Equipe da Estratégia de Saúde da Família;
ESF	Estratégia Saúde da Família;
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica;
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica;
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio;
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
NUMAM	Núcleo Municipal de Apoio Matricial;
OMS	Organização Mundial de Saúde;
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica;
PA	Pressão Arterial;
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
PAISMICA	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente;
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde;
PSF	Programa Saúde da Família;
SUS	Sistema Único de Saúde;
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
UBS	Unidade Básica de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 1. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
1.1 Atenção Básica à Saúde: a construção da base do cuidado .....	17
1.1.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS.....	23
1.2 Atenção a HAS e a DM: impactos do adoecimento crônico e cuidados necessários.....	27
1.2.1 O cuidado integral e ampliado na ABS a pessoas vivendo com HAS e DM.....	32
1.3 Adesão aos tratamentos de doenças crônicas e fatores psicossociais associados.....	37
1.4 Contribuições da Psicologia em equipes multiprofissionais na ABS.....	41
<b>CAPÍTULO 2. OBJETIVOS</b> .....	45
<b>CAPÍTULO 3. MÉTODO</b> .....	46
3.1 Contexto de realização da pesquisa.....	46
3.2 Participantes .....	48
3.3 Instrumentos .....	49
3.3.1 Roteiro de entrevista semiestruturada .....	49
3.3.2 Questionário sociodemográfico e profissional .....	50
3.3.3 Roteiro do grupo focal .....	50
3.3.4 Plano de oficina de discussão de caso clínico .....	51
3.3.5 Roteiro de avaliação da oficina de discussão de caso clínico .....	51
3.4 Procedimentos Éticos .....	51
3.5 Procedimentos de coleta de dados .....	52
3.6 Análise de dados .....	55
<b>CAPÍTULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	56
4.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes.....	56
4.1.1 Perfil das enfermeiras entrevistadas .....	57
4.1.2 Perfil dos ACS participantes .....	60
4.2 Entrevistas com as enfermeiras: contextos de trabalho dos ACS.....	63
4.2.1 Perfil dos usuários do Programa Hiperdia.....	63
4.2.2 Necessidades de capacitação dos ACS .....	65
4.3 Grupos focais: a adesão em foco na perspectiva dos ACS.....	69
4.3.1 Percepções dos ACS acerca da adesão aos tratamentos .....	69

4.3.1.1 Dificuldades dos usuários no seguimento dos tratamentos .....	69
4.3.1.2 Percepções acerca da boa adesão ao tratamento .....	75
4.3.2 Fatores psicossociais comprometedores e facilitadores da adesão aos tratamentos.....	79
4.3.2.1 Barreiras percebidas para a adequada adesão aos tratamentos .....	80
4.3.2.2 Facilitadores da adesão aos tratamentos .....	90
4.3.3 Formas de manejo do ACS frente a dificuldades dos usuários na adesão ao tratamento .....	94
4.3.3.1 Repertório de atuação na condução do cuidado ao usuário .....	94
4.3.3.2 Busca de parcerias na condução do cuidado ao usuário .....	100
4.3.4 Apoio recebido e sugestões para o manejo de dificuldades de adesão ao tratamento .....	106
4.4 Oficinas de discussão de caso: análise e estratégias de ação dos ACS .....	114
4.4.1 Análise dos ACS acerca do nível de adesão .....	115
4.4.2 Aspectos que interferem na adesão .....	116
4.4.3 Como lidar, em equipe, para favorecer uma melhor adesão .....	118
4.5 Avaliação das oficinas: ganhos percebidos pelos ACS .....	121
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>145</b>
A- Roteiro de entrevista semiestruturada com enfermeira .....	145
B- Questionário sociodemográfico e profissional .....	146
C- Roteiro do grupo focal .....	147
D- Plano de oficina de discussão de caso clínico .....	148
E- Caso clínico para discussão .....	150
F- Roteiro de avaliação da oficina de discussão de caso clínico .....	152
G- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE Enfermeiro (a) .....	153
H- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE ACS .....	154
I- Quadros resumos das categorias dos grupos focais .....	155
<b>ANEXOS .....</b>	<b>159</b>
A- Carta de Autorização para realização da pesquisa COMEPE .....	159

## APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa está direcionada para a identificação de fatores psicossociais que afetam a adesão aos tratamentos de pessoas diagnosticadas com doenças crônicas, especificamente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), conforme a percepção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS) do Município de Mangaratiba - Rio de Janeiro. Volta-se, portanto, para a compreensão de como os agentes concebem a influência de variáveis dessa natureza no seguimento de prescrições e orientações da equipe de saúde, bem como para o levantamento do repertório de intervenção que eles dispõem frente a essa realidade.

O motivador principal da escolha desse tema de estudo esteve relacionado a minha inserção profissional na equipe da Superintendência de Atenção Básica do município referido no período da elaboração do projeto e da realização da pesquisa. O acompanhamento da atuação de ACS, mediante seus relatos nas reuniões de equipe, evidenciou problemas no cotidiano do trabalho junto a usuários com adoecimentos crônicos no que se refere aos seus níveis de adesão aos tratamentos. Conforme esses profissionais, alguns usuários manifestavam dificuldades na aceitação do diagnóstico médico e pouca compreensão acerca da doença e sua terapêutica, o que impactava o autocuidado e deixava reflexos na autoestima e na qualidade de vida, sem que os agentes se percebessem com competências suficientes para intervir na situação.

Adicionalmente, o relatório consolidado de gestão das equipes de Estratégia de Saúde da Família (eESF) no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) sugeriu índices baixos de adesão aos tratamentos em usuários que integravam o programa Hiperdia, o qual é voltado para o acompanhamento de pessoas com diagnóstico de HAS e/ou de DM. De acordo com o relatório, existia, no período, o montante de 4.488 hipertensos e 1.685 diabéticos cadastrados no Programa e assistidos por doze eESF (DAB, 2016b). Destes usuários, apenas 20% a 30% compareciam às consultas (médicas e de enfermagem) periódicas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). O interesse, comumente, parecia recair sobre o uso de aparelhos para acompanhamento do quadro clínico, como aqueles destinados a aferir a pressão arterial e o nível de glicose no sangue, bem como na obtenção de insumos e remédios de uso contínuo. Pressupõe-se que esses índices baixos de procura pelos atendimentos em saúde estavam relacionados a vários fatores, tais como insatisfação com o serviço e a equipe de saúde,

informações insuficientes ou pouco claras sobre as doenças e seus tratamentos, além de questões psicossociais e subjetivas envolvidas no processo de tratamento que inibiam a procura de assistência junto à ESF.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado pelo Ministério da Saúde no ano de 1991, tendo como foco as famílias. A proposta de intervenção do referido Programa, enquanto ação preventiva e instrumento de reorganização da demanda de cuidados primários, prima pela participação da comunidade e integração desta com os serviços de saúde. Desde então, os ACS têm sido defendidos como elementos valiosos das ações em saúde em nível local (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Esse ator, o ACS, a partir de uma nova identidade social, vem definindo seu papel e construindo sua rotina de trabalho junto às eESF (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). No contexto multiprofissional, os agentes desenvolvem ações diversas no intuito de favorecer a integração entre as famílias e a equipe de saúde, além de serem responsáveis por atividades específicas, tais como adscrição das famílias, cadastramento das pessoas de sua microárea, orientação sobre a utilização dos serviços de saúde disponíveis, realização de atividades programadas, ações educativas e acompanhamento de usuários com hipertensão e diabetes (BRASIL, 2011a).

A Saúde da Família, enquanto estratégia prioritária da ABS, busca reorientar o modelo de atenção à saúde ao aproximar profissionais e comunidade, utilizando-se de uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2004b). Funciona como a porta de entrada do sistema de saúde e possibilita que as ações de caráter comunitário sejam mais eficazes. A relação próxima entre os serviços e a comunidade oportuniza a escuta sensível dos usuários para que se sintam acolhidos e inseridos de maneira proativa na produção do cuidado (JESUS; SANTOS; RODRIGUES; NERY; MACHADO; COUTO, 2014).

A ABS caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito tanto individual como coletivo, que abrange todos os níveis de atenção, com foco prioritário na promoção e proteção da saúde. O objetivo central consiste em desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a). Refere-se, por conseguinte, ao cuidado primário em saúde e representa o elo principal entre equipe multiprofissional e usuários. Segundo suas diretrizes, deve ser realizada no território, ser acolhedora, resolutiva e favorecer o avanço da gestão e coordenação do cuidado ao usuário. O trabalho diretamente no território, ou seja, nos

locais onde se desenrola o cotidiano das pessoas, auxilia no processo de cuidar, pois revela componentes significativos para a saúde da população, tais como moradia, saneamento básico, interação social e segurança pública (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

É no contexto da atenção primária que ocorrem, prioritariamente, as ações integradas de prevenção e cuidado a pessoas com HAS e DM, o que, no Brasil, se dá, sobretudo, através das ações da ESF e do PACS (BRASIL, 2006a). Tais doenças têm em comum a cronicidade e, se não forem devidamente controladas, elevam os riscos para comorbidades e outras complicações à saúde. É importante ressaltar que qualquer combinação de fatores de risco é sempre mais grave, pois a probabilidade de comorbidades é multiplicada.

O termo Diabetes Mellitus abarca um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), decorrentes de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. A insulina, hormônio produzido pelo pâncreas, tem o papel de controlar o nível de glicose na corrente sanguínea, ajustando sua produção e armazenamento. Na classificação do diabetes, existem duas categorias gerais mais comuns, que são designadas como tipos 1 e 2 (SMELTZER; BARE; HINKLE; CHEEVER, 2005).

No processo característico da DM tipo 1, que concentra entre 5% e 10% do total de pessoas com a doença, o pâncreas produz pouca ou deixa subitamente de produzir a insulina a ser liberada para o corpo. Assim, a glicose fica no sangue em vez de ser usada como energia, gerando um aumento súbito e exagerado de açúcar. A DM tipo 2, que responde por cerca de 90% das pessoas com esse diagnóstico, afeta a capacidade do organismo de converter adequadamente a insulina produzida ou, por outro lado, não produz insulina suficiente para controlar a taxa de glicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). Nessa doença, são suscetíveis algumas comorbidades e/ou complicações, tais como retinopatia diabética, arteriosclerose, nefropatia, neuropatia diabética, pé diabético, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC) (BRASIL, 2013a, 2013b, 2014a).

A hipertensão arterial sistêmica, por sua vez, é uma condição clínica de natureza multifatorial, frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos. É caracterizada pela elevação da pressão arterial, considerada como um dos principais fatores de risco para doenças cardio e cerebrovasculares e para complicações renais. Em média, o paciente que não controla o problema terá uma doença mais grave em cerca de 15 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para maior eficácia no tratamento dessas doenças, o Ministério da Saúde implantou, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus,

cujo propósito é vincular as pessoas que vivenciam esses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. Como um sistema de cadastramento e acompanhamento de usuários com esses diagnósticos, foi constituído um programa nacional conhecido como Hiperdia, que proporciona o fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário (BRASIL, 2001).

No entanto, o acesso facilitado aos medicamentos e às orientações acerca do conjunto de cuidados necessários ao controle dessas doenças nem sempre são suficientes para que os usuários realizem adequadamente os tratamentos propostos, o que pode impactar significativamente na saúde e na eficácia e custos dos serviços de saúde, já que a não adesão pode ocasionar o agravamento do quadro clínico, comprometer a qualidade de vida e requerer, como consequência, novas consultas médicas, tratamentos mais complexos e dias adicionais de licença do trabalho (BRASIL, 2014a). É fundamental que a adesão ao tratamento seja eficiente para o melhor gerenciamento de uma doença crônica, de modo a evitar ou retardar a progressão da patologia e suas complicações.

A adesão ao tratamento é definida como a medida com que o comportamento da pessoa corresponde às prescrições e recomendações recebidas dos profissionais de saúde, o que inclui tomar medicações, seguir dietas e/ou mudar o estilo de vida (WHO, 2003). No entanto, como defende a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão não diz respeito a mera obediência ou fidelidade às orientações médicas, antes disso implica na possibilidade de o usuário compreender, concordar e participar ativamente das decisões acerca do seu tratamento, o que pressupõe uma responsabilidade compartilhada entre paciente, família e equipe de saúde. Nesse sentido, para o Ministério da Saúde, a adesão ao tratamento deve ser vista como uma atividade conjunta, na qual o usuário passa a ser participante ativo do seu cuidado (BRASIL, 2006b). Nessa concepção, entende-se que a adesão implica em uma “aliança terapêutica” entre o profissional e o paciente, sendo todos os envolvidos corresponsáveis no processo do tratamento.

A despeito da importância de uma boa adesão, níveis baixos de seguimento do tratamento de doenças crônicas já se tornaram um problema mundial. Em países desenvolvidos, a adesão a tratamentos de longo prazo é em torno de 50%. Já em países em desenvolvimento as taxas são ainda menores, o que representa risco elevado à saúde, como o retorno de sintomas, aparecimento de complicações médicas e psicossociais, surgimento de



resistência a medicamentos e redução na qualidade de vida (WHO, 2003). Esse cenário reforça as preocupações quanto às dificuldades de inúmeros pacientes em seguir a terapêutica recomendada e mobiliza estudos na busca por compreender os fatores que atuam nesse processo para, assim, delinear programas de intervenção na área.

De fato, os problemas de adesão ao tratamento evidenciam a complexidade de variáveis implicadas nesse processo (CALVETTI; GIOVELLI; GAUER, 2012). Dessa forma, muitos estudos têm sido conduzidos com o intuito principal de identificar os fatores que afetam os níveis de adesão aos tratamentos de doenças crônicas, dentre elas a DM (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; MELO; TELES; BARBOSA; STUDART; OLIVEIRA, 2011; TAVARES; BERTOLDI; THUMÉ; FACCHINI; FRANÇA; MENGUE, 2013) e a HAS (ABREU; PORTELA, 2015; LIMA; MEINERS; SOLER, 2010).

A OMS compreende a adesão como um fenômeno multidimensional, que envolve a interação de cinco grupos de fatores, os quais são relacionados a aspectos socioeconômicos, aos sistemas e profissionais da saúde, à própria terapia, às condições de saúde e às características dos pacientes (WHO, 2003). Nesse sentido, os principais fatores identificados podem estar relacionados à doença (por ex.: cronicidade, ausência de sintomas), ao paciente (por ex.: idade, gênero, nível de escolaridade, crenças, condições psiquiátricas), ao tratamento (por ex.: efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos, exigência de mudanças de hábitos e rotinas), a condições socioeconômicas (por ex.: custos) e ao sistema e equipe de saúde (por ex.: acesso aos serviços, tempo de espera para consultas e exames, comunicação médico-paciente).

Em relação às variáveis psicossociais, muitas são aquelas que podem influenciar um indivíduo no seguimento de seu tratamento. Dentre estas estão crenças e aspectos afetivos-emocionais. Há que se destacar ainda a ausência de habilidades e cuidados na comunicação entre profissional e paciente, que pode afetar a confiança e o vínculo.

Os estudos acerca da relação entre aspectos psicossociais e adesão a tratamentos de variadas doenças têm sido um campo promissor para o aprimoramento de políticas públicas e para o planejamento de estratégias de intervenção multidisciplinares (CALVETTI; GIOVELLI; GAUER, 2012). Vázquez, Rodríguez e Alvarez (2003) descrevem diretrizes gerais para favorecer a adesão aos tratamentos: relação cordial, estímulo ao paciente para conhecer e incorporar como seu o compromisso do cuidado, orientações sobre a doença, revisão de crenças errôneas e expectativas, adaptação das orientações às demandas e

interesses do paciente, estabelecimento de metas terapêuticas e negociações de trocas de medicação quando necessário.

Apesar da relevância desse tema incluir também as ações na ABS, pressupõe-se uma escassa preparação de ACS no que diz respeito ao manejo de fatores associados a adesão aos tratamentos junto a usuários com doenças crônicas. Considera-se necessário favorecer maiores conhecimentos e discussão sobre o assunto, de modo a fornecer subsídios para melhor capacitação destes profissionais com vistas a uma atuação mais eficiente e efetiva frente aos inúmeros desafios de suas práticas.

Desse modo, tornar-se-á possível prover aos ACS diretrizes de intervenção que possam ampliar seus entendimentos e habilidades no que se refere a identificação de aspectos psicossociais relacionados aos níveis de adesão aos tratamentos de usuários dos territórios onde atuam, contribuindo para maior autonomia e resolutividade nas ações de cuidado por eles realizadas. Como resultado deste tipo de iniciativa, estima-se, por conseguinte, a oportunidade de os usuários serem assistidos de modo a terem melhores condições de enfrentar adequadamente os estressores típicos do adoecimento, com efeitos positivos sobre a adesão e eficácia do tratamento e, em extensão, sobre a qualidade de vida.

Este estudo foi, portanto, movido pelo interesse em conhecer o repertório de conhecimentos e práticas que os ACS utilizam frente a necessidades e demandas psicossociais, com vistas a identificar alvos e ferramentas de intervenção capazes de auxiliá-los a melhor assistir os usuários nos territórios onde atuam. Dessa forma, os agentes poderão prover cuidados mais efetivos e se tornarem fortes aliados dos demais profissionais das equipes de saúde no esforço por ajudar os usuários a lidarem com desafios advindos da vivência de condições crônicas de adoecimento. Pressupõe-se que, dessa forma, seja possível reduzir o efeito negativo da cronicidade e evitar custos redundantes ao setor público de saúde, com adequação no uso dos medicamentos e menor número de internações e complicações por tais doenças.

# **CAPÍTULO I**

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico desta dissertação tem início com a apresentação da Atenção Básica à Saúde (ABS), abarcando definições, diretrizes, ações e prioridades do campo dos cuidados primários no Brasil. Nesse contexto, é apresentado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em seu percurso histórico, e caracterizado o trabalho dos ACS em termos de suas atribuições, habilidades e competências para atuação multiprofissional no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). Em seguida, é abordado o cuidado a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), ressaltando o impacto de viver com uma doença crônica. Nesse âmbito, é apresentado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com seus desmembramentos para o cuidado e relevância no conjunto de ações para a saúde. Consequente, a adesão ao tratamento é definida, com foco especialmente nos fatores psicossociais que influenciam seus resultados, e é destacada a necessária qualificação profissional para que as intervenções nessa área contribuam para oferta de um cuidado integral ao usuário. Por fim, ressalta-se as contribuições da Psicologia em equipes multiprofissionais na Atenção Básica à Saúde nos cuidados necessários para melhor qualidade de vida dos usuários.

### **1.1 Atenção Básica à Saúde: a construção da base do cuidado**

A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao reconhecer às crescentes iniquidades sociais e de saúde na maioria dos países, adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária nos serviços de saúde. A Carta de Liubliana (WHO, 1996) propôs que os sistemas de atenção à saúde deveriam ser direcionados para os cuidados primários, ancorados em valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional, bem como na visão das pessoas como cidadãos que influenciam os serviços de saúde e são capazes de assumir a responsabilidade pela própria saúde. O foco torna-se a promoção e proteção da saúde, com ênfase na qualidade, na relação custo-efetividade, no financiamento sustentável, na cobertura universal e no acesso equitativo (STARFIELD, 2002).

Já em 1920, Lord Dawson of Penn, visando uma organização do sistema de serviços de saúde, distinguiu três níveis principais para este. A organização mais básica seria a atenção primária à saúde, apoiada por um nível secundário, constituído por especialistas que forneceriam atenção mediante consultas, os quais, por sua vez, seriam apoiados por um nível terciário, baseado em hospitais-escola para atenção às doenças mais complexas (STARFIELD, 2002).

Na trigésima reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, foi decidido unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser *“a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitissem levar vida social e economicamente produtiva”*. Esse fato desencadeou uma série de atividades que tiveram grande impacto sobre a discussão acerca da atenção primária, cujos princípios norteadores foram enunciados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, na República do Cazaquistão, no ano de 1978. O consenso lá alcançado foi confirmado pela Assembleia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979 (BUSS, 2009; STARFIELD, 2002).

A OMS, em 1978, definiu atenção primária à saúde como a atenção essencial à saúde, que deve ser baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, gerando um espírito de autoconfiança e autodeterminação (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, os cuidados primários devem ser parte do sistema de saúde do país, do qual é função central, tendo como enfoque principal o desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É previsto ser o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível ao local onde as pessoas vivem e trabalham, de modo a constituir o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. Para que esse nível da atenção otimize a qualidade de vida, ele deve focar a saúde das pessoas na constelação de vários determinantes, ou seja, deve considerar o meio físico e sociocultural no qual estas estão inseridas, em vez de focar apenas sua enfermidade individual (STARFIELD, 2002, WESTPHAL, 2006).

Para Starfield (2002), a abordagem primária forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. É o nível da atenção que organiza e racionaliza o

uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar, assim como lida com o contexto que influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. Seus elementos estruturais de maior relevância são quatro: acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade. As unidades de atenção primária obtêm a equidade fornecendo atenção no nível mais apropriado a cada caso, o que possibilita que os recursos liberados possam ser usados para diminuir as disparidades entre os segmentos mais e menos necessitados da população.

Conforme definição da Conferência de Alma Ata, os componentes fundamentais da atenção primária à saúde foram especificados como educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, incluindo imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (BUSS, 2009; STARFIELD, 2002).

A atenção primária difere da atenção por consultas de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por lidar com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Além disso, os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção para diversos problemas, de modo continuado ao longo do tempo e com inclusão de serviços preventivos. Na atenção primária, uma das tarefas centrais é a elucidação do agravo à saúde do paciente e a obtenção de informações que levem a um esclarecimento diagnóstico e à escolha do manejo mais apropriado, com oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e do funcionamento do sujeito (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos “Atenção Básica à Saúde” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes, associando a ambos os princípios e as diretrizes desta política, quais sejam: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

Atenção Básica à Saúde (ABS) é, portanto, a denominação utilizada para designar um conjunto de ações, no âmbito individual e comunitário, que abrange, primordialmente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos, mas inclui ainda o diagnóstico, o tratamento, a

reabilitação e a redução de danos (BRASIL, 1998). O objetivo é solucionar problemas frequentes e de maior relevância para a sociedade e desenvolver uma atenção integral, em que o sujeito seja considerado em sua singularidade e inserção sociocultural. Desse modo, espera-se impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A ABS é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território em questão, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012).

Como mencionado, a atenção básica é estruturada, no Brasil, como porta principal de entrada ao setor saúde, sendo orientada com alto grau de descentralização e capilaridade, direcionando o cuidado em local de proximidade da vida das pessoas. É na Estratégia Saúde da Família (ESF) que a ABS tem sua estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

A ESF, portanto, visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua implantação foi impulsionada pela necessidade de substituir um modelo assistencial essencialmente biomédico na história pregressa do país por um novo modelo, que enfatiza a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a reabilitação (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015). Assim, o indivíduo deixa de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar e social e de seus valores, tornando possível o desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (BRASIL, 2012).

O trabalho na atenção básica é constituído mediante atuação de equipes multidisciplinares, que tem como foco a cobertura de toda a população de um determinado território, integrando e coordenando o cuidado com vistas a atender às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012). Em termos de configuração, as equipes de saúde da família

são constituídas pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares em saúde bucal ou técnicos em saúde bucal, auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais definidos em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.

Há ainda profissionais de outras especialidades que integram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais, de forma inovadora, objetivam oferecer apoio técnico-operacional às equipes de saúde que atuam no território, além de atender a usuários com demandas específicas mediante atendimentos individuais ou atividades coletivas. Os NASF foram criados pelo Ministério da Saúde, via portaria nº 154/2008, com o propósito de ampliar a abrangência e o escopo das ações na atenção básica, bem como sua resolubilidade, contribuindo para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS. Buscou-se, desse modo, aumentar a capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais, dentro dos territórios, atuando diretamente com as equipes da ESF segundo a lógica de trabalho do apoio matricial (BRASIL, 2008; 2014b).

Aspirando à humanização dos serviços, as exigências do NASF incluem, além da qualificação técnica, o compromisso com a fomentação de mudanças no exercício dos profissionais da ESF e entre aqueles de seu próprio grupo, integrando, nessa atividade, ações interdisciplinares e intersetoriais, além de educação permanente (BRASIL, 2008; 2010).

Algumas das especialidades do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) que podem compor o NASF são: médicos acupunturista, ginecologista/obstetra, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica); assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional; médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional pós-graduado em saúde pública ou coletiva (sanitarista) (BRASIL, 2014b). Cada NASF deve ter pelo menos um profissional da área de saúde mental e suas ações devem compreender a atenção aos usuários e aos familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental, de modo a propiciar o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social (BRASIL, 2008).

Esses profissionais de distintas áreas de conhecimento têm por incumbências o compartilhamento e o apoio, de modo a incrementar a resolutividade das ações em saúde (BRASIL, 2009c). Conforme preconizado, devem atuar de forma integrada com as equipes de saúde da família, bem como com o programa academia da saúde, que tem por finalidade

implantar polos para orientar práticas corporais, atividades físicas e de lazer (BRASIL, 2011a).

As equipes de saúde da família representam as equipes ou profissionais de referência, que são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. A equipe do NASF constitui os apoiadores. A composição da equipe de referência e a inclusão de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para se operar com uma ampliação do trabalho clínico e sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia para a gestão do trabalho em saúde objetiva a integração dialógica entre distintas profissões e especialidades. Pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção da autonomia dos usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O trabalho de apoio apresenta duas dimensões, a assistencial e a técnico-pedagógica. As ações relativas à dimensão assistencial dizem respeito às intervenções diretas dos profissionais do NASF junto aos usuários, tais como atendimentos individuais ou atividades coletivas específicas de cada categoria profissional, a partir de demandas apresentadas pela equipe de saúde da família. Já na dimensão técnico-pedagógica, as possibilidades de configuração das ações conjuntas destacam tarefas como reuniões periódicas de matriciamento, atendimento individual compartilhado, atendimento domiciliar compartilhado, atividade coletiva compartilhada, discussão de temas e ações compartilhadas no território.

Como ressaltado por Campos e Domitti (2007), o apoio matricial visa assegurar retaguarda especializada à equipe e profissionais encarregados da atenção à saúde. No apoio matricial, os casos são compartilhados durante, por exemplo, as reuniões de equipes, podendo-se acompanhar a evolução dos mesmos, o que facilita a vinculação do usuário aos serviços de saúde, sem que haja a diluição de responsabilidades.

As ações são desenvolvidas em um território geograficamente demarcado, possibilitando aos profissionais de saúde acompanharem os usuários/famílias ao longo do tempo (longitudinalidade) e conhecerem a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida (BRASIL, 2013c). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham e/ou estudam e, nesse sentido, desempenham um papel central na garantia à população de uma atenção à saúde de qualidade e de mais rápido acesso.

Muitas ações de saúde na atenção básica se dão diretamente no território, de acordo com o planejamento da equipe, tais como: cadastrar e trabalhar com as famílias das



microáreas de uma região; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob a responsabilidade do ACS da área, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose); estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando o acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual ou municipal (BRASIL, 2012).

Com o novo modelo de atenção à saúde surgem, dessa maneira, novas demandas para a equipe de saúde, com premência de formas de trabalho criativas, mais flexíveis, que primem pela qualidade das interações entre os membros da equipe de saúde e usuários, assim como pela busca e aplicação de conhecimentos mais compatíveis com o território. Esta nova e complexa realidade exige dos profissionais uma formação coerente com os princípios orientadores do SUS, habilidades específicas e comprometimento com o novo e diferente.

Entende-se que dentro dessa nova configuração da saúde pública no Brasil, com novas políticas e ferramentas técnica-social, cabe maior investimento em capacitação e atualização voltados aos profissionais de saúde, tanto em nível superior como técnico, incluindo os ACS, os quais mantêm uma relação direta e duradoura com os usuários, as famílias e a comunidade.

### *1.1.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS*

Os principais programas que norteiam as ações dos profissionais na ABS têm o objetivo de inverter o modelo de assistência vigente de ações curativas e remediadoras para priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, visando oferecer serviços comprometidos com a saúde integral dos usuários. São eles a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O Programa Saúde da Família (PSF) teve seu início por ocasião da formulação do PACS, em 1991, quando o Ministério da Saúde começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde, e não somente o indivíduo, introduzindo a noção de cobertura por família. Entretanto, ainda faltava uma composição de profissionais para sustentar o

projeto, com supervisão do trabalho do ACS. Dessa forma, em reunião ocorrida em dezembro de 1993, em Brasília, o PSF foi concebido e, a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada, houve proposta de incorporação de novos profissionais no processo, em destaque o enfermeiro (VIANA; DAL POZ, 1998).

Nesse contexto, o PSF propôs nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma maior aproximação dos profissionais com as pessoas, famílias e comunidades. Assume, dessa forma, o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial, visando a qualidade de vida da comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Em 2011, a portaria GM Nº 2.488/2011, que revogou a portaria GM Nº 648/2006 e demais disposições em contrário, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da ABS e aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A partir de então, o PSF passa a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Para que as ações na atenção básica aconteçam, é necessário que haja um trabalho em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011a; SANTOS, 2010).

Na composição das equipes de ESF, o ACS constitui uma profissão regulamentada e de suma importância no processo de cuidar de pessoas. O Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais, criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, o qual, anos depois, foi denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A meta inicial era reduzir os indicadores de morbimortalidade materno-infantil, sobretudo na região nordeste do Brasil (BRASIL, 2001, 2004b).

Primeiramente, na constituição do ACS, houve muitas dúvidas e incertezas quanto às suas atribuições e atuação profissional. Somente em 1997, através da Portaria nº 1.886/97, foram definidas as atribuições dos ACS e, em 1999, o Decreto nº 3.189/99 fixou as diretrizes para o exercício de suas atividades, sendo a profissão regulamentada em 2002, através da Lei nº 10.507/2002 (STALIANO, 2012). Com essa Lei, foram estabelecidos os critérios e pré-

requisitos mínimos para a contratação desse profissional: residir na comunidade em que irá atuar, ter concluído o ensino fundamental e concluir com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de ACS.

Com o objetivo de subsidiar o desenvolvimento do trabalho do ACS, o Ministério da Saúde elaborou “O Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde”, evidenciando que o processo de qualificação dos agentes deve ser permanente, com informações atualizadas relacionadas aos temas mais frequentes do seu cotidiano, tais como o trabalho com famílias, registro civil de nascimento e documentação básica, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde mental, atenção à pessoa com deficiência, orientações para famílias com pessoas acamadas, violência familiar, doenças transmitidas por vetores (mosquitos, insetos, moluscos, dentre outros) (BRASIL, 2009a).

No âmbito das habilidades e competências para a formação e atuação profissional dos agentes, foi definido, ao longo dos últimos anos, um processo de certificação por competências, alinhado com o perfil de atuação desejado, tendo por referencial o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde (STALIANO, 2012).

A PNAB elenca as atribuições dos ACS: 1 promover a integração da equipe de saúde com a população; 2 trabalhar com a adstrição das famílias em bases geográficas definidas; 3 desenvolver ações educativas com as famílias; 4 realizar e atualizar cadastro; 5 orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; 6 desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e monitoramento a grupos específicos e morbidade, bem como ações de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco; 7 acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e 8 ajudar na prevenção/controla da malária e da dengue (BRASIL, 2004c, 2011a, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, as competências profissionais propostas para os ACS incorporam três dimensões do saber: 1 “saber-ser”, que considera transversais todas as competências, expressas por capacidade crítica, reflexão e mudança ativa; 2 “saber-fazer”, relacionado ao domínio prático e 3 “saber-conhecer”, referente ao domínio cognitivo (BRASIL, 2004c). Cada competência se relaciona com uma dimensão da realidade de trabalho, repercutindo em sua prática. Por conseguinte, as competências esperadas dos ACS estão para além do nível de produção burocrática. O profissional é inserido no contexto de vida do usuário, de sua família, necessitando de uma visão ampla dos múltiplos aspectos

associados às condições de vida da população atendida. Assim, através do seu vínculo com a comunidade, pode exercer um papel social diferenciado em comparação a outros profissionais da saúde.

Desta forma, Silva e Dalmaso (2002) apresentam duas dimensões principais na proposta de atuação do ACS. Uma mais voltada aos preceitos técnicos, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos e para o monitoramento de grupos ou problemas específicos. E outra relacionada à política, tanto de solidariedade à população, quanto de organização da comunidade e de transformação das suas condições de vida de modo geral.

No entanto, a despeito das atribuições e expectativas que lhes são conferidas, muitos ACS apresentam dificuldades para assumir o papel prescrito. Por mais que se preconize o desenvolvimento de atividades de cunho coletivo e que este profissional tenha autonomia para elaborar propostas voltadas à comunidade, muitos permanecem atrelados aos parâmetros do modelo biomédico<sup>1</sup>.

Staliano (2012), em seu trabalho de doutorado, observou essas dificuldades em ACS, algumas centrais à atuação direta com o usuário, e trouxe a luz de que maneira esses profissionais se percebem em campo, na execução de suas tarefas. Os agentes participantes da pesquisa evidenciaram um conflito na diferenciação dos conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças, eixos constitutivos do trabalho na área. Quanto ao conteúdo e a forma de transmitir informações, foi verificado que uma parte deles exibiam falas calcadas no modelo médico, sendo diretivos e pontuando o certo e o errado, sem encaminhar o usuário à unidade de saúde, reduzindo assim a possibilidade de vínculo e autonomia no cuidado. Eles destacaram a necessidade de capacitação e educação permanente, referindo que os cursos iniciais oferecidos não promoveram conhecimentos, habilidades e orientações suficientes para lidarem com demandas dos usuários.

Por outro lado, no processo de cuidado a usuários não alfabetizados, em sua maioria idosos hipertensos e diabéticos que precisavam administrar medicação, os agentes ouvidos na pesquisa utilizaram certos recursos para auxiliá-los, como orientação na separação das medicações e utilização de símbolos para facilitar os horários de uso das mesmas. Tais criatividade e proatividade remeteram ao modelo biopsicossocial<sup>2</sup>, preconizado na saúde

---

<sup>1</sup> Sobre modelo biomédico ver CAMARGO JR, K. R. A Biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 177-201, 2005. Suplemento 0.

<sup>2</sup> Sobre modelo biopsicossocial ver PEREIRA, T.T.S.O.; BARROS, M.N.S.; AUGUSTO, M.C.N.A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental**, Barbacena, MG, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011.

como uma nova forma de olhar o ser humano, para além de sua condição clínica limitadora, respeitando seu contexto integral e, assim, aproximando-se do sujeito (STALIANO, 2012).

## **1.2 Atenção a HAS e a DM: impactos do adoecimento crônico e cuidados necessários**

A doença crônica tem sido tema de debates e recebido grande atenção por parte de pesquisadores e de profissionais de saúde que se dedicam ao estudo e ao tratamento dessa condição. A pessoa será considerada um paciente crônico ao desenvolver uma doença que persista por período superior a seis meses e que, portanto, requeira um longo período de tratamento, sendo em geral incurável (ANGERAMI-CAMON, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), a doença crônica se caracteriza como um estado patológico permanente, que produz alterações irreversíveis e requer um processo longo de reabilitação, observação, controle e cuidados. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade (GUIMARÃES, 1999). Quando diagnosticadas e tratadas precocemente, em geral, oferecem múltiplas chances de evitar complicações. Nesse sentido, considera-se que as doenças crônicas requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas envolvidas.

A OMS identifica como doenças crônicas, por exemplo, as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, a hipertensão arterial, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus (WHO, 2005). Inclui ainda outras doenças que acarretam sofrimento para indivíduos, famílias e sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas.

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles em situação de maior vulnerabilidade, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011b).

Os níveis altos de pressão arterial, de colesterol, de massa corporal e de açúcar no sangue são os fatores que aumentam a possibilidade de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2005). Os principais fatores de risco para estas doenças, segundo Duncan, Chor, Aquino, Bensenor, Mill, Schmidt, Lotufo, Vigo e Barreto (2012), são o tabaco,

a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam duas doenças crônicas não transmissíveis com altas taxas de morbi-mortalidade, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional e internacional, o que as mantém como um grave problema de saúde pública. No Brasil, a prevalência da HAS varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com idades entre 60 e 69 anos e a 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial considera fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional como desencadeadores que participam da manutenção da HAS e que também podem funcionar como barreiras para adesão ao tratamento e mudança nos estilos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O Ministério da Saúde orienta que pessoas em idade adulta meçam a pressão arterial pelo menos uma vez por ano como forma de acompanhamento. Afirma que o tratamento para hipertensão requer mudanças no estilo de vida, associada ou não a medicamentos, tais como: manter o peso adequado, mudando hábitos alimentares, controlar o uso do sal, praticar atividade física regularmente, buscar momentos de lazer, evitar ou abandonar o fumo, moderar o consumo de álcool, evitar alimentos gordurosos, controlar o diabetes e outras comorbidades. Com referência a medicações, o Ministério da Saúde alerta que somente um médico pode dizer qual o medicamento mais indicado para cada caso, bem como a dosagem correta e a duração do tratamento (BRASIL, 2013b, 2014a). Cabe ainda, para o tratamento não medicamentoso, como enfatiza a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o controle do estresse psicossocial, com emprego de técnicas de manejo do estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Diabetes mellitus (DM), por sua vez, é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia) como

resultado de defeitos na ação ou na secreção da insulina, ou em ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). A insulina, hormônio produzido pelo pâncreas, tem o papel de controlar o nível de glicose no sangue, ajustando a produção e o armazenamento de glicose (SMELTZER et al., 2005). Existem tipos distintos de diabetes, causados por uma complexa interação de fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida. A classificação etiológica apresenta-se em quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O DM tipo 1 (DM1), forma presente em 5 a 10% dos casos, caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas com a consequente deficiência relativa ou absoluta de insulina. Na maior parte dos casos, a destruição destas células é mediada por autoimunidade, existindo, porém, casos em que não há evidências de processo autoimune, sendo referida, portanto, como forma idiopática do DM1. Além dos fatores imunológicos, os fatores ambientais (como vírus e toxinas) e genéticos têm sido considerados como desencadeadores do DM1. O DM tipo 2 (DM2), forma presente em 90 a 95% dos casos diagnosticados, caracteriza-se por defeitos na ação da insulina (resistência à insulina) e na sua secreção. A maior parte das pessoas com essa forma de diabetes apresenta sobrepeso ou obesidade. A cetoacidose raramente se desenvolve de modo espontâneo, ocorrendo apenas quando se associa a outras condições como infecções. O DM2 geralmente é diagnosticado após os 40 anos, porém pode ocorrer em pessoas de qualquer idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Outros tipos específicos de DM são formas menos comuns da doença, cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. A apresentação clínica desse grupo é bastante variada e depende da alteração de base. Estão incluídos nessa categoria defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições. Diabetes Mellitus gestacional apresenta-se como qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Entretanto, aquelas pacientes de alto risco e que, na consulta inicial de pré-natal, já preenchem os critérios para diabetes fora da gestação serão classificadas não como diabetes gestacional, mas como diabetes mellitus. O DM gestacional ocorre em 1% a 14% de todas as

gestações, dependendo da população estudada, e relaciona-se com aumento de morbidade e mortalidade perinatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), a prevalência mundial do DM apresentou um aumento significativo nas últimas décadas devido a fatores como crescimento e envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como maior sobrevida dos pacientes. Esse quadro é preocupante, considerando que a desregulação metabólica pode gerar alterações fisiopatológicas secundárias em múltiplos sistemas orgânicos, impondo um enorme fardo sobre o indivíduo com diabetes e o sistema de saúde (POWERS, 2006). Dessa forma, destaca-se a importância dos tratamentos para o controle do DM tipo 1 e do DM tipo 2.

O tratamento de diabetes tem como objetivo controlar a glicose presente no sangue do paciente, de modo a evitar picos ou quedas ao longo do dia. O tratamento para o diabetes tipo 1 requer aplicação de injeções diárias de insulina para manutenção da glicose no sangue em valores normais. Para fazer essa medida, é necessário ter em casa um glicosímetro, dispositivo capaz de medir a concentração exata de glicose no sangue. A insulina deve ser aplicada diretamente no tecido subcutâneo. Além da insulina, alguns médicos solicitam que o paciente inclua também medicamentos via oral em seu tratamento. Os medicamentos mais usados para tratar o diabetes tipo 1 são glifage, glifagexr e metformina (BRASIL, 2013a, 2014a).

No tratamento para o diabetes tipo 2, alguns medicamentos, administrados por via oral, podem ser usados para controle da doença, são eles: inibidores da alfa-glicosidase, sulfonilureias e glinidas. Os pacientes também contam com práticas específicas no tratamento dessa condição de saúde, recebendo orientações para modificação de hábitos de vida, o que inclui dieta com redução de calorias, gorduras saturadas e carboidratos; estímulo à atividade física; abstenção do cigarro, que multiplica em até cinco vezes o risco de infarto; e o cuidado da saúde bucal, como uma boa escovação e visitas ao dentista pelo menos uma vez a cada seis meses, isto porque o sangue das pessoas com diabetes tem alta concentração de glicose, o que propicia o desenvolvimento de bactérias (BRASIL, 2013a, 2014a).

Como referido acima, a HAS e a DM, enquanto doenças crônicas não transmissíveis, envolvem incapacidades de caráter prolongado, que modificam o funcionamento da pessoa acometida. Tais doenças podem, portanto, gerar demandas decorrentes de sua evolução e/ou de seu tratamento, suscitando comprometimentos incapacitantes não apenas na área física (eliminatória, sensitiva, motora), mas também nas áreas cognitiva (comprometimento da orientação, do raciocínio e da tomada de decisão), social (dependência física e financeira dos



familiares, modificação no desempenho de papéis) e psicológica (baixa autoestima, déficit motivacional, depressão, ansiedade, agressividade, negação da doença, entre outras) (CADE, 2001).

Em relação à DM, após o diagnóstico é frequente ocorrerem reações de negação ou de catastrofização da situação ou ênfase nos piores aspectos da doença. Muitos pacientes experimentam sintomas de depressão e de ansiedade, angústia, estresse, isolamento social, raiva, apreensão, irritabilidade, frustração ou pessimismo em relação ao futuro. Ao longo da progressão da doença, predominam reações de medo relacionado com as crises de hipo ou hiperglicemia ou com as sequelas crônicas (MARCELINO; CARVALHO, 2005; PITTS; PHILLIPS, 1998; SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO; RAMOS, 2003; SILVA, 2006).

De fato, como atestado por Moraes e Castro (2016), pessoas que vivenciam a DM e/ou a HAS costumam manifestar condutas de negação e revelar certa dificuldade no manejo da doença, o que pode comprometer a aderência ao tratamento e, por consequência, a qualidade de vida. Observa-se, desse modo, uma probabilidade alta de apresentarem formas patológicas de ansiedade, depressão e estresse (ATAÍDE; DAMASCENO, 2006; SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2004). Com relação à diabetes, em específico, pesquisas referem uma correlação entre essas reações e o curso da patologia (MAIA; ARAÚJO, 2004; THOMAS; JONES; SCARINCI; BRANTLEY, 2003).

Os indivíduos com tais enfermidades crônicas usualmente experimentam intensa instabilidade emocional e ambivalência ocasionada pela necessidade de tomar decisões entre aquilo que tem vontade de fazer e o que de fato é preciso ser feito. Por isso, o acompanhamento psicológico pode ser necessário e útil para que o usuário seja capaz de significar aspectos emocionais associados ao adoecimento, com vistas a reduzir seu sofrimento e, assim, viabilizar a aceitação da doença e o autocuidado (BRASIL, 2014a; LIMA, 2015).

A atenção psicológica pode ocorrer mediante escuta clínica, psicoeducação, apoio e acolhimento e, ao contribuir na compreensão dos fatores emocionais que acompanham o adoecer, tem por finalidade ajudar o usuário a aceitar e melhor lidar com a enfermidade e suas consequências, favorecer sua estabilidade emocional e motivá-lo para o seguimento das prescrições e orientações terapêuticas, tal como a dieta alimentar e a prática regular de exercícios físicos (ANTONIO, 2010; LIMA, 2015).

### *1.2.1 O cuidado integral e ampliado na ABS a pessoas vivendo com HAS e DM*

A HAS e o DM são agravos crônicos independentes, mas, com frequência, ocorrem de forma concomitante, tendo em comum o comprometimento que podem ocasionar à saúde, requerendo cuidados específicos e constantes, como acompanhamento médico a longo prazo e mudança de hábitos e no estilo de vida. Muitas vezes, inclui também o uso de medicamentos por toda a vida (STURMER; DIAS-DA-COSTA; OLINTO; MENEZES; GIGANTE; MACEDO, 2006). Estão entre as principais causas de mortalidade e de hospitalizações no SUS e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; SILVA; MENEZES; MONTEIRO; BARRETO; CHOR; MENEZES, 2011).

Em 2001, o Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à HAS e ao DM, implementou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no país (SPS/MS, 2001a), o qual foi aprovado pela Portaria/GM nº 16, de 03 de janeiro de 2002. Representantes das sociedades científicas de cardiologia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, nefrologia, entidades nacionais de portadores, CONASS e CONASEMS foram convidados para sua elaboração e um comitê técnico foi constituído com o propósito de assessorar em sua operacionalização (BRASIL, 2004a).

Como objetivo geral, o referido Plano visava o estabelecimento de diretrizes e metas para a reorganização da atenção à HAS e ao DM no SUS, através da atualização dos profissionais da ABS, da garantia do acesso ao diagnóstico e da vinculação do paciente às UBS para tratamento e acompanhamento, promovendo assim a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para pessoas que vivem com essas doenças e são atendidas na rede pública de serviços de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais de saúde necessitam de programas e conteúdos que lhes possibilitem desempenhar suas atribuições cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população. Dessa forma, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus foi composto pelas seguintes ações: 1 capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais que atuam na rede básica na atenção à HAS e ao DM; 2 campanha de rastreamento de HAS e DM e promoção de hábitos saudáveis de vida; 3

confirmação diagnóstica e início da terapêutica; 4 cadastramento e vinculação dos portadores de HAS e DM às UBS para acompanhamento e tratamento.

Como estratégia de cuidados complementares o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, instituído pela Portaria nº 371, de 4 de março de 2002, que se tornou parte integrante do Plano acima referido. De modo concomitante, houve a implantação do Hiperdia, sistema informatizado nacional de cadastro e acompanhamento de pessoas com tais diagnósticos nas UBS (TOSCANO, 2004).

O sistema hiperdia atua, portanto, como referência para a abordagem de pessoas com HAS e DM na ABS. Trata-se de um modelo de atenção programática, que permite ao gestor federal, estadual ou municipal planejar as necessidades de atendimento a esse público, bem como cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do SUS, o que assegura o recebimento dos medicamentos prescritos. Além disso, é uma ferramenta que gera informações úteis para os gestores e o Ministério da Saúde a respeito do perfil epidemiológico desse segmento da população, a fim de propor estratégias visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (LOPES; FERREIRA; MARIANO, 2009). Nesse sentido, possibilita o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade (BRASIL, 2001).

A atuação dos profissionais de saúde no cuidado a usuários com doença crônica, nesse nível de atenção, prima pela confiança, capacidade de diálogo e relacionamento positivo e de negociação por parte dos envolvidos no processo. Dessa forma, é essencial produzir uma atenção e cuidado personalizados e criar vínculos. Souza e Garnelo (2008) ressaltam que o cuidado ofertado deva ir além do binômio queixa-conduta e, assim, colaborar para identificar indivíduos assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do usuário a este processo.

Campos (1997) refere a necessidade do cuidado com o Sujeito para além do corpo, das limitações ou da doença. O Sujeito, além de sua biografia singular, apresenta o seu corpo e sua dinâmica corporal que estão marcados por uma singularidade. Perceber, entender e trabalhar com o sujeito dentro dessa visão integral requer a quebra de paradigmas do próprio profissional de saúde, que deve passar a entender a clínica para além dos padrões pré-estabelecidos pela medicina, colocando a doença entre parêntese, abrindo a oportunidade do diálogo e da troca, ampliando, assim, as possibilidades para o cuidado.

Sturmer et al. (2006) argumentam que o peso excessivo no componente farmacológico desvaloriza a dimensão relacional do cuidado. Ainda que o medicamento seja peça fundamental no controle da HAS e do DM, sozinho ele é insuficiente para garantir a adesão do usuário aos cuidados oferecidos na unidade de saúde. Nesse sentido, Waldow (2011) ressalta que as intervenções técnicas só são consideradas cuidado quando englobam comportamentos de cuidar, tais como respeito, gentileza, atenção e solidariedade.

Barros, Oliveira e Silva (2007) afirmam ser imprescindível que o cuidado produzido pelos profissionais de saúde seja embasado por escuta, acolhimento, ética, diálogo, autonomia, respeito, liberdade, cidadania e criatividade, de modo a impulsionar mudanças práticas. Assim, a primeira ação a ser desenvolvida com o usuário inclui a escuta sensível de suas necessidades de saúde (CECÍLIO, 2001), aliada ao acolhimento, visando concretizar a atenção integral nos contextos familiar e comunitário.

A ESF, enquanto programa central na ABS, oportuniza um espaço privilegiado para práticas diferenciadas de cuidado. Através dela, é possível identificar as demandas principais da população adscrita e, com isso, desenvolver uma assistência mais eficaz. Além disso, Kebian e Oliveira (2015) pressupõem que a atuação em equipe multidisciplinar proporcione o desenvolvimento de práticas de cuidado mais complexas, devido à interação entre os profissionais, com permuta de conhecimentos e experiências. Considera-se, assim, necessidades biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos e coletividade, contemplando a integralidade, a humanização e a equidade.

No âmbito da ESF, as práticas de cuidado no cotidiano de trabalho dos agentes de saúde são compostas por diversas atividades, como as assistenciais, as de educação em saúde e as administrativas. O ACS é um dos profissionais que atuam diretamente com o usuário, tanto através de atividades na UBS quanto nas atividades extramuros, que incluem as visitas domiciliares, os mutirões e as ações educativas. Para promover a saúde e prevenir as doenças, esse profissional deve aproximar-se das famílias a fim de entender seu contexto de vida, identificar as necessidades e, com isso, sugerir condutas coerentes (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

O acolhimento se constitui, para o ACS, como uma atividade administrativa que tem por finalidade organizar o fluxo de demanda espontânea, direcionando o usuário ao serviço mais adequado e resolutivo. Nas atividades assistenciais voltadas ao cuidado, realiza-se a busca ativa de usuários ausentes das atividades da UBS, de contatos de doenças infectocontagiosas e de hipertensos e diabéticos. Nesse espaço - da visita domiciliar - cria-se

a possibilidade de investigar, através do diálogo e da observação, os motivos que estão inviabilizando a presença do usuário na UBS e de analisar a situação de saúde das famílias (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

Ao ACS cabe, através da educação em saúde, a tarefa principal de otimizar as potencialidades do paciente e da família, para que estes participem e se apropriem da tarefa do cuidar. De acordo com Kebian e Oliveira (2015), dentre as atividades educativas destaca-se os grupos educativos voltados para o cuidado às pessoas com doenças crônicas, principalmente hipertensão e diabetes, além de grupos destinados, por exemplo, a adolescentes, idosos, gestantes, puérperas e tabagistas. Como estratégia para facilitar o acesso e adesão da população aos grupos educativos, algumas equipes organizam essa atividade dentro da comunidade, em locais cedidos por moradores, como bares, igrejas ou quintais de casas.

Santos, Nery e Matumoto (2013) referem que a produção do cuidado a usuários com HAS deve ser sensível ao acolhimento e ao vínculo, com vistas à integralidade. O envolvimento da família e da comunidade nas quais o usuário está inserido, além do compartilhamento de experiências, saberes, expectativas e sentimentos valoriza o outro em sua singularidade e autonomia, mostrando-se relevantes na construção de novas formas de produzir o cuidado.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), o acolhimento é entendido como postura e prática que se faz presente no processo de trabalho das equipes de saúde no intuito de construir uma relação de confiança e compromisso com os usuários, famílias e profissionais, bem como de promover uma cultura de solidariedade e legitimação do SUS. Acolher significa muito mais do que tratar bem os usuários, implica uma atitude de respeito, interesse e responsabilização por seus problemas e necessidades de saúde, com um compromisso alicerçado no estabelecimento de vínculo.

Trata-se de uma relação na qual o profissional responsabiliza-se pelo outro de tal modo que o valoriza em sua essência humana e histórica (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013). Espera-se que a escuta sensível incentive no profissional à responsabilização necessária pelo sofrimento do outro, considerando sua singularidade, acolhendo-o no momento em que ele adentra a unidade de saúde ou em visitas domiciliares, empenhando-se na busca de resolução para suas necessidades e problemas identificados.

Nesse sentido, o acolhimento possui potencial para impulsionar mudanças na produção do cuidado, sendo dispositivo necessário à organização do processo de trabalho das equipes de saúde e ao fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais (NERY;

CARVALHO; SANTOS; NASCIMENTO; RODRIGUES, 2011). Muitas vezes, os usuários buscam o profissional para expressar suas angústias, partilhar suas inquietações, medos e expectativas, encontrar envolvimento com seu sofrimento. Ao mesmo tempo, esse ato pode despertá-lo para assumir o papel de protagonista de seu tratamento e, em extensão, de sua história.

De maneira geral, a ampliação da visão do cuidado em saúde traz a possibilidade de aproximar-se da realidade de vida do usuário, tirando o foco da doença e levando em consideração sua subjetividade, na perspectiva da valorização da vida. Defende-se que o ser humano precisa ser entendido também na sua dimensão social, política e cultural, na dinâmica de suas relações na família e comunidade, no acesso a serviços de saúde, trabalho, educação, entre outros aspectos que constroem seu processo de saúde/doença (DELZIOVO; PEDEBÔS; PIRES, 2012).

O conceito de clínica ampliada foi proposto para designar uma clínica capaz de lidar com a singularidade, sem abrir mão da atenção às doenças, suas possibilidades de diagnóstico e intervenção (CAMPOS, 1997). Reforça a autonomia do Sujeito sobre seu cuidado. Entretanto, pode ser um desafio para os profissionais entender e aceitar que o caminho é, antes de tudo, do usuário. A equipe faz as proposições a serem pactuadas, mas a decisão de cumprir ou não é do usuário (DELZIOVO; PEDEBÔS; PIRES, 2012).

Esse novo modo de pensar e fazer a clínica passa a ser uma ferramenta com a qual os profissionais da ESF e do NASF enfocam o sujeito, a doença, a família e o contexto social, tendo como objetivos produzir saúde e aumentar a autonomia de todos na resolução de seus problemas. Para isso, tornam-se necessárias a integração da equipe multiprofissional, a adscrição da clientela e a construção de vínculo entre profissionais e usuários na elaboração do projeto de cuidado. Esse projeto é desenvolvido de forma singular e em conformidade com a vulnerabilidade de cada caso, com vistas à ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença. A integralidade torna-se o objetivo maior. Também é uma forma de, concretamente, tornar humanizados os serviços de saúde, visando mudanças nos modelos de atenção e gestão e a produção conjunta de saúde e de subjetividades no encontro clínico entre trabalhador de saúde e usuário (BRASIL, 2009b).

Logo, nesse contexto, é de fundamental importância que os profissionais de saúde busquem compreender, na população alvo do seu trabalho, quais são os fatores implicados no não cumprimento das prescrições e orientações terapêuticas, com elaboração de planos de cuidado capazes de facilitar a adesão aos tratamentos, com oferta de escuta diferenciada e de

qualidade, voltados ao sofrimento, carências e demandas dos cidadãos assistidos nos serviços de saúde (REINERS; AZEVEDO; VIEIRA; ARRUDA, 2008).

### **1.3 Adesão aos tratamentos de doenças crônicas e fatores psicossociais associados**

Os tratamentos da HAS e da DM visam à manutenção do controle metabólico com terapias medicamentosas e não medicamentosas, sendo estas últimas relacionadas a mudanças de comportamento associadas sobretudo à alimentação saudável e à atividade física. Tais doenças requerem um tratamento prolongado, sendo necessária um seguimento adequado por parte do usuário às recomendações terapêuticas com o objetivo de inibir ou minimizar a evolução da doença (BRASIL, 2001). Nesse sentido, um dos maiores desafios na atenção a pessoas com DM e HAS consiste em obter níveis favoráveis de adesão ao tratamento. Auxiliar as pessoas acerca do autocuidado exige estimular e apoiar o cuidar de si ao longo da evolução da enfermidade, o que inclui tomar precauções contra agravamentos do quadro clínico.

A não adesão ao tratamento medicamentoso é a principal responsável pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico, tendo como consequência maiores custos a saúde pública do país devido ao aumento no número de casos de intoxicações e internações hospitalares (BUSNELLO; MELCHIOR; FACCIN; VETTORI; PETTER; MOREIRA; FUCHS, 2001).

Como já mencionado, o Plano Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus favoreceu o fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos, além do monitoramento das condições clínicas dos usuários (BRASIL, 2001). No entanto, como afirma Klein e Gonçalves (2005), a simples criação de políticas e/ou programas para a prevenção ou controle de doenças crônicas pode não ser garantia de resolutividade do problema. Para isso, faz-se necessário a adesão do usuário aos esquemas terapêuticos propostos pela equipe de saúde.

A adesão ao tratamento tem sido definida como a extensão na qual o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações dos profissionais de saúde (HAYNES, 2001). Relaciona-se a tomada de medicamentos prescritos, mas inclui ainda o cumprimento de hábitos de vida saudáveis, visando mudanças significativas no estilo de vida (DAL-FABBRO, 2005). Para além do seguimento de orientações, compreende a forma como o usuário conduz seu tratamento (GUSMÃO; MION, 2006). Deve-se considerar a vontade do indivíduo em participar e colaborar no tratamento, bem como os comportamentos, sentimentos,

posicionamentos e efeitos psicológicos relacionados ao processo de adoecer e conviver com a doença (SILVA; BARBOSA; OLIVEIRA; GOUVEIA; NUNES; ALVES, 2008).

Nesse sentido, torna-se imprescindível aos usuários com HAS e/ou DM a compreensão, aceitação e prosseguimento do tratamento, uma vez que estes apresentam risco para o desenvolvimento de graves complicações, de natureza aguda ou crônica, que poderão afetar suas habilidades para o autocuidado, de forma transitória ou definitiva, e ocasionar uma maior complexidade do regime terapêutico e, por conseguinte, maiores chances de baixa adesão ao tratamento.

Por vezes, exige-se do sujeito autonomia e corresponsabilização pela própria saúde no que diz respeito, por exemplo, às suas restrições alimentares, devendo ser estabelecido um plano terapêutico segundo as características individuais de cada um. Desse modo, aderir ao tratamento figura como um processo de elevada complexidade, sendo obrigatória uma visão holística do usuário. Não é suficiente apenas levar em consideração a patologia, é preciso que o profissional de saúde atente, também, para a pessoa, haja vista que a adesão ao tratamento sofre influências de elementos relativos ao paciente em si, bem como a patologia, a instituição de saúde, a relação entre profissional e paciente, e por fim, e não menos importante, a crença e cultura do indivíduo (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

De fato, um conjunto de fatores tem sido associado à adesão ao tratamento, como fatores demográficos, clínicos e comportamentais, além de fatores psicológicos e sociais. Dessa forma, a adesão sofre influência tanto de fatores externos quanto de fatores diretamente ligados ao usuário, como aqueles relacionados a sua percepção, conhecimentos, atitudes, crenças, aceitação, percepções, expectativas e motivação (COELHO; MOYSÉS NETO; PALHARES; CARDOSO; GELEILETE; NOBRE, 2005; TRIVEDI; AYOTTE; EDELMAN; BOSWORTH, 2008).

Os fatores subjetivos envolvidos nos tratamentos dessas doenças refletem na forma como os usuários irão compreender e darão prosseguimento ou não ao seu tratamento, exigindo dos profissionais de saúde maior investimento e integração de saberes para intervenções e manejo adequados e eficazes, que visem contribuir com o processo de adesão. De acordo com Gomes, Silva e Santos (2010), uma das dificuldades principais para que os indivíduos com hipertensão tenham aderência ao tratamento reside em entender o porquê devem utilizar diariamente diversos comprimidos e sofrer com seus efeitos colaterais, sobretudo quando estando assintomáticos.



A regularidade e a qualidade da comunicação clínica também são determinantes de bons níveis de adesão aos tratamentos, uma vez que usuários bem esclarecidos sobre prognóstico e opções de tratamento – incluindo benefícios e efeitos adversos – mostram-se mais dispostos a seguir às recomendações. A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado, por exemplo, da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento (ALVES, 2005; CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Em investigação conduzida para estimar a prevalência e analisar fatores associados à não-adesão ao tratamento de pessoas com HAS, Santa-Helena, Nemes e Eluf Neto (2010) procederam um estudo transversal com 595 pacientes atendidos em unidades de saúde da família. As variáveis associadas à não-adesão foram: (1) sócio-econômicas, como pertencer às classes econômicas C/D/E e estar inserido no mercado de trabalho, em ocupações não qualificadas; (2) assistenciais, referentes a precisar comprar os medicamentos e haver mais que seis meses desde a última consulta, e (3) características da pessoa e do tratamento, que incluíram interromper previamente o tratamento, estar em tratamento há menos de três anos e presença de sofrimento mental. Os resultados sugeriram que as desigualdades sociais se mostram diretamente associadas à não-adesão ou são mediadas por fatores dos serviços e das pessoas.

Silva et al. (2008) indicaram alguns fatores que parecem estar relacionados com a baixa adesão dos usuários ao tratamento da HAS, ressaltando falta de conhecimento sobre a doença e de motivação para tratá-la, tendo em vista sua cronicidade; baixo nível socioeconômico; aspectos culturais, como crenças inadequadas adquiridas no contexto familiar; baixa autoestima; relacionamento ineficaz com a equipe de saúde; tempo prolongado de atendimento; dificuldades no acesso aos serviços de saúde, sobretudo às consultas; e custo e efeitos indesejáveis dos medicamentos, os quais interferem na qualidade de vida.

Bezerra, Lopes e Barros (2014) realizaram um estudo com 77 pacientes de um centro de hipertensão e metabologia, cujo objetivo foi o de identificar os níveis de adesão à terapêutica medicamentosa em hipertensos, bem como os fatores diretamente associados aos mesmos. Os resultados mostraram que os pacientes hipertensos, em sua maioria (87%), eram aderentes ao tratamento medicamentoso, mas menos da metade (40%) aceitavam o diagnóstico. Entre o grupo não aderente, 40% referiram total descontrole e 60% afirmaram já ter pensado em abandonar o uso do medicamento em algum momento. A distância do centro de saúde foi referida como um empecilho para prosseguir com o tratamento.

Para Bezerra et al. (2014), a percepção do usuário é guiada por questões subjetivas que podem não corresponder à realidade objetiva, e levá-lo a interpretar que não é necessário o seguimento do tratamento. Nesse sentido, ressaltam que é razoável supor que questões subjetivas que envolvem a situação de adoecer reflitam na disposição de cada um em aceitar o tratamento. Fonseca, Oliveira e Del Porto (2012) afirmam que os pacientes, ao pensarem sobre a própria condição de enfermidade ou incapacidade, interpretam essa situação, experimentam emoções e agem de acordo com as conclusões a que chegam, muitas vezes sem que suas interpretações correspondam à realidade objetiva.

A aceitação da doença pela pessoa com HAS estabelece posição importante no desenvolvimento das ações de controle e cuidado. A representação da doença, a forma de cuidar-se, reconhecer-se como hipertenso e encarar as limitações determinam o sucesso do tratamento. Muitas vezes, a negação da doença ou a resistência para seguir as recomendações dos profissionais de saúde é a forma utilizada para não assumir a condição de ter uma doença crônica (ALMEIDA; PAZ; SILVA, 2013).

Carvalho, Leopoldino, Silva e Cunha (2012) conduziram um estudo sobre adesão ao tratamento medicamentoso em dez UBS do município de Teresina – PI, que objetivou o levantamento do perfil socioeconômico e do grau de adesão terapêutica dos usuários cadastrados. Participaram 400 usuários com HAS e/ou DM. Em relação ao conhecimento sobre o tratamento medicamentoso, 223 (55,75%) deles desconheciam o nome do medicamento usado, 291 (72,75%) a dose administrada, 26 (6,5%) o intervalo e 293 (73,25%) não sabiam até quando iriam tomá-los. A maioria dos entrevistados foi considerada não aderente para ambas as doenças (77,5% HAS e 69,30% DM). As causas principais para a não adesão foram o esquecimento e a perda do horário de utilização dos medicamentos. Ao associar o tipo de doença com a adesão, verificou-se que os diabéticos aderiram mais facilmente ao tratamento em comparação aos hipertensos (CARVALHO et al., 2012).

Duarte, Cyrino, Cerqueira, Nemes e Iyda (2010) elaboraram um estudo que buscou identificar os motivos apresentados pelos pacientes para o abandono do seguimento médico e terapêutico. Os principais motivos relatados pelos participantes da pesquisa estavam ligados à organização e estrutura do serviço, em decorrência de dificuldades, incompatibilidades e insatisfações com diferentes dimensões dos serviços prestados pela instituição, dentre as quais se destacaram o intervalo longo entre as consultas, dificuldade para agendar consulta, demora em ser atendido, horário de atendimento incompatível com o do trabalho ou com as ocupações diárias, mudança de médico responsável pela assistência e impossibilidade de acesso ao

médico especialista. Nesse mesmo estudo, os participantes se mostraram descontentes e insatisfeitos com a assistência prestada pelos profissionais de saúde, sendo essa uma das causas apontada como fator para o abandono do tratamento.

Mendes, Barros, Loiola e Silva (2014) afirmam que a estrutura e organização do serviço de saúde e a qualidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional exercem uma forte influência quanto à motivação para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Como forma de melhorar a adesão terapêutica, portanto, torna-se imprescindível o estabelecimento de relações confiáveis entre o usuário e os profissionais de saúde, além do desenvolvimento de ações educativas em atividades de prevenção e promoção de saúde (MARTINS; STAUFFER, 2007). Entretanto, cabe ressaltar que o melhor planejamento da gestão e da assistência na ABS cria condições adequadas para garantir sustentação do trabalho e assistir dignamente o usuário, oferecendo atendimento humanizado que favoreça a adesão ao tratamento.

#### **1.4 Contribuições da Psicologia em equipes multiprofissionais na ABS**

A saúde não se restringe à inexistência de patologias e ao bem-estar físico. Há uma condição multidimensional, que engloba, no mínimo, três dimensões: corporal, psicológica e social. A saúde do corpo, também chamada de saúde física, consiste, por exemplo, em ter vigor físico e bom desempenho cardiovascular. No que diz respeito à saúde psicológica, esta compreende variáveis como a capacidade de raciocinar clara e objetivamente e manter autoestima elevada, além de estabilidade emocional, habilidades intelectuais e de resolução de problemas e criatividade. A saúde social, por sua vez, incorpora as capacidades interpessoais, tais como interações e relações familiares e de amizade, bem como o engajamento em atividades socioculturais (STRAUB, 2005). Um atendimento integral requer atenção a interface entre as esferas mencionadas.

Por conseguinte, os profissionais de saúde, e não somente os psicólogos, precisam desenvolver intervenções de forma abrangente, englobando mais do que compreensão e cura de “doenças”. Isto significa que estes devem estar aptos a expandir o conhecimento e entendimento acerca dos indivíduos e buscar intervir e modificar a realidade a sua volta. Desse modo, é de suma importância o desenvolvimento de estudos que permitam apreender a realidade na qual esses profissionais exercem suas funções e capacitá-los a realizar intervenções eficientes e eficazes, que possam beneficiar um número significativo de pessoas (PIERIN; MION JR; FUKUSHIMA; PINTO; KAMINAGA, 2011).

A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde (ALVES, 2010, p.48).

O psicólogo exerce um papel relevante na equipe de saúde, oferecendo suporte técnico que pode incluir, por exemplo, entrevistas de caráter motivacional, intervenção psicológica em grupo e psicoterapia de apoio. Nos casos de HAS e DM, esse apoio busca primordialmente favorecer o enfrentamento de estressores relacionados ao adoecimento, assim como prevenir consequências agudas e promover estilos de vida mais saudáveis, tendo por objetivo viabilizar uma adaptação mais satisfatória do indivíduo à sua condição crônica e reduzir riscos de complicações futuras (MARCELINO; CARVALHO, 2005; NEVES; MOLINA; ALMEIDA, 2011; SILVA, 2006; TRINDADE; TEIXEIRA, 2000). É necessário que o psicólogo busque também utilizar os conhecimentos advindos do arsenal teórico-metodológico da ciência psicológica para instrumentalizar outros profissionais no manejo adequado de aspectos psicossociais presentes nos atendimentos em saúde.

Como defende Chiesa e Veríssimo (2001), a comunicação em saúde é “*algo que se constrói*”. Ao oferecer escuta qualificada ao outro, este se torna capaz de melhor entender suas crenças, suas possibilidades e limitações, de modo que se viabiliza a atuação em conjunto entre equipe de saúde e usuário/família. O modo como percebe a si própria e suas restrições e como lida com as adversidades com as quais se confronta no processo de adoecimento é que possibilitará a pessoa dimensionar o contexto e se adapta a sua doença, o que ocorre de forma particular para cada usuário.

A atuação do psicólogo, mediante psicoeducação, apoio e acolhimento, pode auxiliar o usuário e sua família quanto a aceitação da doença e participação ativa no tratamento, promovendo o autocuidado e favorecendo a estabilidade emocional. Mas, como membro da equipe de saúde, o profissional de psicologia pode ainda interferir e mediar as interações entre usuários e demais profissionais, de modo a ampliar condições em que a pessoa se sinta acolhida e motivada com relação ao seu tratamento, participando, colaborando e exercendo um controle maior sobre a sua condição crônica (LIMA, 2015).

Na busca pela integridade, a criação de grupos específicos é vista como uma maneira significativa de cuidado por parte dos profissionais da saúde (RODRIGUES; MOREIRA; SOUZA; CERETTA; TUON, 2012). A constituição do grupo busca desenvolver uma via de diálogo que prima por uma conscientização mais satisfatória acerca do DM e da HAS e das

complicações que a evolução dessas doenças pode acarretar. Ademais, a comunicação em grupo possibilita desfrutar de um ambiente no qual há permuta de conhecimentos e experiências entre pessoas que vivenciam a mesma condição de adoecimento e que podem apresentar reações comuns, como ansiedades, preocupações, dúvidas, medos, inseguranças e fantasias. Desse modo, a vivência grupal contribui para amenizar possível solidão e isolamento, ao mesmo tempo que oportuniza aos usuários aprenderem a conviver e enfrentar circunstâncias adversas com as quais são confrontados no dia a dia (MAIA; ARAÚJO, 2002; MARCELINO; CARVALHO, 2005; YALOM, 1995; ZIMERMAN, 1993). Como afirma Antonio (2010), impulsionar a troca e construção de saberes através de uma óptica interativa e relacional, em que os problemas e as soluções são compartilhados numa atmosfera segura e empática, vem demonstrando ser uma estratégia eficiente de promoção da saúde, potencializando a eficiência dos recursos técnicos das instituições.

Em suma, na abordagem interdisciplinar a pessoas com HAS e DM, em cenários de cuidados de saúde primários, a atuação do psicólogo busca propiciar um elo com a equipe de profissionais responsáveis pelos cuidados, tendo por objetivos centrais promover uma aceitação maior da doença e, conseqüentemente, do seu tratamento, além de mudanças no estilo de vida e hábitos, de modo a potencializar os recursos pessoais para lidar com a doença e incrementar a taxa de aderência aos tratamentos. Tal trabalho é relacional e, como tal, considera continuidades, espaços diferenciados e adaptáveis e vínculos humanos (ANTONIO, 2010).

A psicologia no que diz respeito à ABS e, mais especialmente, no âmbito do NASF, logra visibilidade por conta da elevada taxa de procura em saúde mental nas comunidades que apresentam fragilidade psicossocial, demandando um entendimento mais profundo sobre suas novas incumbências.

Os NASFs contam com a participação de psicólogos desde suas primeiras experiências de matriciamento, no suporte ao trabalho das equipes envolvidas. Nesse contexto, as competências desse profissional propiciam uma melhor abordagem psicossocial aos usuários no exercício interdisciplinar, ampliando a visão e formas de manejo sobre os fenômenos em questão. O papel do psicólogo no cuidado aos usuários atualmente tem expandido, passando a englobar, em seu suporte técnico, a atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, jovens e mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis, no intuito de compartilhar seu saber com os diversos profissionais e, em extensão, com a própria população (CRPRS, 2008).

No âmbito do NASF, muitos são os procedimentos que podem ser empregados pelo psicólogo, como as práticas integrativas e suplementares (CFP, 2009). De acordo com Cezar, Rodrigues e Arpini (2015), a atenção básica pode proporcionar ao psicólogo experiências complexas, mas singulares, colaborando no fortalecimento de sua identidade como profissional. Dessa forma, o psicólogo vem se aproximando mais de intervenções coletivas e comunitárias e tem ampliado sua compreensão acerca da realidade socio sanitária dos usuários, compartilhando seus saberes e participando da elaboração de projetos terapêuticos junto com a equipe de saúde, usuário e família. A atribuição do psicólogo na ABS deve ser abrangente e efetiva, atentando que o processo de saúde ocorre amplamente e, ao mesmo tempo, de modo ímpar (JIMENEZ, 2011).

## **CAPÍTULO II**

### **OBJETIVOS**

O presente estudo foi norteado pelo interesse em levantar as necessidades de capacitação profissional de Agentes Comunitários da Saúde (ACS) em relação a conhecimentos e habilidades para lidarem com dificuldades de adesão ao tratamento de pessoas com doenças crônicas, sendo conduzido com usuários inscritos no Programa Hiperdia de um município localizado na região da Costa Verde, no estado do Rio de Janeiro.

Nesse sentido, o objetivo geral da pesquisa consistiu em investigar as percepções de ACS no que se refere a presença e manejo de aspectos psicossociais que influenciam a adesão aos tratamentos de usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial, conforme suas experiências no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Os objetivos específicos traçados para a investigação foram os seguintes:

1. Compreender as rotinas e contextos de trabalho dos ACS mediante relato de enfermeiras gestoras;
2. Verificar a compreensão dos ACS sobre adesão aos tratamentos;
3. Levantar aspectos psicossociais que, na visão dos ACS, afetam o seguimento de orientações e prescrições terapêuticas pelos usuários por eles assistidos;
4. Investigar como os ACS lidam com possíveis dificuldades relacionadas a baixa adesão aos tratamentos no cotidiano do trabalho junto aos usuários do Programa Hiperdia;
5. Identificar as formas de apoio que os ACS recebem ou gostariam de receber frente aos desafios e limitações que encontram para lidar com aspectos psicossociais dos usuários em tratamento da DM e HAS.

Dessa forma, espera-se conhecer o papel que os ACS têm desempenhado, como membros de equipes de saúde da família, no favorecimento da adesão aos esquemas terapêuticos propostos para usuários do Programa Hiperdia e, em extensão, avaliar suas necessidades de melhor qualificação para o exercício de suas atribuições. A expectativa é de que estudos como este possam contribuir para a elaboração de diretrizes de intervenção capazes de subsidiar o planejamento de programas de capacitação de ACS que tenham por objetivo melhorar a adesão aos tratamentos de doenças crônicas na ABS.

## CAPÍTULO III

### MÉTODO

A presente pesquisa, quanto a sua metodologia, utilizou abordagem qualitativa e foi do tipo descritiva, com emprego de questionário, condução de entrevistas semiestruturadas e realização de grupo focal e oficina de discussão de caso clínico. Essas escolhas metodológicas visaram levantar, descrever e compreender as percepções de ACS frente a desafios impostos por dificuldades em processos de adesão a tratamentos, de acordo com suas vivências junto a usuários atendidos na ABS, em programa destinado ao acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

#### 3.1 Contexto de realização da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Mangaratiba, que está localizado na Região da Costa verde do Estado do Rio de Janeiro, distante 136 km da capital (Ver Figura 1). A Cidade compreende seis distritos: Mangaratiba-Centro, Conceição de Jacaréí, Itacuruçá, Muriqui, Serra do Piloto e Praia Grande. Sua população é estimada em 41.557 habitantes, segundo o IBGE (2016).



**Figura 1.** Região da Costa Verde, no Rio de Janeiro, onde se localiza o município de Mangaratiba.

A rede de saúde pública do município de Mangaratiba, no período de realização da pesquisa, estava composta por doze unidades da ESF, com cobertura de Saúde da Família em



100%, distribuídas nas seguintes regiões: Mangaratiba-centro, Ranchito, Ingaíba, Serra do Piloto, Itacurubitiba, Conceição de Jacareí, Praia Grande, Ibicuí, Muriqui-centro, Muriqui São Sebastião, Itacuruçá e Ilhas. Atuavam nestas unidades o total de 64 agentes comunitários de saúde.

Funcionavam ainda quatro unidades básicas de saúde com especialidades médicas e multiprofissional e três unidades de saúde com urgência e emergência, além de um hospital geral de média complexidade e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF1. O município contava também com serviços de saúde mental, de fisioterapia, de fonoaudiologia e de odontologia. Havia um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I, dez equipes de saúde bucal da Estratégia da Família, um Centro de Especialidades Odontológica e um Centro de Especialidades de Fisioterapia (DAB, 2016a).

A Coordenação da ESF oferece treinamento inicial aos ACS ao serem inseridos no Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS com o objetivo de ambientação e orientação de suas ações. Ademais, as equipes recebem capacitação de suas gerentes enfermeiras, das respectivas unidades, bem como podem ocorrer, quando há necessidade de atualização, treinamentos específicos por parte de coordenações de programas relacionados à saúde pública, DST/AIDS, Saúde do Trabalhador, Imunização, Hipertensão, Programa de assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMICA), entre outros.

As Equipes da ESF contavam com o apoio matricial da equipe do NASF, que era composta por dois fisioterapeutas, um nutricionista, um assistente social, um farmacêutico, um fonoaudiólogo e uma ginecologista.

Além do NASF1, a atenção básica incluía o Núcleo Municipal de Apoio Matricial (NUMAM), que era composto principalmente por psicólogos e assistentes sociais e funcionava de forma articulada com a Atenção Básica, Saúde Mental e Educação Permanente em Saúde, promovendo ações de suporte-assistencial e técnico-pedagógica junto às equipes da atenção primária. Visando mais resolutividade e eficácia nos processos de cuidado, o NUMAM apoiava e fortalecia a inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica, por intermédio da qualificação das equipes dessas Unidades, dando apoio periodicamente.

Periodicamente, ocorriam reuniões das eESF com a coordenação da ESF, bem como com a equipe do NASF1 e NUMAM, com vistas a elaboração de agenda de trabalho e planejamento de atividades, além de visitas e consultas conjuntas, avaliações de casos, elaboração de Plano Terapêutico Singular (PTS), orientações e educação em saúde. Os ACS

também recebiam orientações complementares do NASF, quando solicitado pelas eESF, pela Coordenação ou pelos próprios profissionais.

### **3.2 Participantes**

A pesquisa foi conduzida com três das equipes da ESF do município de Mangaratiba - RJ, as quais atuavam nas seguintes regiões: Itacuruçá, Muriqui São Sebastião e Ilhas. Essas três regiões foram escolhidas devido suas características populacionais e geográficas distintas, sendo uma região central, uma região periférica e outra oceânica.

Atualmente, na ESF do município existe o total de doze enfermeiros e de 64 ACS. Em cada uma das regiões acessadas, foram convidados a participar da pesquisa uma enfermeira com funções administrativas e todos os ACS integrantes das equipes da ESF. Participaram aqueles que, voluntariamente, se dispuseram a colaborar e que atenderam aos critérios de inclusão no estudo, sendo esperado um mínimo de cinco ACS para cada uma das três regiões.

Os participantes em ambas as funções – enfermeiros e ACS - deveriam atuar há, no mínimo, um ano na ESF das regiões selecionadas. Poderiam ser funcionários efetivos ou contratados. Com relação especificamente a seleção de ACS, estes deveriam residir na área em que atuavam e terem ao menos nível médio de escolaridade.

As enfermeiras foram abordadas e entrevistadas em suas próprias unidades de trabalho. Os agentes também foram acessados e agrupados na região onde atuavam, sendo liberados de suas atividades com vistas ao recebimento de explicações sobre a pesquisa e a participação nos grupos focais e oficinas.

Ao todo, colaboraram na coleta de dados três enfermeiras e dezesseis ACS das três regiões do município contempladas na pesquisa, renomeadas como ESF A, ESF B e ESF C para assegurar maior anonimato aos profissionais envolvidos. A Tabela 1 apresenta dados para caracterização prévia dos participantes. Informações mais detalhadas a respeito do perfil dos mesmos estão contidas na parte inicial do capítulo destinado aos resultados do trabalho.

**Tabela 1.** Caracterização dos participantes do estudo.

Região	Profissional	Idades	Tempo na AB do município	Tipo de vínculo empregatício
ESF A	1 ENF 5 ACS	51 anos 21 a 59 (M=34,4)	9 anos 1 a 10 (M=3,4)	Contrato 4 contratos e 1 estatutário
ESF B	1 ENF 6 ACS	34 anos 31 a 43 (M=35)	5 anos 1 a 11 (M = 5,5)	Estatutário 4 contratos e 1 estatutário
ESF C	1 ENF 5 ACS	31 anos 22 a 43 (M = 31,4)	6 anos 2 a 5 (M = 3,4)	Contrato 5 contratos

### 3.3 Instrumentos

Para a obtenção dos dados da pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos: roteiro para entrevista semiestruturada com as enfermeiras; questionário para obtenção de dados sociodemográficos e profissionais de todos os participantes; roteiro para condução de grupo focal com os ACS, planejamento e caso clínico para oficina com os ACS e ficha para avaliação da oficina pelos ACS. Para efeitos de melhor entendimento, o Quadro 1 discrimina os instrumentos que foram empregados com as enfermeiras e com os ACS, bem como informa os modos de aplicação utilizados.

**Quadro 1.** Instrumentos utilizados na pesquisa junto às enfermeiras e aos ACS.

Profissional	Quantidade	Instrumentos	Modo de Aplicação
Enfermeiras	3	Questionário sociodemográfico Roteiro de entrevista	Individual Individual
ACS	16, divididos em três grupos	Questionário sociodemográfico Roteiro de grupo focal Plano de oficina e caso clínico Ficha de avaliação da oficina	Individual Grupal Grupal Individual

#### 3.3.1 Roteiro de entrevista semiestruturada

O roteiro de entrevista semiestruturada, utilizado na interação com as enfermeiras, é composto por nove perguntas abertas, que foram elaboradas com a finalidade de obter informações acerca dos usuários e de problemas de adesão aos tratamentos na região de atuação de cada entrevistada, além de sondar necessidades e oportunidades de capacitação profissional para os ACS. Os seguintes aspectos foram abordados nas questões integrantes do roteiro: perfil dos usuários com HAS e DM atendidos na região; problemas principais de adesão aos tratamentos observados na prática; barreiras psicossociais a adesão ao tratamento

no programa Hiperdia; cursos ou treinamentos destinados a atualização dos ACS e relevância atribuída aos mesmos; preparação dos ACS para trabalhar com foco na adesão ao tratamento e lidar com aspectos subjetivos dos usuários; importância atribuída ao tema da adesão ao tratamento; necessidades e demandas dos ACS em termos de capacitação profissional. O roteiro, na íntegra, foi disponibilizado no Apêndice A.

### *3.3.2 Questionário sociodemográfico e profissional*

O questionário foi aplicado a todos os participantes, visando o levantamento de dados sociodemográficos e profissionais. As quatro primeiras questões são voltadas para a caracterização sociodemográfica dos respondentes, a saber: gênero, nacionalidade, idade e estado civil. As nove questões seguintes são destinadas a obtenção de dados relativos à formação acadêmica (escolaridade, curso de graduação, ano de conclusão do curso, cursos de pós-graduação Lato Sensu ou Stricto Sensu, residência) e ao trabalho na Atenção Básica (tempo de atuação, tipo de vínculo empregatício, outros vínculos e atividades profissionais desenvolvidas). Este questionário está detalhado no Apêndice B.

### *3.3.3 Roteiro do grupo focal*

O roteiro do grupo focal é composto por quatro conjuntos de questões disparadoras que serviram para nortear a interação da pesquisadora com os ACS em busca de dados sobre o tema da adesão aos tratamentos. Os principais eixos foram: conhecimento de adesão ao tratamento e identificação de adesão nos usuários; fatores que dificultam e que favorecem a adesão do usuário aos seus tratamentos; intervenções utilizadas pelos agentes na promoção de adesão aos tratamentos de usuários hipertensos e diabéticos e tipo de capacitação ou atualização existente ou requerida. Este roteiro está disponível no Apêndice C.

O grupo focal é descrito como uma modalidade de entrevista que se estabelece de acordo com um roteiro orientado para os objetivos pretendidos pelo pesquisador (OLIVEIRA; LEITE FILHO; RODRIGUES, 2007) e se baseia em discussão que produz um tipo particular de dados qualitativos, gerados através da interação grupal (BREAKWELL; FIFE-SCHAW; HAMMOND; SMITH, 2010). O processo de condução dos grupos focais segue uma linha metodológica composta pelas seguintes exigências: planejamento, condução das sessões e análise dos dados. O uso desta estratégia metodológica é apropriado quando o objetivo do estudo é explicar como as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento, pois

a discussão na reunião possibilita reunir informações sobre o que os participantes pensam, sentem ou como agem em relação a determinado tema (VERGARA, 2004).

### *3.3.4 Plano de oficina de discussão de caso clínico*

O plano de oficina, contido no Apêndice D, prevê a discussão de um caso clínico fictício com os ACS, tendo por objetivo verificar como estes analisam a situação relatada e propõem estratégias de ação para os problemas identificados. O plano foi composto por três partes. A primeira apresenta informações gerais, referentes à realização da oficina, como público alvo, número de participantes, duração prevista, material necessário, ambiente de realização e estratégias de condução da oficina. A segunda parte abarca a apresentação dos objetivos da oficina. Por fim, a terceira parte trata da estrutura da oficina, incluindo ambientação e abertura, aquecimento, desenvolvimento, fechamento e registro das sessões.

O relato do caso (fornecido no Apêndice E) descreve o contexto familiar e dificuldades de adesão ao tratamento de um jovem com diagnóstico de diabetes<sup>3</sup>. Os ACS foram instigados a propor soluções para o problema e refletiram a respeito da importância deste tipo de intervenção e de suas capacidades de agir em situações semelhantes, dentro dos limites de abrangência de seus trabalhos.

### *3.3.5 Roteiro de avaliação da oficina de discussão de caso clínico*

A ficha de avaliação da oficina, apresentada no Apêndice F, foi elaborada com quatro questões abertas para que os ACS pudessem avaliar possíveis contribuições do encontro e sugerir mudanças e novas estratégias a serem implementadas em encontros futuros. O instrumento foi aplicado ao término da discussão do caso clínico e antes da finalização das atividades.

## **3.4 Procedimentos Éticos**

O projeto referente a este estudo foi submetido à análise da Comissão de Ética na Pesquisa (COMEP) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, sendo aprovado sob parecer N° 23083.011215/2016-54, protocolo n° 858/2016 (ANEXO 1). Somente após a emissão de parecer positivo do COMEP, foram iniciadas as aplicações dos instrumentos.

---

<sup>3</sup> O caso clínico foi extraído, com algumas modificações, de exercício denominado “A Família Nunes invadida por um estranho chamado Diabetes”, disponibilizado pelo Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade de Coimbra. Link [http://gaius.fpce.uc.pt/pessoais/aprelvas/IPDC0708/recursos/FamiliaNunes\\_aulas2e8.pdf](http://gaius.fpce.uc.pt/pessoais/aprelvas/IPDC0708/recursos/FamiliaNunes_aulas2e8.pdf).

Dentre os cuidados éticos estabelecidos esteve a preparação de dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborados de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que regulamenta as pesquisas com seres humanos. Um dos termos foi destinado a leitura e assinatura pelas enfermeiras (Apêndice G), enquanto o outro modelo foi destinado aos ACS que se prontificaram a colaborar com a pesquisa (Apêndice H). Ambos os termos foram elaborados em linguagem clara e acessível, enfatizando a garantia do sigilo das informações a serem concedidas pelos profissionais e a proteção de suas identidades no que se refere a divulgação dos resultados da pesquisa, garantindo o anonimato. Houve ampla liberdade de escolha em termos da participação ou não no estudo, sendo assegurado aos profissionais que não haveria nenhum tipo de prejuízo aos mesmos em decorrência da recusa em integrar a pesquisa ou da desistência em qualquer momento de sua realização.

A pesquisadora entrou em contato com o Secretário Municipal de Saúde e com o Conselho Municipal de Saúde do município de Mangaratiba com vistas a elucidar os objetivos e procedimentos previstos para a pesquisa, tendo obtido consentimento para conduzir a coleta de dados. Posteriormente, foi realizado contato pessoal com a Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município, quando novos esclarecimentos foram fornecidos e decisões foram tomadas em relação aos locais e condições de realização da pesquisa.

Com o objetivo de apresentar seriedade e transparência na condução do trabalho e compartilhar seus resultados, a pesquisadora se disponibilizou a apresentar, ao final do estudo, os dados principais aos participantes e gestores envolvidos, em um encontro com essa finalidade.

### **3.5 Procedimentos de Coleta de Dados**

Em comunicação inicial com o Secretário de Saúde do município, foi obtida autorização verbal para realizar contato com a coordenadora da ESF visando explicações sobre a pesquisa e organização da coleta de dados. No encontro com a referida coordenadora, foram solicitados os nomes e informações de contato dos enfermeiros gerentes responsáveis pelas equipes das unidades ESF de três regiões com a finalidade de agendamento de visitas aos locais.

Após contato via telefone com as enfermeiras-gerentes das regiões escolhidas e alinhamento de agendas para a primeira visita à unidade, foi realizado o encontro presencial, no qual se formulou o convite para integrar a pesquisa, elucidando seus objetivos,

procedimentos e cuidados éticos. Também foi pedida a contribuição destas para abordagem aos ACS com vistas ao convite para participação na coleta de dados. Conforme combinado com as enfermeiras-gerente, a pesquisadora participou da reunião semanal de equipe de cada unidade, quando apresentou a proposta da pesquisa.

No encontro com os ACS nas unidades, no dia de reunião de equipe previamente agendada, foi feito o convite verbal para participação na pesquisa e foram fornecidas informações iniciais a respeito. Os esclarecimentos sobre a pesquisa foram aprofundados em momento imediatamente anterior ao início das entrevistas com as enfermeiras e antes de começar o trabalho no grupo focal com os ACS. Todos os profissionais convidados aceitaram participar do estudo e não houve desistência posterior.

A agenda de atividades da pesquisa foi acordada previamente com todos os participantes, de modo que não atrapalhasse o andamento das atividades nas unidades, tampouco as atividades das ACS.

A coleta de dados foi realizada em três momentos: 1 aplicação do questionário sociodemográfico e realização de entrevista individual semiestruturada com as enfermeiras, 2 aplicação de questionário sociodemográfico e condução de grupo focal com os ACS e 3 realização de oficina de discussão de caso clínico, com avaliação posterior pelos ACS.

Nos dias acordados com cada enfermeira-gerente para a entrevista semiestruturada em sua unidade de trabalho, a pesquisadora iniciou o encontro com a entrega do TCLE (Apêndice G), o qual foi lido e assinado pela participante. Dando continuidade à atividade, o questionário foi preenchido e a entrevista foi realizada de modo individual, com base no roteiro previamente elaborado. Os relatos foram gravados em áudio, possibilitando a transcrição das falas na íntegra.

Na agenda acordada com os ACS, o grupo focal foi realizado na unidade de saúde, na parte da manhã. Ao iniciar o encontro, foram entregues aos participantes o TCLE (Apêndice H), que foi lido e assinado por cada um deles. Partindo para as atividades propostas, primeiramente foi aplicado o questionário sociodemográfico, em abordagem individual a cada agente que compareceu para o encontro. O questionário foi preenchido de modo autoadministrado, após a leitura de seus itens e de serem sanadas dúvidas eventuais. Em seguida, iniciou-se o grupo focal, com apresentação e discussão de cada uma das questões disparadoras previamente definidas, constantes do Apêndice C. Houve a gravação em áudio de todas as falas apresentadas durante o encontro, possibilitando a transcrição dos relatos na íntegra.

Os grupos focais tiveram por finalidade identificar conhecimentos, percepções e habilidades dos ACS no que se refere ao processo de adesão ao tratamento de usuários com HAS e DM. Para o alcance deste objetivo, as perguntas do roteiro foram apresentadas com incentivo às falas dos participantes. Após cada pergunta, foi dado tempo para que todos falassem. As perguntas foram sempre dirigidas ao grupo como um todo e não a participantes em específico, entretanto houve apresentação espontânea de experiências individuais.

No mesmo dia do grupo focal, no período da tarde, foi realizada a oficina de discussão de caso clínico, que obedeceu a estrutura definida em seu planejamento prévio, disponibilizado no Apêndice D. O caso selecionado retratou uma situação que envolvia não adesão aos tratamentos para que os membros do grupo pudessem avaliar conjuntamente a situação e discutir possíveis soluções da equipe de saúde da família para os problemas identificados. Após as respostas dos participantes, organizados em duplas ou trios, foi feita uma explanação sobre o assunto pela pesquisadora, que apontou e discutiu possibilidades de intervenção no caso.

Ao final da Oficina, foi entregue aos participantes uma ficha para avaliação da atividade, que foi preenchida de modo autoadministrado (Apêndice F). Cada ACS pontuou se e como essa atividade contribuiu para sua prática profissional e como poderia agregar novas possibilidades ao seu fazer diário. Logo foi feito o agradecimento e encerramento dos trabalhos.

O grupo focal e a oficina de discussão de caso clínico ocorreram no mesmo dia por solicitação dos próprios profissionais, com duração total de cerca de seis horas. O grupo focal teve início às 9hs e finalizou três horas depois, às 12hs. Na parte da tarde, a oficina ocorreu das 13hs às 16hs.

Os arquivos com as verbalizações das enfermeiras nas entrevistas e das interações verbais ocorridas nos grupos focais e oficinas, gerados em formato eletrônico, foram transportados e armazenados em computador de uso exclusivo da pesquisadora, protegido por senha de acesso. Os dados obtidos nas entrevistas foram transcritos integralmente e receberam o tratamento metodológico ordenado por Bardin (1997). Concomitantemente a análise de dados, foi realizada pesquisa bibliográfica exploratória visando colaborar criticamente com a discussão dos dados resultantes da pesquisa.

Após o término do levantamento e da análise dos dados, foi proposta a realização de um encontro para feedback das informações do estudo aos participantes da pesquisa, visando



nova discussão acerca dos conhecimentos e habilidades necessários para identificar e manejar aspectos psicossociais associadas à adesão ao tratamento.

### **3.6 Análise de Dados**

O material reunido nas entrevistas, nos grupos focais e nas oficinas foram submetidos a procedimentos de análise de conteúdo temática, conforme o modelo proposto por Bardin (1997). Segundo essa autora, a Análise de Conteúdo pode ser entendida como o conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo de mensagens obtidas no processo de investigação.

A Análise de Conteúdo pressupõe a realização de alguns passos sequenciais: pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados. Dessa forma, conforme orientação de Bardin (1977), foram feitas leituras repetidas e exaustivas das falas dos participantes com uso do material transcrito. Posteriormente, em cada eixo de análise, foi realizado o agrupamento do conteúdo das falas por similaridades e sentidos. As categorias temáticas foram, então, elaboradas e nomeadas a partir dos núcleos de significado identificados nas falas e apontados pela literatura sobre o tema em estudo. A partir daí, procedeu-se a interpretação dos dados.

Para a análise do material do questionário sociodemográfico e profissional foi empregada estatística descritiva, com uso do Programa Microsoft Excel.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo, serão explanados e analisados os resultados do estudo em conformidade com seus objetivos e as diferentes fontes de dados utilizadas. Inicialmente, em esforço de contextualização, serão descritos os perfis sociodemográficos e profissionais dos participantes, tendo por base as informações levantadas mediante questionários aplicados com essa finalidade. Ademais, conforme relatos das enfermeiras, serão descritas as atividades usualmente desenvolvidas pelos profissionais participantes em suas rotinas de trabalho, assim como experiências e necessidades de capacitação profissional dos ACS, bem como será caracterizada a população atendida nas regiões pesquisadas. O propósito, nesse primeiro momento, é elucidar as características e contextos de trabalho dos ACS, de modo a propiciar um melhor entendimento da estrutura e dinâmica de funcionamento dos serviços em que atuavam no âmbito da ESF do município de Mangaratiba-RJ.

Em atenção às questões mais centrais da pesquisa, na sequência serão descritas as informações pertinentes aos dados coletados nos grupos focais conduzidos com os ACS, que foram organizados em categorias de acordo com os eixos temáticos abordados. Serão incluídas ainda as respostas dos participantes obtidas frente ao caso clínico discutido nas oficinas. Por fim, serão exploradas as percepções e avaliações manifestas pelos ACS quanto a experiência na oficina de estudo de caso.

Optou-se por realizar a discussão dos dados na medida em que os resultados forem percorridos, visando favorecer a integração de informações e a interpretação dessas frente à literatura da área e as vivências da pesquisadora no processo da pesquisa.

#### **4.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes**

Ao todo, em período relativo aos meses de março a abril de 2017, participaram deste estudo três enfermeiras e dezesseis ACS, lotados em três unidades ESF que atuavam em regiões com diferentes perfis geográficos e econômicos. Estas unidades foram caracterizadas pela abreviação “ESF” seguidas de uma letra, em caixa alta, de identificação “A”, “B” e “C”, ficando assim denominadas ESF A (região central), ESF B (região ilhas) e ESF C (região periférica).

#### 4.1.1 Perfil das enfermeiras entrevistadas

As três profissionais de enfermagem que colaboraram com a pesquisa, todas do sexo feminino, eram de nacionalidade brasileira, possuíam idades situadas na faixa etária entre 31 e 51 anos (M=38,6 anos) e apresentavam estado civil distintos: uma divorciada, uma casada e uma solteira. Com formações acadêmicas em nível de graduação em enfermagem e pós-graduação *Lato Sensu* na área da saúde, elas atuavam profissionalmente, em média há sete anos, como enfermeiras gerentes de suas respectivas unidades de saúde, na atenção básica do município em questão.

As entrevistadas haviam concluído o ensino superior em enfermagem no período de 2007 a 2009, ou seja, há, no mínimo, oito anos. Todas possuíam especializações em cursos na área da saúde, embora apenas uma tivesse especialização específica em Saúde da Família. Uma das enfermeiras era estatutária e se dedicava exclusivamente às atividades da ESF, enquanto o vínculo empregatício das demais se dava a partir de contratos de trabalho, sendo que uma destas últimas mantinha vínculos de trabalho também em outro município.

Os dados profissionais estão discriminados, por participante, na Tabela 2. Com o objetivo de preservar o anonimato das profissionais, estas foram identificadas com a palavra “ENFERMEIRA”, seguidas de uma letra, em caixa alta, de identificação “A”, “B” e “C”, em correspondência às unidades da ESF onde atuavam.

**Tabela 2.** Dados profissionais das enfermeiras (n=3)

Participantes	Idade	Conclusão da Graduação	Especializações	Trabalho na ABS	Vínculo empregatício
ENFERMEIRA A	51 anos	10 anos	Auditoria em saúde	9 anos	Contrato
ENFERMEIRA B	34 anos	8 anos	Saúde da Família, docência ensino médio	5 anos	Estatutária
ENFERMEIRA C	31 anos	9 anos	Promoção da Saúde, Neonatologia, Pediatria, MBA em Gestão de Saúde e Controle de Infecção Hospitalar	7 anos	Contrato

Dentre as diversas atividades que declararam desenvolver no cotidiano dos serviços que integravam, as enfermeiras elencaram ações de natureza técnico-assistenciais, educativas, administrativas e de apoio técnico-pedagógico, com predomínio das primeiras. Todas elas referiram realizar atendimentos no âmbito dos programas de planejamento familiar, acompanhamento pré-natal e Hiperdia. Com menor frequência, foram mencionadas ainda

participações em perinatal, puericultura e controle do tabagismo, bem como atividades pertinentes às linhas de cuidado direcionadas a saúde do adolescente, da mulher e do adulto.

As ações técnico-assistenciais correspondiam a oferta de cuidados em saúde voltados diretamente para o diagnóstico, orientação ou tratamento dos usuários. Dentre essas, as seguintes atividades foram apontadas como habituais pelas três entrevistadas: consultas de enfermagem, visitas domiciliares a acamados e realização de exames (por exemplo, citopatológico e colpocitológico).

Na prática da educação em saúde, entendida como um conjunto de estratégias sistemáticas direcionadas à promoção ou proteção da saúde de segmentos específicos da população, as enfermeiras relataram realizar grupos educativos destinados a mulheres (gestantes e não gestantes), adolescentes, tabagistas e usuários em tratamento de doenças crônicas, além de palestras em escolas com abordagem de temáticas diversas, como a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Dentre as atribuições mínimas e específicas dos enfermeiros preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012), encontra-se a oferta de atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas pelas equipes da ESF e, quando indicado, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e velhice. No exercício do cuidado, é esperado que realizem consultas de enfermagem e atividades em grupo, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual ou municipal, além de solicitarem exames complementares, transcreverem medicações e encaminharem, quando necessário, usuários a outros serviços.

No campo administrativo, apenas uma entrevistada mencionou desenvolver ações próprias do gerenciamento da unidade de saúde com vistas ao seu adequado funcionamento. Ademais, somente uma enfermeira, que possuía especialização em saúde da família e em docência, apontou a realização de atividades de apoio técnico-pedagógico, incluindo supervisão e educação continuada aos ACS e técnicos de enfermagem.

As enfermeiras entrevistadas, como observado, participavam das mais variadas práticas de cuidado na ESF, mas evidenciaram um menor investimento no gerenciamento e em ações de apoio à equipe de saúde, embora a PNAB (BRASIL, 2012) identifique igualmente, como parte de suas atribuições, planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e contribuir com a realização de atividades de educação permanente junto a equipe de enfermagem e de outros membros da equipe de saúde. Nas palavras de uma

delas, observa-se diretamente a premência de maior tempo para investimentos na capacitação dos ACS: “[...] eu faço [capacitação], mas como eu não tenho muito tempo porque atendo muito, eu faço assim de maneira não tão assim efetiva, não faço assim toda semana, não tenho como fazer” (ENFERMEIRA A). Nesse sentido, cabe ressaltar o amplo e exigente leque de atividades sob responsabilidade das participantes, reduzindo suas possibilidades de maior atenção ao gerenciamento da unidade e ao apoio e orientação aos ACS, o que pareceu ser dificultado também pela capacitação profissional insuficiente delas próprias para o desempenho de atividades desta natureza.

De modo similar, no estudo de Silva, Motta e Zeitoune (2010), que buscou caracterizar a prática do enfermeiro na ESF em Vitória - ES, foi observado que havia uma lacuna entre o real e o que seria o ideal no cotidiano do trabalho, uma vez que os participantes evidenciaram maior envolvimento com as atividades tecnicista. Apesar dos enfermeiros realizarem um número significativo de atividades e se mostrarem atuantes em ações minimamente preconizadas, as autoras referem que a quantidade de atribuições técnicas da área acarretou uma importante dificuldade para o cumprimento real de tudo que lhes cabem, inclusive a supervisão e capacitação dos ACS e técnicos de enfermagem. Ressaltam, nesse aspecto, que a prática produtivista mostrou inviabilizar momentos de reflexão sobre o cotidiano e suas ações.

Staliano (2012) afirma que a falta de investimentos em treinamento, capacitação ou formação continuada voltadas aos ACS é uma realidade comum nos municípios brasileiros, o que, na visão dos ACS, reflete o descaso dos dirigentes, supervisores e responsáveis pela implementação e oferecimento dos serviços. Esse cenário repercute na qualidade da atuação profissional realizada por eles, na medida em que compromete o conhecimento e aprimoramento técnico sobre questões relevantes no cuidado em saúde e na proposição de ações promotoras de saúde.

Diante desse cenário, cabe refletir que, no caso do presente estudo, as próprias enfermeiras demonstraram necessitar de maior apoio quanto a execução de atividades e serviços disponibilizados na ESF, ainda que fossem profissionais com, no mínimo, cinco anos de experiência na ABS do município e, portanto, prováveis conhecedoras da realidade local e das demandas dos agentes. Diante da fala de uma das profissionais, observa-se sua sobrecarga de atividades e demanda para seu próprio suporte: “*Os nossos coordenadores eles sinalizam agente das coisas, mas também eles têm 12 postos, não tem como abraçar tudo. Tem que ser um treinamento mais específico*” (ENFERMEIRA A).

#### 4.1.2 Perfil dos ACS participantes

A pesquisa foi integrada por dezesseis ACS, com média de idade igual a 33 anos e estado civil predominante de solteiros (56%), a maioria deles do gênero feminino (94%), com ensino médio completo (88%) e vínculo empregatício com a atenção básica mediante contrato de trabalho (81%), sem outros vínculos profissionais (94%). Os agentes foram divididos em três grupos de 5 ou 6 participantes, cada um relativo a uma das regiões do município de Mangaratiba contempladas na pesquisa. Os dados profissionais de cada um deles estão contidos na Tabela 3. Para preservar o anonimato dos participantes, estes foram identificadas com a sigla “ACS”, seguidas de uma letra, em caixa alta, de identificação “A”, “B” ou “C”, que determinam as unidades ESF onde estavam lotados.

**Tabela 3.** Dados profissionais dos ACS (n=16)

Participantes	Gênero	Idade	Formação Acadêmica	Tempo de conclusão	Tempo de trabalho na ABS	Tipo de vínculo empregatício
ACS 1	F	59 anos	EMC	31 anos	10 anos	Contrato
ACS 2	F	29 anos	EMC	12 anos	4 anos 10 meses	Contrato
ACS 3	F	26 anos	EMC	10 anos	1 ano	Estatutário
ACS 4	F	37 anos	EMC	10 anos	2 anos	Contrato
ACS 5	F	21 anos	EMC	4 anos	3 anos	Contrato
ACS 6	F	33 anos	EMC	15 anos	11 anos	Contrato
ACS 7	F	34 anos	ESC -Docência geografia	12 anos	1 ano	Estatutário
ACS 8	F	43 anos	EMC	9 anos	5 anos	Contrato
ACS 9	F	31 anos	EMC	9 anos	5 anos	Contrato
ACS 10	F	38 anos	EMC	7 anos	6 anos	Contrato
ACS 11	F	31 anos	ESI	1 ano	5 anos	Estatutário
ACS 12	F	29 anos	EMC	4 anos	4 anos	Contrato
ACS 13	F	43 anos	EMC	17 anos	5 anos	Contrato
ACS 14	F	31 anos	EMC	10 anos	4 anos	Contrato
ACS 15	F	22 anos	EMC	5 anos	2 anos	Contrato
ACS 16	M	32 anos	EMC	11 anos	2 anos	Contrato

ACS= Agente Comunitário de Saúde; F= feminino; M= masculino; EMC= ensino médio completo; ESC= ensino superior completo; ESI= ensino superior incompleto.

Da ESF A, participaram cinco ACS do gênero feminino, com faixas de idade entre 21 e 59 anos (M= 34 anos), sendo, em relação ao estado civil, uma viúva, três solteiras e uma casada. Todas possuíam ensino médio completo, com tempo de conclusão entre quatro a 31 anos (M= 13,4). Atuavam profissionalmente, em média, há quatro anos, como ACS mediante

contrato de trabalho e dedicação exclusiva às atividades da ESF. Apenas uma das agentes era estatutária e outra delas possuía vínculos e atividades profissionais externas a ESF.

Em relação às ações realizadas no dia-a-dia de trabalho, os ACS deste grupo elencaram três tipos de atividades, que podem ser organizadas em administrativas, assistenciais e de educação em saúde, conforme denominadas no estudo de Kebian e Oliveira (2015). As atividades administrativas incluíam cadastramento de famílias do território, acolhimentos na unidade, cadastro dos hipertensos e diabéticos e marcação de consultas. As atividades assistenciais compreendiam visitas domiciliares, entrega de medicamentos, busca ativa no território a gestantes, orientação ao programa bolsa família, orientação a realização de exames preventivos e imunizações, acompanhamento a usuários com hipertensão e diabetes e com consultas não realizadas. Abarcavam ainda avaliações subjetivas sobre condições de saúde e encaminhamentos à unidade (por exemplo, se alguém apresentava obesidade, desnutrição ou agravos dermatológicos), acompanhamento a gestantes e idosos e a usuários acamados. As atividades de educação em saúde, por sua vez, incluíam verificar e orientar acerca de necessidades e riscos relacionados às condições do local de moradia, tais como cuidados com o lixo e água potável.

Na ESF B, as colaboradoras foram seis mulheres, cujas idades variavam entre 31 e 43 anos (M=35 anos), quatro delas casadas e duas solteiras. Quanto a formação acadêmica, apenas uma possuía ensino superior, sendo licenciada em geografia, com curso de especialização em supervisão escolar. As demais tinham completado o ensino médio, com um tempo de formação entre um e 15 anos (M= 8,8), cabendo observar que uma delas havia avançado para o ensino superior, porém sem concluí-lo. Exerciam a função de ACS, em média, há seis anos, atuando tanto na ABS quanto na ESF. Duas participantes eram estatutárias e as outras quatro trabalhavam em regime de contrato. Nenhuma delas mantinha vínculos e atividades profissionais adicionais.

As atividades assistenciais foram as mais frequentes na descrição das ações realizadas pelos ACS da ESF B, tais como: visitas domiciliares, acompanhamento e busca ativa de hipertensos e diabéticos, acompanhamento e cadastro do programa bolsa família, acompanhamento de gestantes e puérperas, acompanhamento e orientação da carteira de vacinação, entrega e controle de medicações aos usuários e acompanhamento de crianças. Já como atividades administrativas, referiram o cadastramento de famílias, cadastramento de usuários no Programa Hiperdia e marcação de consultas. Por fim, as atividades de educação em saúde citada foram orientações e prevenção no âmbito da Saúde da Família.

Na ESF C, estiveram presentes um ACS do gênero masculino e quatro do gênero feminino, que possuíam idades entre 22 e 43 anos (M = 31 anos), dos quais quatro eram solteiros e apenas um casado. Nesse grupo, todos possuíam ensino médio completo, com tempo de conclusão entre quatro e 17 anos (M= 9,4), sem nenhuma experiência de graduação. A atuação destes como ACS na ABS e na ESF ocorria há uma média de três anos e cinco meses. Todos trabalhavam em regime de contrato e não possuíam outros vínculos e atividades.

Dentre as atividades explicitadas pelos ACS do ESF C no seu campo de atuação, as assistenciais foram descritas com mais regularidade, incluindo: busca ativa de hipertensos, diabéticos e de gestantes, visitas domiciliares, busca ativa do bolsa família, acompanhamento do crescimento das crianças, controle e orientação do cartão de vacinação. As atividades de educação em saúde foram as segundas mais citadas: grupo de gestantes, palestras educativas sobre, por exemplo, DSTs e tabagismo. Na sequência, foram referidas atividades administrativas, como marcação de consultas e acolhimento aos idosos.

Considerando as atividades citadas pelos agentes comunitários dos três grupos investigados, é notória a presença das atividades de assistência direta aos usuários, as quais, de acordo com Kebian e Oliveira (2015), permitem o início de uma relação terapêutica entre o profissional de saúde e o usuário. Essas atividades estão presentes nas ações extramuros, principalmente a visita domiciliar, onde se tem a possibilidade de investigar, através do diálogo e da observação, os motivos que estão inviabilizando a presença do usuário na unidade de saúde ou analisar a situação de saúde de cada família, identificando contextos de maior vulnerabilidade e ajudando a fortalecer fatores de proteção. Descrita como uma das atribuições mais importantes do ACS (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009), a visita domiciliar ficou evidenciada, neste estudo, como uma das atividades mais realizadas pelos participantes.

As ações administrativas, como cadastramento e marcação de consultas, também tiveram destaque nas atividades relatadas pelos ACS, tendo relevância na organização da área de abrangência da ESF. O cadastramento das famílias é um recurso fundamental para a sistematização de informações utilizadas de forma estratégica pelos gestores para planejamento de ações e tomada de decisão (BRASIL, 2004b).

Embora com menor referência, mas não menos importante, atividades educacionais voltadas para a promoção de saúde compuseram as atividades realizadas pelos ACS. Santos (2010) também evidenciou em sua pesquisa uma menor frequência na realização de atividades



dessa natureza por ACS, as quais estavam relacionadas a medidas de proteção à saúde, principalmente ao autocuidado. As ações descritas por esta autora, à semelhança do encontrado neste estudo, incluía, por exemplo: orientação e prevenção focadas na saúde da família e palestras educativas.

O perfil dos ACS elucidado acima mostra a prevalência do gênero feminino, resultado que vai de encontro a várias outras pesquisas que apontam de maneira expressiva o predomínio da força de trabalho feminina no âmbito da saúde, sobretudo na atenção primária (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010; NUNES; SANTINI; CARVALHO; CORDONI JUNIOR, 2015; TOMASI; SANT'ANNA; OPPELT; PETRINI; PEREIRA; SASSI, 2007; MEDEIROS; PERES, 2011).

A média de idade dos ACS de 33 anos se assemelha a outros estudos com esses profissionais (HOPPE; SANTOS; WEIGELT; ALVES; KRUG, 2017; PEDRAZA; SANTOS, 2017; SANTOS; FRACOLLI, 2010). E o grau de formação dos mesmos indica a necessidade de um melhor preparo destes, visto a complexidade e importância de sua atuação para a consolidação do modelo de atenção primária. Fato este que não minimiza as dificuldades enfrentadas e os entraves para lidar com as múltiplas e diversificadas demandas dos usuários.

## **4.2 Entrevistas com as enfermeiras: contextos de trabalho dos ACS**

### *4.2.1 Perfil dos usuários do Programa Hiperdia*

Com base no relato das enfermeiras, foi possível levantar um panorama dos usuários acompanhados pelos ACS no programa Hiperdia nas três regiões compreendidas na pesquisa. O perfil dos usuários mostra que, em todos os territórios, eram atendidas pessoas com diagnóstico de DM e HAS de ambos os sexos, embora na ESF B tenha sido indicada uma predominância de atendimentos a mulheres. Nos territórios das três ESF, a faixa etária predominante foi a partir de 40 anos, com a maioria dos usuários referidos como casados.

Quanto ao nível sócio econômico e educacional, a ESF A divergiu das demais, considerando que uma parte significativa da população cadastrada no programa apresentava boa condição financeira e melhor nível de escolaridade. Já a ESF B e a ESF C acompanhavam usuários, em sua maioria, com poucos recursos financeiros e baixa instrução escolar. O Quadro 2 descreve o perfil dos usuários das regiões investigadas.

Os dados descritos são semelhantes aqueles encontrados no estudo de Sousa, Maranhão, Oliveira, Figueiredo, Rodrigues e Pires (2011), principalmente a região ESF B, com a clientela predominantemente de mulheres a partir dos 40 anos. O fator idade descrito

como, principalmente, acima dos 40 anos é observado também em outros estudos (por exemplo: PIMENTEL; COELHO; LIMA; RIBEIRO; SAMPAIO; PINHEIRO; ROCHA FILHO, 2011; FELCHILCHER; ARAÚJO; TRAVERSO, 2015), o que pode ser relacionado a maior prevalência de HAS e DM nesta faixa etária.

**Quadro 2.** Perfil dos usuários com DM e HAS nas regiões investigadas

	ESF A	ESF B	ESF C
<b>Gênero</b>	Homens e mulheres	Majoria mulheres	Homens e mulheres
<b>Faixa etária</b>	Majoria com idades acima de 40 anos		
<b>Nível socioeconômico</b>	Metade com boa condição financeira e outra de baixa renda	Majoria com pouco recurso financeiro/assalariados	
<b>Nível de escolaridade</b>	Metade com boa e outra metade com pouca instrução escolar	Majoria com baixa instrução escolar	
<b>Estado civil</b>	Majoria casados		

O nível educacional da maioria dos usuários, apontado como sendo de pouca instrução escolar, pode estar associado ao baixo nível socioeconômico da maioria das famílias atendidas pelas ESFs, o que foi observado também na pesquisa de Pimentel et al. (2011).

As entrevistadas indicaram um nível médio a alto de dificuldade dos usuários para aderirem aos tratamentos da HAS e da DM, evidenciado, por exemplo, por falta às consultas de saúde, esquecimento de tomar os remédios ou uso incorreto dos mesmos, e dificuldades em modificar hábitos alimentares. Relacionaram os problemas de adesão observados a diferentes fatores, incluindo fatores sociais, financeiros e ambientais, como problemas na entrega dos medicamentos ou falta de recursos financeiros para adquiri-los, além da distância ou difícil acesso entre o local de moradia e a UBS, que são agravados por condições climáticas (por ex. chuva ou muito sol) ou geográficas (por exemplo, ladeira íngreme). A ENFERMEIRA C relata: *“tem pacientes que usam muitas medicações e esses, às vezes, não faz parte da grade. E para comprar fica ruim, sai caro. Às vezes, é ele e a esposa”*. Outra enfermeira refere o exemplo a seguir:

[...] às vezes quando não tem o medicamento, precisa fornecer a receita para ele comprar, mesmo que seja na farmácia popular. É difícil. [...] pelo acesso das ilhas para o continente, não tem como ele sair sozinho, não tem condições para ir e voltar. Lá nas ilhas acesso é difícil. [...] - Ah minha filha, não tem, mas eu não vou conseguir porque não tenho dinheiro, eu não tenho como ir! . Daí eu argumento: - mas seu filho não pode ir lá comprar? Eles respondem: - eu vou ver se ele tem dinheiro! (ENFERMEIRA B).

As entrevistadas pontuaram ainda, como obstáculos, a falta de apoio dos familiares na condução do tratamento e fatores do próprio usuário, sobretudo dos mais idosos, como dificuldade para aceitar a doença e entender a importância do tratamento, dificuldade para assimilar o tratamento medicamentoso e desmotivação para adotar formas complementares de cuidado. Algumas situações específicas de baixa adesão aos tratamentos relacionadas a aspectos psicossociais foram narradas pelas enfermeiras na tentativa de ilustrar problemas vivenciados.

Por exemplo, o marido sente uma dor de cabeça, utiliza remédio de hipertensão da esposa. Por ter melhorado quando tomou a primeira vez, passa a usar o medicamento da esposa e não o dele toda vez que sente mal estar, sem procurar o médico para a avaliação de sua saúde. Além disso, o remédio da esposa acaba primeiro. O esposo vem com papel escrito na mão pra eu fazer a transcrição daquele remédio que tomou da mulher que é bom, mas ele não tem indicação porque ele não passou pelo médico. Eles querem fazer da maneira deles pra ver se dá certo. Também tem os que o médico passa a posologia três vezes ao dia, se o paciente achar que tem que tomar duas vezes, ele toma só duas vezes (ENFERMEIRA A).

[...] tem umas dificuldades de assimilar as informações, às vezes não lê e acaba se confundindo, acabam por fazer uso errado das medicações. Deixa vencer a medicação e traz para a gente. [...]. Alguns têm uma resistência de aceitar o diagnóstico e tratamento, às vezes a gente pergunta: - o senhor é diabético? Eles respondem: - não! uma vez o médico disse que eu era! Mas está lá que ele faz o uso do medicamento, [...] não faz o cuidado além da medicação (ENFERMEIRA C).

#### *4.2.2 Necessidades de capacitação dos ACS*

Conforme informações dadas pelas enfermeiras, não eram ofertados, em suas regiões, cursos ou treinamentos para atualização dos ACS. Apenas a ENFERMEIRA B, mencionou um seminário oferecido a todas as categorias profissionais, sem ser, portanto, específica para ACS.

A ENFERMEIRA A apontou a importância de que os cursos ofertados sejam direcionados especificamente ao treinamento dos ACS. Todavia, esclareceu que dos agentes atualmente ativos em sua região apenas uma, que era concursada, havia realizado

recentemente um curso introdutório para ACS. Segundo ela: “[...] os anteriores fizeram [curso introdutório] há 9 anos atrás, só que hoje eu só tenho duas pessoas desses nove anos atrás, os outros cinco não. Não fizeram nada, não é que não saibam, eles não fizeram curso algum”.

No que se refere ao preparo dos ACS para lidarem com questões ligadas a adesão aos tratamentos, as enfermeiras afirmaram abordar o tema nas reuniões de equipe, em rodas de conversa e/ou quando estes apresentavam dúvidas ou questionamentos a respeito. As orientações dadas estavam voltadas especialmente para controle da tomada da medicação e para riscos e complicações da doença associadas a baixa adesão, como pode-se observar nas falas a seguir:

Falo sobre o assunto nas reuniões de equipe, ao ver necessidade na assistência ou quando os próprios agentes pedem esclarecimentos (ENFERMEIRA A).

Eles são orientados a verificar a quantidade de medicação que cada paciente tem, afim de verificar se as doses estão sendo consumidas diariamente e, se não, eles procuram verificar o motivo e traz a discussão para equipe. Sempre discutimos sobre a adesão ao tratamento nas nossas reuniões. Falamos sobre sua importância no caso de diabetes e hipertensão. Se não há adesão ou desleixo no tratamento há risco de lesões em órgãos alvos, além de AVC. Então orientamos os agentes sobre esses riscos (ENFERMEIRA B).

Às vezes eu faço uma roda de conversa com eles, passo informações, explico [...], o agente recebe orientações para trabalhar com os pacientes, a importância de seguir os cuidados dados por eles e por demais profissionais de saúde, para diminuir os riscos e complicações das doenças, devendo incluir os familiares para serem co-participantes nesse processo de educação sobre a doença, suas vantagens de adesão, suas consequências a saúde (ENFERMEIRA C).

A ENFERMEIRA A exemplificou suas orientações aos ACS no que se refere a necessidade de uma boa observação das condições físicas dos usuários durante as visitas domiciliares. Em suas palavras:

Eu gosto que percebam, que observem. Por exemplo, eles vão lá falar com a dona Maria, ela é diabética, eu sempre peço: "gente, olhem para os pés, porque nos pés que vocês verão se ela está com edema, se está vermelho, que é hiperemia que chamamos. Após vocês falam comigo que eu vou lá. Ao chegar à casa, vejo se a paciente está desenvolvendo uma úlcera. E eles tem observado bastante, bastante mesmo. Eu gosto porque é assim que eu detecto várias coisas, inclusive câncer de mama (ENFERMEIRA A).

Na percepção das enfermeiras, os ACS de suas regiões apresentavam diferentes necessidades em termos de melhor capacitação para atuarem como facilitadores da adesão aos tratamentos, incluindo competências para observação contínua dos usuários e conhecimentos atualizados sobre doenças, nutrição, posologia e reações a medicamentos, indicações de medicação para cada tipo de diagnóstico e riscos associados a pobre adesão às prescrições da equipe de saúde.

Capacitação para conhecimentos mais específicos da doença, do manejo, das reações dos medicamentos, [...] conhecer o que está fazendo, o medicamento, o tipo da doença, a posologia. Curso para conhecer as medicações; saber o que é para hipertensão, o que é para diabetes. Conhecer a receita, saber quantos são por dia para ele orientar o paciente. E até algumas particularidades, que é mais médico ou enfermeiros (ENFERMEIRA B).

Capacitação nutricional, de medicamentos para orientar melhor os pacientes. A importância da medicação. Se eles não tomarem a medicação o que acarreta na saúde deles. Informar sobre os riscos, orientação sobre a doença (ENFERMEIRA C).

As falas das enfermeiras estiveram muito centradas na importância da adesão à prescrição medicamentosa. Nesse sentido, observamos que um fator de medida da adesão ao tratamento na visão das profissionais se encontra no fato do usuário fazer o uso adequado dos remédios. Além disso, podemos correlacionar esse resultado ao fato delas evidenciarem também como um fator de grande relevância, na baixa adesão ao tratamento, a falta de medicamentos na rede, realidade enfatizada nas três ESFs deste estudo.

A dificuldade tem sido a falta de alguns itens, remédios de hipertensão, por exemplo, a metformina no momento, às vezes losartana [...]. Então essas dificuldades [de adesão] seriam maiores pela relação da falta de medicamento, da dificuldade de associar corretamente como manejar esse medicamento em casa e [a falta do] apoio familiar na condução desse tratamento (ENFERMEIRA B).

Visto isso, a lógica de cuidado das enfermeiras retrata uma atenção focada nas dificuldades frente a adesão a medicamentos, conduzindo estratégias e ações para minimizar os prejuízos específicos nesse campo de atuação.

No que se refere a identificação de problemas relativo a adesão, as enfermeiras ressaltaram a importância da preparação dos ACS tanto para fornecer orientações diretas aos usuários como para acionar a equipe de saúde quando da necessidade de avaliações e intervenções mais específicas, de modo a favorecer a agilidade e eficácia dos atendimentos.

Conforme as entrevistadas: *“é muito importante para evitar o agravamento ou até óbito [...]”* (ENFERMEIRA A); *“[...] se o ACS tiver conhecimento ele capta e traz pra gente. Por exemplo: quando o uso do captopril leva a reação da tosse seca, se o ACS identificar antes da gente, traz isso para a gente e conseguimos fazer a busca ativa e resolver mais rápido”* (ENFERMEIRA B); *“[...] de extrema importância, pois é o ACS que irá aproximar o paciente e a família do paciente à unidade de saúde”* (ENFERMEIRA C).

Nesse sentido, as entrevistadas apontaram oportunidades de atualização profissional dos ACS que julgavam relevantes ocorrer no âmbito da ABS, tais como capacitações voltadas para as diferentes linhas de cuidado e cursos sobre certas enfermidades. Por exemplo: *“Atenção à mulher, atenção ao idoso, à criança, ao adolescente. Um pouco de conhecimento atualizado vai contribuir muito na formação e no manejo profissional deles”* (ENFERMEIRA B); *“ [...] uma atualização na área de HAS, DM, tuberculose, hanseníase, ajudar a identificar algumas lesões, de poder orientar a família”* (ENFERMEIRA C).

Quando questionadas diretamente acerca dos conteúdos que acreditam ser úteis abordar com os ACS em cursos de preparação visando melhor atenção a aspectos subjetivos dos usuários, as enfermeiras indicaram a necessidade de os profissionais saberem reconhecer aspectos emocionais presentes nos atendimentos e de aprenderem a realizar acolhimento, aconselhamento e observação de variáveis psicológicas.

Saber perceber e diferenciar questões físicas, psicológicas e emocionais. Por exemplo, as pessoas às vezes estão infartando; ela está vomitando o que não tem nada a ver com o básico que a gente pensa que seria aquela dor no peito. [...] Uma paciente deprimida, isolada, estava trancada dentro de casa. Não queria sair, não queria fazer nada, não queria conversar. Fui na casa dela conversar com ela. Ela começou a dizer que se sentia feia. Ela era linda, porém estava se sentindo feia. Tinha sido demitida do trabalho. Começamos a convidá-la para unidade para participar da sala de espera, para fazer acompanhamento. Hoje ela está tranquila, isso de alguma forma a ajudou (ENFERMEIRA A).

Saberem abordar e conversar com o paciente. Como se faz um acolhimento. Entender a linguagem do usuário. Tentar identificar a sua dificuldade, nem só falando, mas observando vários aspectos você consegue identificar alguma dificuldade e depois estar tentando tirar isso dele. [...] Paciente idoso é um pouco mais difícil para eles se abrirem mais e é o público que mais temos (ENFERMEIRA B).

Nesse aspecto, defenderam a importância de psicólogos participarem dos processos de capacitação dos ACS. *“O psicólogo seria uma boa para eles saberem lidar com as situações subjetivas, o que não aparece para a gente. Conteúdos de níveis psicológicos e emocionais*

*para eles aprenderem a perceber o que se trata a subjetividade do usuário” (ENFERMEIRA C).*

### **4.3 Grupos focais: a adesão em foco na perspectiva dos ACS**

A organização, categorização e análise dos dados obtidos nos grupos focais com os ACS foram realizadas a partir de eixos temáticos previamente definidos e contidos no roteiro elaborado para orientar a condução dos encontros. A finalidade consistiu em levantar as concepções e modos de manejo dos participantes no que diz respeito aos aspectos psicossociais envolvidos na adesão ao tratamento, em especial daqueles usuários com diagnóstico de hipertensão arterial ou diabetes mellitus.

Os agrupamentos das falas dos participantes registradas durante as sessões permitiram construir núcleos de sentido. Tais núcleos estão relacionados aos seguintes tópicos alvo da investigação: 1 identificação de problemas de adesão e percepções do que consideram uma boa adesão aos tratamentos; 2 percepções dos fatores psicossociais que atuam como barreiras ou como facilitadores para uma adequada adesão aos tratamentos; 3 modos de avaliação e manejo utilizados frente às dificuldades de adesão ao tratamento dos usuários; e 4 percepções e avaliações do apoio recebido para favorecer a intervenção em casos de não adesão aos tratamentos e sugestões de capacitação com vistas a ampliação do suporte necessário.

#### *4.3.1 Percepções dos ACS acerca da adesão aos tratamentos*

As descrições a seguir evidenciam as percepções dos ACS, sob diferentes prismas, acerca da adesão ao tratamento e seus percalços, sendo identificadas suas visões no que diz respeito às dificuldades frente à adesão ao tratamento e a percepção acerca do que constitui uma boa adesão ao tratamento e, por outro lado, as barreiras que impedem uma adesão adequada.

##### *4.3.1.1 Dificuldades dos usuários no seguimento dos tratamentos*

No contato com os ACS, durante os grupos focais, inicialmente foram levantadas as dificuldades, avaliadas no cotidiano de trabalho com os usuários do programa Hiperdia, que eles acreditavam denotar problemas no campo da adesão aos tratamentos. Exemplos foram estimulados, de modo a obter narrativas esclarecedoras e ilustrativas das situações vivenciadas. Para tal, foi sondada previamente a compreensão que eles possuíam do termo

“adesão ao tratamento”, visando uma melhor e mais clara abordagem ao tema. Assim, foram constituídas as seguintes categorias como principais problemas de adesão relatados nos grupos: dificuldade para aderir a medicamentos, dificuldades para seguir a dieta alimentar e dificuldades para mudar o estilo de vida.

As **dificuldades para aderir a medicamentos** ocorriam devido a ingestão dos remédios em dosagem inferior àquela prescrita pelo médico ou mesmo, embora menos comumente, por tomar dosagem maior que a recomendada.

Tomar o medicamento que muitas vezes não tomam. [...] não gostam de tomar (ACSs ESF B).

Chegou um paciente que disse [com o saco com vários remédios nas mãos]: qual o remédio que é o da pressão pra eu tomar? Eu perguntei: mas me fala, mas qual remédio o senhor estava tomando? Paciente: eu estava tomando qualquer um aí! (ACSs ESF C).

Dificuldades para ingerir a medicação na dosagem e horário corretos representam, de fato, um problema comumente notificado na literatura, quando o grau de adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso mostra-se inferior ao percentual “recomendável” de, ao menos, 80% (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Segundo Carvalho et al. (2012) a não adesão ao tratamento medicamentoso é uma das principais responsáveis pelas falhas no tratamento e por agravos no processo patológico. Em estudo com 400 participantes hipertensos e diabéticos, eles observaram uma baixa adesão à medicação (apenas 26,75%), além de fatores como o desconhecimento do nome do medicamento usado, da dosagem prescrita e, até mesmo, do horário que deveria ser administrado. Essas dificuldades também foram evidenciadas por alguns ACS na presente pesquisa, como exemplificado a seguir:

Tem uns idosos que misturam remédios e não tomam, daí espera eu passar na casa deles para tomarem, pois não sabem ler. Ou toma demais um remédio ou não toma nenhum. Fui olhar nas cartelas de remédios, estava tomando a mais do que prescrito. E de pressão não estava tomando nada. Ele não sabe ler. Ele identificava pelo tamanho e pela cor. Se muda a cor e formato eles ficam perdidos. É um problema! (ACSs ESFC).

Magnabosco, Teraoka, Oliveira, Felipe, Freitas e Marchi-Alves (2015) encontraram uma prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso de 61,9% entre 247 pessoas com HAS, sendo esta maior na área urbana (63,4%) do que na área rural em município do Triângulo Mineiro, e significativamente mais presente no gênero masculino, na faixa etária entre 20 e 59 anos e em classe econômica mais baixa. Outro estudo, realizado por Giroto,



Andrade, Cabrera e Matsuo (2013), com 385 hipertensos de 20 a 79 anos cadastrados em uma unidade de Saúde da Família de Londrina, no Paraná, mostrou que a adesão ao tratamento farmacológico foi de 59,0%. Os principais motivos referidos para a não ingestão dos medicamentos foram esquecimento, percepção de pressão arterial controlada, efeitos colaterais e ausência de sintomas.

Em relação ao tratamento da diabetes, a pesquisa de Trindade, Antunes, Souza, Menezes e Cruz (2013), com 51 participantes, identificou que mais da metade dos participantes com esse diagnóstico (53,3%) utilizavam duas medicações para o controle da doença, sendo que 26,7% deles referiram fazer uso irregular das medicações prescritas.

Com menor percentual de não adesão, Bossay, Rondon, Goldoni, Oliveira, Vendas, Cheade, Mello e Ovando (2006) após formulário aplicado a 158 pacientes inscritos no Programa do Hipertenso em Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, observaram que a maioria dos participantes (85%) referiram aderir ao tratamento medicamentoso, sendo que a minoria não aderente (15%) alegou dificuldades na obtenção do medicamento na UBS. Outra pesquisa, conduzida por Bezerra, Lopes e Barros (2014), também revelou que 87% dos 77 pacientes hipertensos que participaram eram aderentes ao tratamento medicamentoso, embora 60% dissessem não aceitar o referido diagnóstico.

De acordo com Giroto et al. (2013), essa diferença encontrada na literatura no que se refere ao nível de adesão ao tratamento medicamentoso pode ser atribuído a variabilidade de metodologias utilizadas, como diferentes números de participantes, contextos e variáveis de medida para adesão.

Levando em conta a fala dos ACS, o abandono ou uso incorreto da medicação consistiu no modo mais relatado de não adesão ao tratamento entre os usuários por eles acompanhados. Pode ter contribuído para este fato a dificuldade dos usuários na obtenção dos medicamentos devido a limitações financeiras e a problemas na distribuição dos mesmos na rede de saúde, bem como a idade avançada associada com baixa escolaridade de grande parte da população assistida.

As **dificuldades para seguir a dieta alimentar** indicaram, conforme os ACS, pouca ou nenhuma atenção às restrições recomendadas a certos tipos ou quantidade de alimentos ou ao consumo de outros mais apropriados ao controle do quadro clínico. Os ACS esclareceram que, apesar das orientações e trabalho educativo com os usuários, muitos destes não realizavam as mudanças esperadas em seus hábitos alimentares, necessárias para evitar o avanço da doença e complicações decorrentes.

Quem é diabético come mais doce do que quem não é (ACSs ESF B).

Tenho uma paciente que é diabética, é auxiliar de enfermagem, que quando chego na casa dela o que tem de doce no armário..., ela diz que só come de vez em quando (ACSs ESF B).

Certa vez íamos fazer um grupo com a nutricionista, meus pacientes nenhum quis. Falou em mudar o cardápio já começaram a se recusar (ACSs ESF C).

Um tratamento adequado para HAS e DM consiste tanto no uso de medicações quanto em escolhas alimentares compatíveis com as orientações da equipe de saúde, além da adoção de um estilo de vida saudável. A associação entre as diferentes modalidades de tratamento, com base em evidências científicas e consensos de especialistas, é fundamental para que o usuário tenha melhor qualidade de vida e menor risco de complicações diversas, como as cardiovasculares (BRASIL, 2006a; BRASIL 2011b; SOARES; SILVA; DIAS; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

No campo do tratamento não farmacológico, a pesquisa de Soares et al. (2012) evidenciou não adesão da maioria dos entrevistados, sobretudo no que se refere ao cumprimento da dieta e da prática de atividade física. Esse fato pode estar associado ao entendimento de que as restrições na dieta, por exemplo, a diminuição da ingestão de sódio, denotam a ideia de castigo por estarem ligadas ao prazer em degustar alimentos. Podem ainda significar a perda da liberdade de escolha.

Nos achados de Pace, Nunes e Vigo (2003) ficou evidente ser a dieta e o fator financeiro as maiores dificuldades encontradas pelos pacientes no tratamento da DM. Nesse estudo, verificou-se que existe uma relação entre as duas dificuldades, visto que uma melhor renda poderia facilitar a aquisição de alimentos. Segundo as autoras, para que a adesão do diabético ao programa alimentar proposto seja satisfatória é importante considerar seu estilo de vida, rotina de trabalho, nível socioeconômico, tipo de diabetes, medicação prescrita e hábitos alimentares anteriores a DM. É necessário ainda que a família seja integrada como facilitadora do tratamento não medicamentoso, uma vez que os usuários manifestam dificuldades para manter a dieta alimentar sem o apoio e acompanhamento de familiares.

As **dificuldades de mudança no estilo de vida** se referem a recusa ou esquivas por parte dos usuários em adotar um modo de tratamento não medicamentoso, em especial a prática regular de exercícios físicos e a adoção de uma vida mais ativa. O sedentarismo é descrito por Aziz (2014) como um problema de saúde pública que está associado a várias comorbidades, dentre elas a HAS e a DM. Entende-se que o uso de exercícios físicos age

como forma de prevenção, controle e procedimento terapêutico. No entanto, foi observado, em relatos dos ACS, que muitos usuários mostram dificuldades para aderirem a prática de atividades ou exercícios físicos, como destacado a seguir:

Metade dos meus pacientes é tudo sedentário, não praticam nada (ACSs ESF C).

Certa vez até falei que o prefeito podia colocar uma academia ao ar livre aqui ao lado do posto: uns gostaram e outros disseram que ia ficar ali de enfeite. Não aceitam a sugestão (ACSs ESF C).

Nesta categoria, também pode ser incluída a recusa dos usuários em abandonar hábitos nocivos à saúde, como o uso abusivo de substâncias químicas, o que é revelado nas seguintes falas:

Muita gente é dependente químico e não aceita o uso de remédio, usa droga, bebidas alcoólicas e deixa de tomar o remédio. Exclui o remédio pelo vício nas drogas, no álcool (ACSs ESF A).

Tenho um paciente [...] descobriu há pouco tempo que é hipertenso. Bebe suas cervejinhas e tal. Eu falo para ele que tem que ter o controle e fazer o tratamento contínuo. E ele me responde sempre com “Ah, já tomei o remédio, tá bom, não preciso mais! (ACSs ESF A).

Bossay et al. (2006) evidenciaram, em amostra de pacientes com dificuldades de adesão, que estes, em sua maioria, não praticavam atividades físicas, o que era associado com outros hábitos de vida não saudáveis, como fazer uso de bebida alcoólica e de tabaco. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo transversal realizado por Girotto et al. (2013) com 385 hipertensos. Eles observaram uma baixa adesão à prática regular de atividades físicas entre 29,6% dos pacientes que referiam tal prática. Apenas 17,7% as realizava de maneira satisfatória.

Soares et al. (2012) afirmam que a ocorrência da adesão implica em mudanças em comportamentos de autocuidado. Nesse sentido, o paciente precisa primeiramente reconhecer que precisa alterar alguns de seus comportamentos e valorizar os benefícios das mudanças no seu estilo de vida, devendo acreditar que com isso é possível reduzir a severidade da doença.

Como inferido do relato dos ACS, a adesão muitas vezes ocorre de modo parcial, com seguimento a uma parte das recomendações e recusa a orientações de outra natureza. Geralmente, os pacientes seguem a terapêutica medicamentosa, entretanto não seguem as demais orientações para o autocuidado, dando continuidade a hábitos de vida que

comprometem a qualidade do tratamento e prejudicam a saúde, como ilustrado pelos ACS ESF C: “[...] *não é só o remédio, alguns pacientes tomam o remédio, mas bebem*”.

Isso ocorre especialmente no que se refere a falhas na mudança dos hábitos alimentares. Houve ACS que indicaram o caso de usuários que se limitavam ao uso dos medicamentos, julgando-os suficiente no processo de tratamento, com recusa na implementação de mudanças no plano alimentar. É interessante notar que alguns dos ACS destacam a importância de estimular todas as modalidades terapêuticas envolvidas no processo de adesão aos tratamentos da HAS e da DM.

Mas não é só o remédio que é o importante. Tem a alimentação. [...] Comem de tudo e mais um pouco. Você fala para eles que não devem comer certas coisas e outras sim, por causa da pressão e da diabetes, e não estão nem aí. Aham que estão tomando o remédio e aquele remédio vai fazer efeito no que eles comem (ACSs ESF C).

Porque na minha área eu tenho os dois extremos. Eu tenho os que não tomam [remédio] “Ah porque eu tomo o remédio, mas como biscoito recheado, bebo Coca-Cola”; e tenho os que são certinhos, que dizem: “Ah, eu não posso comer demais porque minha glicose aumenta, vai subir e acabo tendo hiperglicemia” (ACSs ESF B).

[...] tem um paciente, que é meu tio, que ele toma o remédio, ele aceita que é diabético, mas ele come de tudo. Ele acha que é assim que tem que ser. Se ele toma o remédio, ele pode comer. E não pode falar para ele que não pode porque ele não aceita. [...] Ele é um paciente muito difícil, não muda os hábitos alimentares. Acho que ele é o paciente mais difícil da ilha (ACSs ESF B).

Um estudo realizado por Assunção, Santos e Gigante (2001) verificou que cerca de 53% de 284 pacientes que receberam prescrição médica relataram ter feito dieta nos últimos quinze dias. Outros 26% afirmaram usar apenas medicamentos no tratamento da doença. De acordo com outro estudo desenvolvido por Assunção, Santos e Costa (2002), dos pacientes diabéticos que receberam orientações quanto à dieta, apenas metade seguiu as recomendações. Além disso, apenas 95 (25%), dentre os 281 pacientes que receberam orientações quanto a prática de atividade física, realizaram algum tipo de atividade dessa natureza.

Houve ainda relatos de situações em que foi mencionado o abandono do tratamento em geral, tal como observado na fala dos ACSs ESF C: “*A boa adesão é o paciente não abandonar o tratamento, mas é o que acontece muito*”. Segundo verbalizações surgidas nos grupos, muitas vezes os usuários mostram resistência ao tratamento, retratada por fatos como

evitar a abordagem sobre o assunto durante as visitas de busca ativa, por vezes ficando agressivos e hostis com a equipe de saúde.

A baixa adesão e o abandono do tratamento estão entre os principais obstáculos às estratégias individuais de controle da hipertensão arterial (Duarte et al., 2010). Em estudo transversal realizado por Santa Helena, Nemes e Eluf Neto (2010), houve prevalência de não-adesão entre 595 pessoas com HAS atendidas em unidades de saúde da família.

Duarte et al. (2010) buscaram identificar os motivos do abandono do seguimento médico de pacientes em tratamento de HAS, em serviço de atenção primária à saúde, acompanhados por um período de quatro anos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 50 pessoas com hipertensão que abandonaram o seguimento médico. Os motivos relatados para tal abandono mostraram predomínio de razões ligadas ao próprio serviço de saúde: sua organização, estrutura e relação médico-paciente. Razões de natureza psicossocial, como a ausência de sintomas, a melhora e/ou a normalização da pressão arterial e o consumo de álcool também contribuíram para o abandono do cuidado.

As categorias descritas acima evidenciam diferentes dificuldades que os usuários apresentam para aderir aos seus tratamentos. Em adição, também revelam situações que correspondem a possíveis necessidades de intervenção no que concerne a problemas nessa área do ponto de vista dos ACS. A identificação dessas dificuldades pelos agentes constitui estratégia que se faz importante na atuação destes em favor do bem-estar dos usuários. Vale, portanto, destacar a necessidade de se desenvolver mais estudos com envolvimento dos ACS, que discutam e avaliem a implementação de estratégias práticas para lidar com o problema da não-adesão, da adesão parcial ou do abandono do tratamento (REINERS et al., 2008).

Cabe aos profissionais e gestores da atenção primária, em particular da ESF, o desafio de propor e executar abordagens coletivas (grupos, palestras, campanhas, etc.) e individuais (consultas médicas e de enfermagem, visitas dos ACS) para melhorar a adesão. Cabe ainda sinalizar a importância de a atuação do psicólogo neste contexto para melhor identificar casos de não adesão e fazer uma intervenção mais imediata e preventiva, antes que este usuário abandone o tratamento, atuando *in loco* e em parceria com os ACS.

#### *4.3.1.2 Percepções acerca da boa adesão ao tratamento*

Os relatos apresentados pelos ACS em relação ao que consideravam ser uma boa adesão dos usuários aos planos de tratamento propostos permitiu verificar como eles identificavam comportamentos a serem estimulados e reforçados nas interações com os

usuários. O conjunto de falas obtidas levou a construção de três categorias, são elas: aceitação e seguimento de prescrições e orientações da equipe de saúde, comparecimento às consultas na UBS e atualização de receitas médicas e, menos frequente, envolvimento no tratamento.

Na primeira categoria, de acordo com o que pôde ser observado, uma boa adesão ao tratamento de doenças crônicas para os ACS consistia basicamente em **aceitar o tratamento**, o que seria evidenciado pelo seguimento fiel às prescrições e orientações da equipe de saúde. Tal categoria foi entendida como um conjunto de ações dos usuários em concordância e em atendimento às direções por eles recebidas de membros da equipe multiprofissional, sem referência ao nível de motivação, envolvimento ou compreensão do usuário no processo de tratamento. Nesse sentido, o mais importante era aceitar o tratamento e colocar em prática as orientações recebidas, apresentando um comportamento coincidente com o que foi estabelecido como necessário ao controle da enfermidade. Seguem falas apresentadas nos grupos focais que exemplificam essa categoria: “*é aceitar o tratamento, tomar o medicamento que muitas vezes não tomam*” (ACSs ESF B); “[...] *tomar o seu remédio direitinho, ouvir seu ACS para nunca estar com probleminha e ter que vir para emergência*” (ACSs ESF A); “*boa adesão é eles aceitarem as orientações, tomarem os medicamentos, aceitar que tem que fazer o tratamento*” (ACSs ESF C).

Em artigo de revisão bibliográfica latino-americana referente ao período de dez anos, Reiners et al. (2008) analisaram a adesão/não-adesão ao tratamento de pessoas com diferentes problemas crônicos de saúde (hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes e aids), tendo observado, em muitos estudos, uma concepção reduzida do papel do paciente na adesão, considerando-o como submisso aos profissionais e serviços de saúde, como um sujeito passivo frente a seu adoecimento.

A categoria aqui retratada indica, através de falas da maioria dos ACS, a percepção do usuário passivo, que simplesmente aceita e segue o tratamento, conforme esperado no modelo biomédico, sem maiores discussões a respeito do seu entendimento e posição em relação ao próprio tratamento. Por outro lado, é atribuída uma alta carga de responsabilidade ao usuário pelos resultados do tratamento, mostrando a necessidade de que os profissionais e serviços de saúde sejam mais co-responsáveis nesse processo. Para Camargo Jr (2005), uma das consequências do modelo biomédico é a desvalorização da subjetividade do paciente. Gusmão e Mion Jr (2006) ressaltam que as definições de adesão devem sempre abranger e reconhecer a vontade do indivíduo em participar e colaborar com seu tratamento.

Na categoria relativa ao **comparecimento às consultas e atualização das receitas médicas**, a boa adesão, na perspectiva dos ACS, foi compreendida como o paciente ir às consultas na UBS conforme agendamento e regularidade orientada, mantendo contato com o médico, sem deixar vencer o prazo de validade das receitas prescritas. Esta categoria foi evidenciada em falas de alguns agentes, como segue:

Acho que é o paciente vir, como a gente sempre orienta. Pelo menos no tempo em que eu estou eu aprendi isso. É o paciente vir à consulta. Estamos sempre indo lá na casa deles e eles vindo a unidade. Em um ou dois meses, estar sempre em contato com o nosso médico. Acho que é isso: adesão, aderir (ACSs ESF A).

Nunca deixar a receita vencer, eu sempre oriento isso, pois são três meses de validade. O uso do medicamento é contínuo, por isso nunca deixe vencer. [...] A adesão é o paciente estar sempre vindo a consulta direitinho, estar com sua receita em dia [...] para a pessoa dar sempre continuidade ao tratamento (ACSs ESF A).

É interessante que os participantes apontem o comparecimento às consultas e acompanhamento periódico do quadro clínico dos usuários pela equipe de saúde como importante no processo de adesão aos tratamentos. Isso revela a relevância dada a possibilidade de maior comunicação e observação dos usuários e avaliação de suas possíveis dificuldades ao longo do tempo, com ajustes no projeto terapêutico destinado a cada um deles. No entanto, é preciso pensar não somente no comparecimento às consultas, mas também na dinâmica estabelecida nas mesmas, com destaque para a qualidade da interação entre usuário e profissional de saúde, com primazia de uma escuta ativa e orientações ajustadas a suas reais necessidades.

Um estudo descritivo com 68 indivíduos hipertensos acerca dos fatores associados à não adesão ao tratamento de HAS apontou que 61,76% dos participantes demonstraram assiduidade às consultas (DOSSE; CESARINO; MARTIN; CASTEDO, 2009). Considerando ser o comparecimento regular às consultas um fator relacionado a adesão, entende-se que quanto maior assiduidade o paciente tiver às consultas, mais efetiva se torna a sua adesão ao tratamento.

O estudo de Trindade et al., (2013), em relação ao perfil dos 872 usuários que não compareciam às consultas, mostrou maior predominância de mulheres (87,8%) com idade entre 50 e 59 anos (44,9%), de baixa escolaridade (57,1%), de baixa renda (69,4%) e de não exercício de atividade laboral extradomiciliar (49,4%). Os motivos principais identificados para a ausência nas consultas agendadas foram ter outros compromissos no dia e

esquecimento da data. Nesse sentido, a fim de favorecer o maior comparecimento às consultas, os autores apontam a necessidade de um maior acompanhamento dos usuários pelos profissionais e da integração da família no tratamento como fonte de apoio.

Esta categoria tem sua relevância no sentido de direcionar de maneira estratégica o cuidado em saúde, pois ao se identificar a assiduidade nas consultas agendadas nos deparamos com um contexto mais propício a favorecer a manutenção da adesão do usuário ao tratamento, na medida em que este se coloca mais próximo da equipe, facilitando assim intervenções mais eficazes e uma comunicação mais efetiva.

Na última categoria temática - **envolvimento no tratamento** - uma boa adesão foi compreendida como o usuário mostrar iniciativa e participação no tratamento e adotar comportamentos preventivos, reveladores de autocuidado. Nos relatos dos ACS, embora com menor frequência, foram manifestadas percepções que indicam a necessidade de gerar autonomia e responsabilização nos atores envolvidos, de modo a estarem conscientes da importância do tratamento e, assim, evitarem complicações. Esta categoria emergiu da observação de situações como se interessar pelo tratamento, buscar conhecimento, aceitar a cronicidade da doença e manter uma boa relação com a equipe de saúde. Seguem abaixo algumas falas registradas durante os grupos que exemplificam essa posição:

Eles terem um tratamento ativo e não passivo. Estarem sempre se tratando. Não esperar acontecer algo para vir se tratar, devem estar sempre se tratando (ACSs ESF A).

O tratamento tem que depender deles também, né! Eles também têm que querer. [...] Estar sempre dando continuidade ao tratamento (ACSs ESF A).

A boa adesão é ele entender as informações e ser bem acolhido, daí ele segue a prescrição do tratamento, ouve o agente (ACSs ESF C).

De um modo geral, a adesão é definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa - tomar medicamentos, seguir o plano alimentar ou adotar mudanças no estilo de vida - corresponde às recomendações preconizadas pelo profissional de saúde (WHO, 2003). No entanto, não se trata de mera obediência ou fidelidade, já que é esperado que o paciente compreenda e participe da tomada de decisões relacionadas ao seu tratamento.

Embora o nível de atividade esperado dos usuários tenha se limitado basicamente a entender, querer e dar continuidade ao tratamento, esta categoria revela uma maior percepção acerca da importância de tê-los como co-participantes no processo, como atores na relação de cuidado, não os restringindo a seguidores obedientes ou meros espectadores no tratamento.



Para que isso ocorra, os agentes ressaltaram a importância do acolhimento e do fornecimento de apoio e de esclarecimentos aos usuários, o que mostrou implicações para a atuação dos profissionais no sentido de que uma boa adesão depende de esforços adicionais destes, para além da simples prescrição ou orientação.

Parte-se do pressuposto de que a adesão não diz respeito a simples obediência às orientações médicas, pois fica evidente a necessidade da implicação do usuário em compreender, concordar e participar ativamente das decisões acerca do seu tratamento, formando uma “aliança terapêutica” entre os envolvidos no cuidado (WHO, 2003; BRASIL, 2006b). Nesse sentido, deve-se considerar a vontade do indivíduo em participar e colaborar no tratamento, bem como seus comportamentos, sentimentos e posicionamentos frente ao processo de adoecer e conviver com a doença (SILVA et al., 2008). Em tal perspectiva, a adesão ao tratamento deve ser vista como uma atividade conjunta, uma responsabilidade compartilhada entre paciente, família e equipe de saúde, na qual todos os envolvidos, direta ou indiretamente, são corresponsáveis no processo do tratamento, reforçando sempre que o principal ator dessa história é o usuário.

#### *4.3.2 Fatores psicossociais comprometedores e facilitadores da adesão aos tratamentos*

A adesão aos tratamentos é classicamente considerada um fenômeno complexo e multideterminado. Os estudos epidemiológicos apontam variados fatores associados à não-adesão que costumam ser analisados conjuntamente (SANTA HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). Para a WHO (2003), a adesão é determinada pela interação de cinco fatores: socioeconômicos, relacionados ao paciente, relacionados à doença, relacionados ao tratamento e a equipe de saúde. Os fatores relacionados ao paciente constituem apenas um determinante, desse modo seria limitante responsabilizar somente os usuários por conduzir seu tratamento, uma vez que outros fatores afetam o comportamento e a capacidade de a pessoa aderir ao seu tratamento.

Nesse sentido, sabendo ser a adesão influenciada por diversas variáveis, foi averiguado, na percepção dos ACS, quais fatores de natureza psicológica ou social consideravam com potencial para afetar o comportamento do usuário, dificultando o tratamento. Por outro lado, foi verificado ainda o que percebiam favorecer a adesão aos tratamentos da DM e da HAS. Ao analisar os conteúdos apresentados por estes profissionais, foi possível construir quatro categorias relativas a barreiras e três categorias relativas aos facilitadores do processo de adesão.

#### 4.3.2.1 Barreiras percebidas para a adequada adesão aos tratamentos

Na visão dos ACS, diferentes são as barreiras, entendidas como pontos de entrave ou impedimentos, que podem levar os usuários a manifestarem dificuldades na adesão aos tratamentos, as quais podem ser organizadas em fatores de âmbito tanto externo aos sujeitos (ambientais) como intrapessoais e interpessoais. Estas dificuldades foram agrupadas e descritas nas seguintes categorias: barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde, barreiras psicológicas dos usuários, barreiras sociais e familiares e barreiras relacionadas ao tratamento.

A categoria temática **barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde**, verificada também nas entrevistas com as enfermeiras, refere-se às dificuldades dos usuários, conforme apontadas pelos ACS, para adesão aos planos de cuidado em decorrência de problemas estruturais do sistema de saúde, como ausência constante do médico na unidade e nas visitas domiciliares; mudanças de médico entre os atendimentos, o que acarreta falta de vínculo; escassez de medicamentos e insumos para o seguimento do tratamento; unidades localizadas em regiões de difícil acesso para os usuários e dificuldades no agendamento das consultas e exames. Nesse sentido, entende-se que uma melhor adesão é facilitada ao se ter médico na unidade para atender, ter medicamentos acessíveis e suficientes e ter unidades com localização de mais fácil acesso. Tais barreiras geram desmotivação e frustração nos usuários.

Pacientes alegam que ficam desmotivados pela falta dos remédios. Pega alguns [remédios], daí tem que comprar o resto. [...] aí tem que esperar receber, às vezes no final do mês, fica todo tempo sem medicamento (ACSs ESF C).

A falta de médico desestimula, alegam que falta muito (ACSs ESF C).

Muitas mudanças [rotatividade de médicos] não surte a confiança do paciente no médico e nem no serviço (ACSs ESF C).

Eles reclamam muito por causa da distância [cachoeira 1]. Tem que vir pela pista [Rodovia Rio Santos] ou por baixo que tem o morro. Aí, muitas vezes eles chegam aqui e não tem remédio e eles têm que voltar para casa sem os medicamentos, ou com um ou dois [tipos] medicamentos, sendo que a receita é grande (ACSs ESF C).

Duarte et al., (2010) evidenciam que um dos motivos para a não adesão ao tratamento está relacionada à própria instituição (sua organização e estrutura) e destacam como obstáculos o intervalo longo entre as consultas, dificuldades para agendar consulta, demora em ser atendido, horário de atendimento incompatível com o do trabalho e/ou com as

ocupações diárias, mudança de médico responsável pela assistência e impossibilidade de acesso ao médico especialista. Estes resultados estão em sintonia com os dados da presente categoria. Seguem exemplos de falas colhidas nos grupos focais:

[...] vem marcar a consulta com o médico e não conseguem, pois não tem data para agendamento, dizem se sentir desestimulados e que não irão mais. Agrava quando residem longe da unidade (ACSs ESF A).

Quando vamos na visita domiciliar os pacientes reclamam muito que o médico nunca está na unidade e não aparece na visita, que não adianta agendar consulta porque o médico não aparece para atender. Falam que não vão mais na ESF! (ACSs ESF C).

O paciente fala que não está indo nas consultas porque a localização é de difícil acesso nas ilhas, que preferem esperar levarmos os remédios e ver a médica nas visitas (ACSs ESF B).

A consulta com o médico é uma dificuldade muito grande. Na minha área têm muito idosos. A dificuldade que eles têm de vir a unidade marcar e depois voltar é enorme (ACSs ESF A).

“Eu vou lá, daí chego lá, não tem médico, não tem remédios!” [reprodução de fala de um usuário] (ACSs ESF C).

Isso já ocorreu várias vezes, de virem na unidade querendo se consultar e voltar triste por não conseguirem, dizem que não vão voltar mais (ACSs ESF A).

A falta de medicamentos na rede de saúde tem impacto significativo na adesão dos usuários, haja visto que se trata de uma população de baixa renda, sem possibilidades, muitas vezes, de custear todas as medicações necessárias. A falta de medicamentos é descrita também por Tavares et al., (2013) como um fator que influencia a não adesão ao tratamento. Falas a esse respeito, registradas durante os encontros, são apresentadas abaixo:

Várias vezes os pacientes vêm a unidade buscar os medicamentos e não tem. Então eles me chamam e reclamam muito. Se negam a voltar e não continuam o tratamento na ESF. Procuram um cardiologista ou endocrinologista em ambulatório quando não param de vez o tratamento (ACSs ESF C).

Teve paciente que fui fazer a visita e marquei a consulta e disse que tinha o remédio. Quando ela foi a unidade não conseguiu a medicação. Daí fui novamente fazer visita, chamei na casa da paciente e ela estava em casa, mas não me atendeu (ACSs ESF C).

Coloca tudo no papel, aí eles chegam aqui achando que vão resolver, fez o cadastro daí chega e não tem remédio, daí perguntam: pra que vai fazer o cadastro? (ACSs ESF A).

Eu acho que pela falta de medicamento, cobram mais do agente do que do médico (ACSs ESF A).

Em uma revisão de estudos na área, Mendes et al. (2014) buscaram sistematizar os fatores evidenciados na literatura brasileira acerca da não adesão ao tratamento da HAS e, como resultados principais, apontaram que vários fatores podem contribuir para a não adesão, como a condição dos serviços e profissionais de saúde, fatores socioeconômicos e demográficos, psicossociais e culturais e a participação da família no tratamento. Esses resultados são de importante contribuição na corroboração dos dados descritos neste estudo.

Gusmão e Mion Jr. (2006) explicitam fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento que são relacionados à instituição (por exemplo, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento) e, também, ao relacionamento com a equipe de saúde. Haja visto que o usuário busca por um dispositivo que atenda às suas necessidades, quanto maior e melhor for este contato entre usuário-assistência mais vinculado este se torna. Por outro lado, quando o dispositivo não atende à demanda, o usuário sente-se desvalorizado e desmotivado. Nesta direção, observa-se as seguintes falas:

Sabemos que a saúde não é 100%, mas se ele [usuário] não puder ter o mínimo, desmotiva. A falta de informação sobre os serviços e acesso da equipe ESF é uma barreira. Se o profissional que tem que saber, não sabe (ACSs ESF A).

Outro fator é o acolhimento da equipe na ESF. Senão a minha caminhada na rua, no sol, não valeu de nada, andamos à toa! Chega aqui na unidade e não tem um acolhimento (ACSs ESF A).

As indicações acerca de obstáculos externos e estruturais encontrados pelos usuários para terem acesso ao cuidado integral preconizado pelo SUS inviabilizam, na maioria das vezes, a efetividade do próprio trabalho do ACS, realizado no território com a população. Podemos concluir que uma maior adesão dos pacientes ao tratamento depende, em grande parte, de uma conjuntura política e administrativa, com melhor organização e efetividade dos serviços de saúde, além de práticas institucionais mais ajustadas às necessidades locais, com efetiva resolução de problemas. Sem essas condições, é difícil colocar a responsabilidade da adesão unicamente nos usuários, que, em meio às adversidades do contexto, podem se tornar cada vez mais desmotivados e desacreditados em relação ao tratamento recebido (ou a falta dele).

A categoria temática **barreiras psicológicas dos usuários** é relativa a dificuldades presentes no processo de cuidados que estão relacionadas a crenças, respostas emocionais e comportamentos dos próprios usuários, que incluem as seguintes subcategorias: não aceitação da doença/tratamento, reações emocionais negativas frente a doença/tratamento, crenças disfuncionais sobre a doença/tratamento e dificuldades cognitivas para seguimento do tratamento. Essas barreiras que comprometem as ações necessárias para o cuidado foram, algumas vezes, relacionadas a características específicas dos usuários, incluindo idade avançada, dificuldades visuais, baixo nível de escolaridade e déficits de memória.

Houve destaque, nas falas dos ACS, as dificuldades de muitos usuários no que diz respeito a aceitação do diagnóstico ou do tratamento.

Dificuldade de aceitar a doença. Ela é de idade, 74 anos, tem que ter acompanhamento, tem que tomar a medicação. Ela é muito difícil de aceitar a doença por ser de idade (ACSs ESF B).

[...] esse [paciente] quer comer tudo o que não pode. Resistência da própria pessoa, rejeita, não aceita a dieta, nem ajuda da família (ACSs ESF B).

Algumas pessoas não têm estudo e não compreendem o tratamento, mas tem os que entendem, mas não conseguem seguir o tratamento, não adere (ACSs ESF A).

Nesse sentido, a não aceitação pode se manifestar como resistência às orientações da equipe. Foram apontados, pelos ACS, comportamentos de recusa ou negligência por parte dos usuários diante de explicações e orientações passadas pelos profissionais de saúde da ESF, inclusive pelos próprios ACS. Surgem assim, situações como: ausência do usuário na UBS, recusa de medicamentos, esquiva de contato nas visitas domiciliares, abandono do tratamento medicamentoso, manifestações de desinteresse e manutenção de hábitos de vida inapropriados. Algumas das falas nos grupos que evidenciaram esta subcategoria foram:

Tenho um paciente, garoto novo, não tomava o remédio de diabetes dele até hoje. Já tentamos levar ele no endocrinologista, mas ele se recusa (ACSs ESF A).

Certa vez íamos fazer um grupo com a nutricionista, meus pacientes nenhum quis. Falou em mudar o cardápio já começaram a se recusar. Certa vez até falei que o prefeito podia colocar uma academia ao ar livre aqui ao lado do posto: uns gostaram e outros disseram que ia ficar ali de enfeite (ACSs ESF C).

Também não gostam de medir a glicose porque falam que dói (ACSs ESF C).

A rejeição ao uso de medicamentos ou à adoção da dieta necessária foi claramente associada a não aceitação da doença por alguns dos participantes nos grupos focais. De acordo com Bezerra, Lopes e Barros (2014), a não aceitação da doença e a vontade de abandono do tratamento pode ser um reflexo da autopercepção de que não é portador de doença crônica e que, portanto, não necessita de cuidados, o que se relaciona com a percepção que o paciente tem sobre a enfermidade (de maior ou menor severidade), a qual é influenciada por questões subjetivas e por pessoas do convívio deste.

Quando está passando mal perguntam pelo médico e remédio, daí quando eu vou ver a receita de 4, 5 meses atrás. Isso porque não procura, só quando está passando mal (ACSs ESF C).

[...] só quando começa a glicose a chegar em 300, ela [paciente] toma aquele susto, aí ela começa a fazer dieta e se cuidar. Antes não teve tempo, quando ver o perigo, muda (ACSs ESF B).

Soares et al. (2012) evidenciaram dados semelhantes aos descritos acima no que tange a rejeição das prescrições e a negligência dos usuários com a própria saúde. Nesta categoria, observamos que os fatores estão ligados às ações do sujeito que parece não se conscientizar da gravidade de sua doença e/ou dos agravos que a complicação da mesma pode acarretar para sua saúde, e mantém suas práticas de vida sem se atentar para a importância de seguir as orientações fornecidas pela equipe de saúde.

No entanto, a resistência às orientações da equipe revela uma complexidade que precisa ser manejada com medidas de resolutividade singulares e de grandes proporções, pois embora pareça estar relacionada a fatores individuais, certamente refletem outros fatores, como aqueles ligados a qualidade do vínculo com a equipe de saúde e da funcionalidade da rede de saúde. Esse fato indica a necessidade de medidas de intervenção abrangentes e um maior investimento na construção das relações de cuidado.

As reações emocionais negativas frente a doença/tratamento se traduzem, na percepção dos agentes ouvidos, em situações como apresentar sentimento de impotência e tristeza em relação ao diagnóstico da doença, bem como falta de disposição ou vontade para se cuidar, pensamentos negativos, esquiva ou reações de ansiedade na unidade de saúde e diante de procedimentos médicos, falta de razão para viver e falta de priorização dos cuidados pessoais.

[...] os pacientes, ficam sozinhos. Filhos que não cuidam, alguns moram ao lado, mas não cuidam. Daí quando vou lá, eles choram. Choram que não vai ninguém. Apresenta tristeza. Abandonam! Que “não vai ninguém lá em casa [paciente]”, ou ninguém liga para ele (ACSs ESF B).

Eles parecem estar psicologicamente abalados. Eles nos abraçam e beijam quando chegamos. Ficam carentes e tristes. Sente falta quando não passamos (ACSs ESF B).

Daí a pessoa não tem vontade de tomar remédio, de melhorar, não tem vontade de fazer nada (ACSs ESF A).

Algumas falas dos agentes remeteram a situações de maior ansiedade ou depressão reativa a situação de adoecimento/tratamento, com impactos diretos sobre o quadro clínico do usuário ou sobre sua ida ou permanência na unidade de saúde.

Nos momentos difíceis de lidar com a doença querem tomar remédio para dormir, para se acalmar (ACSs ESF A).

O abandono e a tristeza aumentam o nível da pressão e a glicose (ACSs ESF B).

[...] ela [paciente] prefere não vir ao médico porque tem pavor do aparelho de pressão. Ela falou que pode chegar no posto bem, mas só em colocar o aparelho no braço a pressão dela já sobe e vai nas alturas (ACSs ESF C).

[...] fobia de ter muita gente perto e passa mal; sobe os níveis de glicose (ACSs ESF C).

Estes dados indicam alguns fatores emocionais que podem constituir obstáculos no processo de adesão. O adoecimento se apresenta como limitador da vida e prediz a exigência de mudanças no cotidiano, o que implica na necessidade de maior autocuidado e, muitas vezes, impõe ajustes na dinâmica familiar e no funcionamento social e laboral. Se o sujeito tiver um repertório de autocuidados restrito frente às exigências do tratamento e uma percepção de si mesmo como ser “doente” ou limitado isso pode dificultar ainda mais sua adaptação às novas condições de vida impostas pela enfermidade, o que é agravado em caso de estrutura social precária e base familiar fragilizada, aumentando o sofrimento e gerando desesperança. Dessa forma, a identificação desses fatores pelos agentes se mostra de grande relevância no sentido de promover ações que minimizem o impacto destas questões e promovam um acolhimento sensível do profissional para com o usuário.

Crenças disfuncionais acerca do tratamento e cura das doenças se apresentaram também como subcategoria na análise das barreiras psicológicas do usuário, gerando dificuldades para compreensão adequada das orientações recebidas. Conforme observado

pelos ACS, a baixa adesão ao tratamento está muitas vezes associada, por exemplo, a crença de cura da doença crônica a partir do uso do medicamento e de que o remédio só necessita ser tomado quando do aparecimento de sintomas, o que mostra uma compreensão limitada sobre a doença ou equivocada sobre os resultados do tratamento correspondente.

Há aquele paciente que acha que tomou o remédio que o médico passou naquele tempo e fala que não tem mais hipertensão não (ACSs ESF A).

“Ah, eu não tomei o remédio não, estou me sentindo bem, eu já melhorei” [reprodução de fala do usuário] (ACSs ESF A).

Eu tenho um paciente que por achar que não está passando mal não precisa tomar o remédio. Daí eu marco consulta e a médica orienta. Eu falo. Ela responde: “quando eu me sentir mal, eu tomo!” (ACSs ESF B).

Bossay et al., (2006) aplicaram um formulário a 158 pacientes hipertensos e verificaram que uma parcela deles - pequena, mas considerável - só tomava as medicações quando sentia alguma coisa (17,1%) ou quando se lembrava (5,2 %), levando a descontinuidade do tratamento de uma doença crônica que requer cuidados contínuos.

De acordo com Coleta (1999), o paciente enfrenta o adoecimento e seu tratamento a partir de seu repertório de crenças e valores sobre a vida. No modelo teórico de crenças em saúde, tais crenças estão relacionadas a percepção do indivíduo acerca da susceptibilidade que acredita ter à doença e da gravidade ou riscos que atribui a enfermidade, além do balanço que realiza entre as barreiras percebidas no processo de tratamento e os benefícios que provavelmente teria com a mudança de comportamentos.

Esta subcategoria, portanto, envolve aspectos cognitivos (sistema de crenças) e emocionais que parecem, em alguma medida, agravados pelo nível de escolaridade da população atendida, na medida em que o perfil dos usuários deste estudo indica, em sua maioria, uma baixa instrução escolar, refletindo em dificuldades na compreensão e no manejo dos medicamentos e no entendimento da sua posologia. Os fatores socioeconômicos, como renda e escolaridade, tem sido foco de outros estudos que vem encontrando uma associação entre essas variáveis e a adesão, principalmente em doenças crônicas (SANTA HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; GUSMÃO; MION, 2006).

Houve ainda relatos reveladores da crença em cura milagrosa mediante a fé e práticas religiosas. Por exemplo: “*Alguns chego na casa e diz que parou de fazer o tratamento porque Deus o curou. O remédio fica todo na cartela, eles não tomam alegando que Deus curou, ou porque ‘não estou sentindo nada, daí eu não tomei’*” (ACSs ESF C).



A religiosidade e a espiritualidade estão associadas à busca de sentido na vida e podem auxiliar no enfrentamento de eventos estressantes, atuando comumente como fonte de conforto e de esperança para o indivíduo, podendo inclusive melhorar as práticas de saúde (GERONASSO; COELHO, 2012; SANTO; GOMES; OLIVEIRA; PONTES; SANTOS, COSTA, 2013). Dessa forma, a fé pode ser intensificada por ocasião do diagnóstico de uma doença e influenciar a maneira com que o usuário lidará com seu tratamento (ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010; FREITAS, 2014; GOBATTO; ARAÚJO, 2013). No entanto, embora aspectos positivos da vivência religiosa venham sendo ressaltados, sabe-se que a religiosidade, em algumas ocasiões, pode levar a pessoa a negligenciar os conhecimentos técnico-científicos, desconsiderando o que retratam os exames e as orientações dos profissionais de saúde, pois a fé passa a ser vista, por si só, como capaz de promover a cura da enfermidade e melhorar a saúde. Dessa forma, a pessoa recorre a práticas religiosas, como orações e promessas, na busca pela remissão da doença e deixa de colaborar com os cuidados necessários para o bom andamento do tratamento, o que pode gerar um agravamento no seu quadro clínico e uma fragilidade na saúde, provocando sequelas irreparáveis ou até mesmo ocasionando o óbito.

Apesar da importância do tema e a despeito da presença constante do fenômeno religioso/espiritual no contexto de tratamento de doenças, observa-se que o assunto tem sido silenciado entre os profissionais de saúde, que frequentemente evitam abordar e manejar questões religiosas e espirituais no contexto dos atendimentos (FREITAS, 2014; GOBATTO; ARAÚJO, 2013). Ressalta-se, portanto, a necessidade de maior elaboração reflexiva sobre o assunto no campo da saúde, com maior investimento educacional na formação dos profissionais de saúde quanto às questões religiosas e implementação de medidas para abordar expressões e necessidades espirituais dos pacientes (PINTO; FALCÃO, 2014). Conforme Santo et al (2013), é preciso valorizar a religiosidade/espiritualidade como um dos eixos de cuidado ao outro, de modo a contribuir para uma prática assistencial mais humanizada e integral.

As dificuldades cognitivas para seguimento do tratamento, última subcategoria das barreiras psicológicas, revelaram problemas de esquecimento ou para compreensão e retenção das informações e orientações passadas pela equipe de saúde, o que aponta para a necessidade de se pensar estratégias favorecedoras, por exemplo, da melhor recordação e assimilação da prescrição medicamentosa (dosagem, horários).

[...] fora aqueles que esquecem. Eu já fui várias vezes na casa dos pacientes colocar o remédio na mão deles para tomar na minha frente (ACs ESF B).

Esse paciente tem 93 anos, então, ele esquece de tomar [o remédio], daí eu peço para pegar para eu dar a ele (ACSs ESF B).

[...] muitos idosos não têm escolaridade para entender as informações sobre os cuidados, sobre a doença (ACSs ESF C).

Algumas pessoas não têm estudos e não compreendem o tratamento, mas tem os que entendem, mas não conseguem seguir o tratamento, não adere (ACSs ESF A).

Além da identificação destas dificuldades, foram observadas, na fala dos agentes, ações criativas para minimizar ou resolver os problemas em questão. Verifica-se aqui o esforço em desenvolver estratégias visuais, buscar uma rede de apoio para auxiliar na condução do tratamento, oferecer palestras educativas, entre outras ações.

Coloco remédio na mão, escrevo, faço sol e lua para identificar com símbolos os horários dos remédios, se dia ou noite [...] (ACs ESF B).

As **barreiras familiares e sociais** que comprometem as ações propostas para o cuidado compreenderam falta de suporte social adequado, preocupações excessivas com questões familiares, desânimo pela falta de incentivo da família e sentimento de abandono e solidão. Os ACS identificavam dificuldades de adesão ao tratamento quando o usuário não possuía uma rede familiar e social sólida. Os dados desta categoria são confirmados diante de certos apontamentos dos ACS nos grupos focais, como segue:

Por questões familiares, o paciente acaba se descompensando e se desmotivando, abandonando o tratamento (ACSs ESF B).

A pessoa já é difícil, senão tiver suporte [familiar] é mais complicado ainda. Daí a pessoa não tem vontade de tomar remédio, de melhorar, não tem vontade de fazer nada (ACSs ESF A).

Não tem aquela coisa dos filhos, da família por perto (ACSs ESF A).

[...] O próprio paciente nos diz que está triste pelo fato do abandono da família, está sozinho (ACSs ESF B).

Na minha área paciente deixa de tomar o medicamento porque está preocupada com filhos, com netos; aí eu chego lá a pessoa tá passando mal, tremendo, gritando com netos. Eu pergunto: a senhora já parou hoje? Tomou seu remédio? Ela responde: minha filha, eu nem parei! (ACSs ESF C).

Oliveira e Sales (2005) avaliaram a percepção de participantes diabéticos e hipertensos em relação ao apoio familiar recebido, apontando maior ansiedade e/ou depressão entre aqueles com a percepção de pouco suporte familiar. Constataram a fragilidade emocional dos pacientes quando esta rede não se sustentava e a consequente dificuldade na colaboração com o tratamento, o que também foi evidenciado no presente estudo através de falas como a que se segue: *“Questão de apoio familiar influencia muito. É um ponto agravante, porque quando a família não está presente fala: Ah! Não tem ninguém se importando comigo, se eu não me cuidar não faz mal, porque não faço falta”* (ACSs ESF B).

A última categoria de barreiras a ser apontada diz respeito a **dificuldades relacionadas ao tratamento**, como seus efeitos colaterais e altos custos envolvidos. Como atestado nas falas abaixo, alguns pacientes, segundo os ACS, demonstravam incômodo em relação aos efeitos causados pelas medicações ou falta de recursos financeiros para adquirir medicações ou mesmo para locomover-se até a unidade de saúde quando necessário.

[...] A distância, às vezes não tem dinheiro para vir até aqui [na unidade], aí acaba não aparecendo nas consultas (ACSs ESF A).

Tem uma paciente que não toma remédios para diabetes pois diz que está emagrecendo muito (ACSs ESF B).

As características do regime terapêutico e as responsabilidades exigidas do usuário estão associadas à cronicidade da doença, que, por sua vez, pode contribuir para a baixa adesão encontrada em pessoas com diabetes (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008). Leite e Vasconcellos (2003) apontam que a percepção de efeitos colaterais causados pela terapia é um entrave para a adesão, salientando que esses fatores, normalmente relativos ao uso de medicamentos, devem fazer parte das intervenções que buscam levar à decisão do paciente na direção de um novo estilo de vida, de modo a desenvolver estratégias de enfrentamento a certos efeitos adversos.

De acordo com Gusmão e Mion Jr. (2006), dentre os fatores da não adesão, está o relacionamento com a equipe de saúde e o custo dos medicamentos. Conforme identificado na fala de alguns agentes, vários pacientes apresentavam dificuldades financeiras para comprar a medicação quando esta estava em falta ou não fazia parte da grade de distribuição pública. *“É aí que muitos desistem do tratamento, porque não tem o medicamento na unidade e por não ter condições de comprar. Encaram como uma dificuldade e abandonam o tratamento”* (ACSs ESF B). Considerando todas as problemáticas que envolvem as doenças crônicas, ainda ter que lidar com os entraves do custo das medicações, sobretudo quando se trata de

uma população com perfil em sua maioria de baixa renda, gera um complicador a mais para a adesão ao tratamento, haja vista que sem a medicação ainda que o paciente deseje seguir o tratamento não seria possível.

A identificação das causas de baixa adesão ao tratamento tem sido preocupação de todos os segmentos assistenciais em saúde que atuam com pessoas diagnosticadas com DM e/ou HAS. Perin et al. (2001) realizaram estudo com hipertensos, retratando os motivos que contribuíram para a baixa adesão e categorizaram os resultados da seguinte forma: relacionados ao remédio (alto custo, efeitos indesejáveis e tomar várias vezes ao dia) e a doença (desconhecimento da gravidade e ausência de sintomas); falta de conhecimentos e crenças (só tomam remédio quando a pressão está alta, esquecem de tomar remédios, não cuidam da saúde, desconhecem a cronicidade e complicações); relação médico-paciente (falta de conhecimento para tratar e relacionamento inadequado) e perfil do paciente (idade, sexo, escolaridade, estado civil, religião, nível socioeconômico, ocupação e hábitos de vida).

Essas evidências vão em direção às categorias descritas no presente trabalho no que se refere aos obstáculos para adesão aos tratamentos, indicando que aspectos semelhantes ao de estudos na área são percebidos pelos profissionais participantes na observação do comportamento dos usuários. Fica evidente que as percepções dos ACS acerca do assunto são de grande relevância no sentido de compreender e avaliar seus conhecimentos sobre a boa adesão e as barreiras presentes. A visão de quem atua diretamente no dia-a-dia do usuário contribui para o maior entendimento da dinâmica da adesão na vida deste e, assim, gera maior possibilidade de estratégias de intervenção frente às dificuldades presentes, em busca de maior resolutividade na assistência oferecida pela equipe de saúde.

#### *4.3.2.2 Facilitadores da adesão aos tratamentos*

Ao averiguar, na perspectiva dos ACS, quais fatores de natureza psicossocial favorecem a adesão aos tratamentos da diabetes e da hipertensão arterial, emergiram as seguintes categorias: aceitação e assimilação da experiência de adoecimento crônico, suporte social fornecido pela família e amigos e cuidado integral ao usuário.

Houve, nas falas que surgiram nos grupos focais, destaque para fatores que representam as condições do próprio sujeito em lidar com sua situação de saúde atual. Nesse sentido, pode-se indicar, como primeira categoria, a **aceitação e assimilação da experiência de adoecimento crônico**, que incluem reconhecimento da importância do tratamento, desejo e esforço no autocuidado e implementação de mudanças no estilo de vida.

Um bom entendimento. Ter uma boa relação com a equipe de saúde, com o ACS (ACSs ESF A).

A pessoa também quer cuidados e aceitar o tratamento. A própria vontade de aceitar e querer se cuidar (ACSs ESF A).

A aceitação e conhecimento sobre a doença [...]. Ah, eu [paciente] não posso comer demais porque minha glicose aumenta, vai subir e acabo tendo hipoglicemia. O conhecimento, a informação do que é a doença (ACSs ESF B).

A boa adesão é ele entender as informações e ser bem acolhido, daí ele segue a prescrição do tratamento, ouve o ACS (ACSs ESF C).

O processo de adesão ao tratamento implica na pessoa se tornar consciente de seu adoecimento e limitações decorrentes, realizando mudanças significativas no seu estilo de vida, conforme as orientações e prescrições dos profissionais de saúde. Assim, tanto a compreensão sobre a doença/tratamento em termos cognitivos, como sua aceitação, em termos emocionais, tornam-se essenciais para o manejo da doença, pois ocupam posição importante no desenvolvimento das ações de controle e cuidado (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

Como segunda categoria, apareceu o **suporte social fornecido pela família e amigos**, apresentado como capaz de proporcionar mudanças comportamentais e emocionais favorecedoras da adesão aos tratamentos. O potencial de facilitação dos grupos sociais foi evidenciado, na fala dos ACS, pela importância atribuída aos vínculos familiares, além do estabelecimento de uma rede social fortalecida, com manutenção de uma vida social próxima a amigos e comunidade. Foi destacado o potencial de corresponsabilidade de pessoas significativas no cuidado ao usuário,

Suporte familiar está em primeiro lugar no que favorece a adesão ao tratamento (ACSs ESF A).

Questão de apoio familiar influencia muito (ACSs ESF B).

Os fatores favoráveis a adesão em sua maioria estão para além do sujeito, refletindo as relações que o mesmo possui com o contexto que o cerca e a qualidade deste contato influencia o desejo e a motivação ao cuidado. De fato, a motivação do usuário frente ao seu tratamento é facilitada por seus laços afetivos e rede social, na medida em que pessoas do seu entorno estimulam e até mesmo cobram ações deste em prol da manutenção ou melhoria de saúde, valorizando um viver saudável, de acordo com suas necessidades.

Barreto e Marcon (2014), abordando a participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do paciente, evidenciaram o importante papel da família nesse processo, tanto por ser um veículo incentivador das práticas de autocuidado (por exemplo, atividades físicas regulares e alimentação adequada), como por acompanhar a rotina terapêutica. Além disso, a vivência de um ambiente familiar estruturado favorece o compartilhamento de experiências, saberes, expectativas frente a vida, percepção de valorização e autonomia que impulsionam o paciente a cada vez mais buscar por seu bem-estar e a priorizar sua saúde. Nesse sentido, a família vem ocupando um lugar estratégico no planejamento e condução de intervenções com os usuários. No entanto, é preciso reconhecer que não somente pessoas consanguíneas favorecem o apoio necessário, como também amigos e outros atores sociais, sendo útil a formação de uma rede social mais ampla de apoio.

A adesão ao tratamento, para ser favorecida, requer também, como bem apontaram os ACS, bom funcionamento dos serviços de saúde, abarcando responsabilidades do sistema de saúde e esforços da gestão e equipe de saúde no cuidado ao usuário. Na perspectiva dessa terceira categoria, denominada **assistência integral no cuidado ao usuário**, é importante, por exemplo, relação cordial, acolhimento e atitude empática da equipe de saúde na relação com os usuários, de forma a fortalecer vínculos equipe-usuário-família. Os trabalhos devem ser realizados de modo interdisciplinar pela equipe multiprofissional e de acordo com as necessidades de cada usuário. Portanto, o paciente deve ser assistido com atenção e respeito a sua individualidade, sua história e ao contexto em que está inserido, o que requer aprimoramento de uma escuta ativa, desenvolvimento de estratégias para intervenção em questões emocionais, clareza e efetividade na comunicação entre equipe-usuário-família e realização de grupos terapêuticos e psicoeducativos. Seguem falas dos ACS segundo a categoria aqui tratada:

A presença e o acolhimento do médico, trabalhar o vínculo e a confiança do paciente (ACSs ESF C).

O acolhimento tem que vir de todo mundo. O ACS, a enfermeira, o médico, o profissional da farmácia, a recepcionista, a técnica de enfermagem acolhe (ACSs ESF C).

O acolhimento da equipe de saúde ajuda na percepção e melhora o paciente (ACSs ESF C).

Ter uma boa relação com a equipe de saúde, com o ACS. Parceria [...]. Confiar e confiar mais para que estejam sempre conosco aqui [ESF] e se cuidar (ACSs ESF A).

Além disso, como estratégia de fortalecimento da adesão ao tratamento, foi afirmada a necessidade de se disponibilizar maior assistência médica e medicamentosa na rede de saúde. Durante os grupos focais evidenciou-se a percepção dos agentes sobre a necessidade de se ter dispositivos munidos eficientemente tanto de recursos humanos quanto de recursos materiais, e de maior comprometimento dos profissionais na esfera da atenção básica e saúde mental, no sentido de fortalecer os princípios do SUS.

Boa assistência da equipe de saúde [...] ter os medicamentos básicos do Hiperdia (ACSs ESF A).

Se fosse o atendimento do médico de segunda a sexta-feira, melhoraria muito (ACSs ESF A).

Ter mais dias de médicos, pois tem muitos pacientes (ACSs ESF C).

Mais sensibilidade do profissional médico (ACSs ESF C)

Todo dia da semana seria necessário [atendimento médico], e ainda teria dificuldade. São muitas pessoas hipertensas e diabéticas, se tem que trocar as receitas em três meses, o paciente tem que vir aqui. Como é uma estratégia, eu acredito que tem que ser assim. Paciente veio aqui esse mês, tem que vir o próximo mês, então já deixa marcado... Já sai da unidade com a consulta marcada (ACSs ESF A).

De acordo com Santos, Nery e Matumoto (2013), no contexto de cuidado ao paciente hipertenso pela ESF, a perspectiva da corresponsabilidade de trabalhadores, usuários e suas famílias se apresenta como uma estratégia de superação de práticas fragmentadas em saúde, em que predominam normas pré-estabelecidas centradas no modelo biomédico. Dessa forma, passa a operar a lógica do cuidado integral, onde a interação entre os diferentes atores de cuidado se torna fundamental.

Vale ressaltar a necessidade da equipe da ESF incluir os usuários como protagonistas de seu cuidado em saúde, despertando-os para sua responsabilização e processo de coautor na busca pela garantia de direitos à assistência da equipe e a melhor oferta dos serviços de saúde. E, além disso, é preciso estimular ainda mais os ACS a serem ativos no processo de construção dos saberes que sustentam suas ações, considerando a saúde como uma produção social e direito do cidadão.

Em suma, os dados coletados neste eixo temático - fatores psicossociais que influenciam a adesão aos tratamentos - mostraram ampla concepção dos ACS sobre aspectos envolvidos nesse processo, abarcando diversos fatores: psicológicos, familiares, sociais e estruturais.

#### 4.3.3 Formas de manejo do ACS frente a dificuldades dos usuários na adesão ao tratamento.

Na busca pelo entendimento de como os ACS agem usualmente junto a usuários com diabetes e/ou hipertensão que não apresentam boa adesão aos seus planos de tratamento, foi possível construir sete categorias temáticas a partir das falas registradas nos grupos focais. São elas: controlar, orientar, criar estratégias facilitadoras, mostrar atenção, buscar ajuda profissional, envolver a família e favorecer o acesso aos medicamentos e serviços. Essas categorias estão descritas abaixo, com suas respectivas definições e exemplos. As quatro primeiras categorias dizem respeito a respostas desenvolvidas pelos próprios participantes para lidar com os desafios impostos pelo contexto de trabalho, compondo o repertório de atuação na condução do cuidado ao usuário. As três seguintes estão elencadas na busca de parcerias na condução do cuidado ao usuário, que consistem em buscar, no contexto profissional, institucional ou no meio familiar do paciente, o apoio e os recursos necessários para favorecer a adesão.

##### 4.3.3.1 Repertório de atuação na condução do cuidado ao usuário

O conjunto de ações empregadas pelos ACS, com base em suas aptidões e experiências, para orientar e auxiliar os usuários em seus processos de tratamento, prevenindo ou lidando com problemas de adesão, configura-se como iniciativas destes profissionais no intuito de melhor assistir os usuários. Nesse sentido, os agentes empenham-se em fornecer orientações e explicações que julgam relevantes, criam estratégias para facilitar o uso dos medicamentos, buscam informações, acolhem os pacientes e fornecem *feedback* positivo. Os dados agrupados no âmbito deste significado possibilitaram as categorias descritas e exemplificadas a seguir.

No que tange a categoria **controlar**, o agente observa o usuário em seu contexto de vida diária, confere se há evidências de não adesão, dá comandos para a ação, fiscaliza o uso dos medicamentos, persuade, dá bronca, cobra responsabilidades do usuário.

Eu digo para ela tomar, ela tem que tomar [remédios] (ACSs ESF B).

Eu já fui várias vezes na casa dos pacientes colocar o remédio na mão deles para tomar na minha frente (ACSs ESF B).

Olho para ver se os comprimidos estão na cartela e pergunto caso não estejam tomando (ACSs ESF B).



Conto os remédios como forma de saber se estão tomando. Peço para ver se está na validade. Eu sei que está, mas serve como estratégia para contar a quantidade (ACSs ESF B).

Tive que orientar para não exagerar na dosagem, pois vi que estava faltando na cartela (ACSs ESF B).

Eu sou uma ACS muito chata, eu chamo a atenção do paciente. “A senhora não pode deixar de tomar o remédio, sabe que não pode”, eu chamo a atenção. Eu já peguei paciente em bar bebendo e briguei com ele. “A senhora não pode beber, a senhora não sabe que está passando mal?” Inclusive, tinha passado mal uma semana antes. Ela foi comigo para casa. Disse que estava indo para casa dela fazer visita e fomos embora. Se tiver uma receita vencida, eu vou brigar. Não tem que ter receita vencida. Chamo a responsabilidade para a pessoa quando tenho intimidade (ACSs ESF A).

Quer ver eles adorarem? Eu digo: consigo uma consulta hoje para a senhora, você vai? Eu peço ao médico para encaixar. Daí a pessoa vem na consulta. Digo: Oh! Se não for hoje não vai conseguir porque vai ter que agendar, vai demorar, vamos logo lá! (ACSs ESF A).

Também cobro responsabilidade do paciente para o cuidado deles. De ir às consultas e pegar seus remédios (ACSs ESF C).

Como pode ser observado nos relatos apresentados, nesta categoria os agentes se colocam em posição de cobrança e fiscalização dos usuários, mesmo que possam parecer “chatos”, chegando inclusive a dar o remédio na mão do usuário, buscá-lo no bar ou persuadi-lo a ir à consulta. Como disse uma das participantes, em discurso repetido por outros: “*De tanto a gente ser chato eles acabam fazendo o que a gente pede*” (ACS ESF A). Essa forma de agir, presente nos três grupos focais, ainda que favoreça a adesão não garante resultados duradouros, pois estes tendem a ser momentâneos, muitas vezes ocorrendo apenas quando a figura coercitiva (no caso, o agente ou outro profissional) se faz presente. Não gera conscientização, independência nem autonomia. Esta forma de atuação funciona como um cuidado tutelar, que entende o outro como incapaz de sozinho se tratar. Embora o controle possa se mostrar importante num primeiro momento, é preciso, a partir de então, construir novas estratégias para produzir a participação ativa do usuário, a fim de que este compreenda melhor seu adoecimento e tratamento e se responsabilize pelo mesmo, promovendo assim uma efetiva adesão ao tratamento.

As estratégias de controle são facilitadas pelo fato dos ACS residirem na mesma região dos usuários e pelas visitas domiciliares, que permitem observar *in loco* a situação de vida de cada um deles, não se baseando apenas no relato verbal das pessoas atendidas. Esse discurso esteve muito presente no grupo focal ESF A, como atesta as seguintes falas: “*Ainda*

*mais que a gente mora aqui e conhece todo mundo. Vê um aqui, outro ali, no barzinho”. “Quando você passa, eles até se escondem, viram a cara para não verem. Se escondem”.*

No entanto, algumas vezes, essas formas de controle são acompanhadas de resistência e, até mesmo, de agressividade por parte dos usuários, como informado por alguns participantes da ESF A, embora julguem que, no final, os usuários acabam aceitando as ações e acatando as orientações. *“Já teve paciente na minha área que me xingou de tudo que era nome, que eu não tinha que estar na porta dele; ele não queria saber do ACS”. “Quando você passa [em frente ao bar], eles até se escondem [...]. Daí a gente vai, orienta que não é assim, chamamos para ir com a gente à unidade. Eles ficam na maior guerra, no momento, mas depois acabam aceitando”.*

Ainda que seja necessário cuidado para não tornar as ações coercitivas, cabe destacar que a observação e intervenção feitas no território facilitam aos agentes observarem, na prática cotidiana, as dificuldades dos usuários em aderir aos tratamentos. Sabe-se que a adesão é de difícil avaliação e mensuração, baseando-se quase sempre no relato verbal dos próprios usuários, que pode ser falho, já que este pode omitir ou distorcer informações. Dessa forma, a observação, mesmo que assistemática, contribui para obtenção de dados adicionais sobre problemas nessa área.

Dessa forma, o olhar integral do ACS, durante as visitas domiciliares, pode constituir em ajuda valiosa para avaliar como o usuário está administrando o tratamento no seu contexto de vida, nos locais de vivência cotidiana. Esta realidade retrata a prática de territorialização. É através da observação e sondagem que o ACS faz o reconhecimento dos problemas que existem no território, sempre atentos às possíveis intervenções necessárias na região, tais como locais em que há esgoto a céu aberto, focos de doenças infectocontagiosas, violência doméstica, necessidades de pacientes acamados ou que são totalmente dependentes (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

A categoria **orientar** se refere à quando o agente busca conversar com o usuário acerca das características e necessidades do tratamento para o controle de seu quadro clínico. Nesse intuito, propicia explicações e orientações que julga pertinentes, esclarece dúvidas do usuário, aponta consequências negativas da não adesão e conscientiza sobre os benefícios de seguir as prescrições recebidas.

Às vezes muda o fabricante, os nomes, daí confundem as cores, tamanhos e nomes das medicações. Eles precisam de orientações (ACSs ESF B).

Faço orientações, pois a paciente não toma o remédio direito (ACSs ESF B).

Orienta no uso correto da medicação. Pacientes que cortam os comprimidos, [...] tomam a mais, ou a menos [...]. Tive que orientar para não exagerar na dosagem, pois vi que estava faltando na cartela (ACSs ESF B).

Orientamos a tomar o suco, ele disse: “é muito bom!”. Eu cuido deles porque tenho amor por eles (ACSs ESF A).

A gente orienta, a gente tenta passar o que sabe, o que vê na internet. A gente vê receita aqui, outra ali (ACSs ESF A).

Oriento a ir ao posto. Oriento a ir às consultas médicas (ACSs ESF C).

Falo dos riscos, complicações e benefícios do tratamento (ACSs ESF C).

Você fala para eles que não devem comer certas coisas e outras sim [...]. Aí você explica, você fala, aí você conversa (ACSs ESF C).

Eu oriento que não pode tomar o remédio por conta própria. Oriento ir até o médico, informar se está ou não se sentindo bem (ACSs ESF C).

Pelas colocações registradas nos grupos focais, não é possível afirmar se a conversa informada pelos agentes trata-se, de fato, de uma relação dialógica, com sensibilidade às dificuldades dos usuários para colocar em prática o tratamento. No entanto, verifica-se a iniciativa para clarear ou complementar orientações da equipe de saúde, o que se mostra útil no campo da adesão. As estratégias de orientação quando acompanhadas por uma investigação das dificuldades que o usuário possui se fazem mais amplas no sentido de direcionar intervenções para uma melhor adesão. Nesse sentido, a comunicação possui fundamental importância, pois não basta informar, é necessário compreender a singularidade do sujeito. Nesse processo de comunicação tanto transmissor quanto receptor são ativos. Não podemos colocar o usuário apenas como um receptor passivo no discurso de orientação promovido pela equipe. Nesse sentido, uma boa escuta permite compreender e ter uma visão mais contextualizada e precisa do usuário em questão, garantindo melhor atendimento de suas necessidades.

Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos e Barreto (2004) referem a importância da comunicação profissional-paciente, ressaltando que quanto mais eficiente for a comunicação, com clareza e adequação da linguagem na transmissão das informações, mais ativa tende a ser a participação do usuário nas ações e decisões que envolvem seu tratamento. O psicólogo na saúde costuma atuar como mediador da relação entre os profissionais e o paciente, facilitando a compreensão dos procedimentos recomendados, assim como pode ajudar estes profissionais na comunicação mais clara e eficiente com os pacientes. Os autores enfatizam a relevância da comunicação interdisciplinar, que deve refletir sobre a prática e levar em consideração as

relações humanas e sociais, com espaço para cooperação e uma visão mais integral do ser humano.

Na categoria **usar estratégias facilitadoras**, o agente emprega junto ao usuário estratégias práticas com a finalidade de facilitar a adesão, sobretudo o uso dos medicamentos. Usam a criatividade e informações prévias para melhor concretizar as orientações passadas pela equipe de saúde, o que pode incluir a elaboração de mapas de medicamentos, desenhos ilustrativos do horário das medicações (o que é para tomar de dia ou de noite), uso de cores nos potes de remédio para facilitar a visualização e busca de receitas de sucos e dietas. As estratégias para ajudar no uso correto das medicações ocorrem, principalmente, quando o usuário manifesta dificuldades específicas, como surdez, déficit visual, dificuldades de memorização das informações ou analfabetismo.

Ele se justifica que não enxerga, mas eu peguei uma folha e escrevi com letras grandes e coloquei na porta da geladeira dele. Eu disse a ele: Agora o senhor vai enxergar o que está escrito ali, a hora do remédio! (ACSs ESF B).

Tem uns idosos que misturam remédios e não tomam, daí espera eu passar na casa deles para tomarem, pois não sabem ler [...]. Eu separo em potes de formatos diferentes. Me disse “minha filha, estou há uma semana sem tomar remédios, pois não te vi para me explicar” (ACSs ESF C).

Coloco remédio na mão, escrevo, faço sol e lua para identificar com símbolos os horários dos remédios, se dia ou noite. Trabalho com a criatividade para paciente que não sabe ler nem escrever, idosos, os que se esquecem (ACSs ESF B).

Separo a medicação em potinhos com nome e símbolo para facilitar, tudo para tomarem a medicação (ACSs ESF B).  
Também busquei na internet receitas de sucos e dietas para emagrecer para um paciente (ACSs ESF A).

Tinha um paciente meu que não sabia ler. Toda vez que eu chegava na casa dele, os remédios estavam no saco. E ele dizendo que tinha tomado. Tomava os errados. Daí pedi orientação a enfermeira de como proceder nesse caso. Ela me ensinou a fazer copos, desenhando sol, sol com lua e lua para identificar os horários e os medicamentos já separados. Ele começou a tomar, eu fui orientando. Outra paciente é surda, ouve pouco, tem que falar bem perto dela e alto para orientá-la (ACSs ESF C).

Usamos a estratégia para identificar na parede, quando são acamados. Cria por cores a associação sobre informação dos remédios (ACSs ESF C).

Criamos estratégias por cor e por forma, o problema é quando muda o fabricante. Aí pega! (ACSs ESF C).

Percebe-se que os agentes, com base no aprendizado do dia-a-dia e apoio das equipes, vêm desenvolvendo estratégias e atuações criativas. Para Barros, Oliveira e Silva (2007) estas novas formas de atuação denotam uma modificação no processo de trabalho, quando surgem também novas formas de responsabilização. Nesse sentido, observamos nos ACS certa transformação de suas práticas teóricas e políticas, a partir do questionamento de sua atuação e sua conseqüente ação criativa na direção de novas possibilidades de relacionamento e intervenção junto aos usuários.

A categoria **mostrar atenção** ocorre quando o agente se mostra receptivo e disponível ao usuário com a pretensão de formar vínculos e facilitar a adesão, dedica-lhe atenção no sentido de revelar sua preocupação e seu esforço para compreendê-lo ou ajudá-lo, bem como de auxiliar na resolução de problemas relacionados à adesão.

Busco estar sempre mais presente com o paciente; ter uma atenção maior com esse paciente [...] você mostra que está ali presente, mostrando preocupação (ACSs ESF B).

A tia filhinha não podia comer algumas coisas e tinha que emagrecer, daí eu falava para ela que ia almoçar com ela na casa dela, daí ela dizia que ia fazer legumes. O que você vai fazer para a gente almoçar? Eu vou lá, hein. Vou almoçar com você! E ela conseguiu emagrecer (ACSs ESF A).

Falar com jeitinho, ser repetitivo, perguntar por que não apareceu na unidade, tentar ficar íntimo da pessoa (ACSs ESF A).

Às vezes vamos a casa do paciente e ele só quer falar da vida (ACSs ESF A).

Aspectos culturais, comportamentais e de crenças em saúde não são fáceis de manejar e modificar, no sentido de favorecer a devida adesão ao tratamento, exigindo do ACS uma escuta apurada, observação atenta e respostas adequadas às necessidades em questão (PIERIN et al., 2001). Entretanto, a devida compreensão do que está acontecendo no aqui- agora com o usuário, através de postura atenta e atitude empática, torna possível uma intervenção mais eficiente para contribuir com o cuidado.

Falcone (1999) esclarece que a empatia compreende uma habilidade multidimensional - cognitivo, afetivo e comportamental – composta por duas etapas distintas. Por um lado, há a tentativa de compreender os sentimentos e perspectivas do outro, através de comportamentos que demonstrem atenção e escuta empáticas. Por outro, existe a verbalização empática, focalizando nos sentimentos e na perspectiva do outro. Partindo deste pressuposto, destaca-se a importância do ouvir e compreender sensivelmente, mostrando-se interessado ao que o

paciente transmite, bem como se ressalta o efeito positivo que esta ação produz, fazendo com que o usuário se sinta efetivamente compreendido e validado.

Um comportamento empático favorece o vínculo e reforça a relação e comunicação entre a equipe e o usuário. Nessa perspectiva, quanto maior a empatia do ACS para com os usuários com dificuldade em aderir ao tratamento, mais potencializadora se torna a relação com o mesmo, no sentido de promover a adesão ao cuidado em saúde.

Cabe ressaltar a importância dos profissionais estarem cientes de que a aderência ao tratamento depende, em boa parte, do manejo e boa interação com os pacientes, assim através de práticas singulares aos usuários, os mesmos sentem-se mais acolhidos, vinculando-se de maneira mais efetiva (COELHO et al., 2005).

#### *4.3.3.2 Busca de parcerias na condução do cuidado ao usuário*

As categorias seguintes no eixo temático do manejo da adesão pelos ACS apontam para o esforço dos participantes em buscar, nos casos de não adesão, ajuda no meio social, junto a profissionais ou familiares. Eles reconhecem a necessidade de oferecer um auxílio mais técnico aos usuários, o que buscam suprir no contato com médicos e enfermeiros ou encaminham os usuários para atendimento direto com estes. Ademais, também veem os familiares como colaboradores no processo de adesão, cujo apoio necessitam conquistar e valorizar.

**Buscar ajuda profissional** indica que o agente, para realizar seu trabalho, pede suporte técnico a outro(s) membro(s) da equipe de saúde, levando o problema identificado para discussão, solução ou orientação sobre como deve proceder. Além disso, quando não se julga competente o suficiente para as orientações, encaminha o usuário para atendimento na unidade de saúde ou facilita a visita domiciliar pelo outro profissional. A maioria dos participantes alegam que tomam estas medidas quando já esgotaram seus recursos, ou seja, quando as ações realizadas por eles não surtiram o efeito esperado.

Trago para a enfermeira o problema, daí peço orientação a enfermeira. Peço ajuda para solucionar (ACSs ESF A).

Se a gente não consegue ajudar, pede ajuda ao médico. A gente orienta, a gente tenta passar o que sabe, o que vê na internet. [...] caso não consiga, passa para a enfermeira e para o médico, daí já é com eles (ACSs ESF A).

A gente coloca o médico, a enfermeira em uma situação e ele também ir conosco a casa do paciente, para examinar (ACSs ESF A).

Ver os acamados, pois eles dependem mais da gente; temos que levar o médico até eles. Levar também a enfermeira a casa deles, pois eles não têm condições de ir até a unidade para realizar as trocas das receitas. Os acamados dependem mais (ACSs ESF A).

Eu tenho um paciente que por achar que não está passando mal não precisa tomar o remédio. Daí eu marco consulta e a médica orienta (ACSs ESF B).

Sempre tento conversar com o paciente e com a família. Quando vejo que não está surtindo efeito, não tem resultado, sempre passo o caso para a médica (ACSs ESF B).

Teve uma paciente que não me recebia e não assinava a visita. Certa vez ela veio na unidade fazer algo, aí a mostrei para enfermeira. A enfermeira chamou ela para conversar. Não sei o que ela falou para a paciente que ela mudou a postura a partir daí. Me chama até para tomar café na casa dela (ACSs ESF C).

As falas descritas mostram que os agentes, quando não se sentem preparados o suficiente, “passam” o caso para outros profissionais ou vão se instrumentalizar junto aos mesmos. O encaminhamento do usuário ou a facilitação do contato deste com outros membros da equipe indica um discernimento dos participantes acerca dos papéis profissionais, quando o aprofundamento técnico torna necessário o envolvimento direto de um profissional mais habilitado para aquela função. No entanto, para que sejam mais ativos como agentes de saúde, é importante que eles se sintam também com a atribuição e com capacitação para certas intervenções, sobretudo porque são eles que estão mais presentes no dia-a-dia com os usuários e nem sempre há tempo ou condições para colocar o outro profissional em cena. Em uma minoria de relatos, como o exposto abaixo, percebeu-se pouca confiança do agente em sua própria habilidade para efetuar a intervenção.

A intervenção que faço é pedir orientação a médica, onde levo a médica no paciente, para que este se comprometa com os cuidados (ACSs ESF B).

Cabe referir neste ponto, conforme relatado pelas enfermeiras entrevistadas, que o tema da adesão é tratado por elas nas reuniões de equipe, em rodas de conversa e/ou quando os ACS apresentam dúvidas ou questionamentos a respeito. Esse movimento é importante para munir os ACS de possibilidades de intervenções mais eficazes. Entretanto, ao que tudo indica, os assuntos são abordados sob o foco predominante do modelo biomédico, com orientações voltadas ao controle da tomada da medicação e aos riscos e complicações da doença.

A atuação profissional dos ACS parte de um contexto de grande especificidade, onde o perfil dos usuários e da equipe, os recursos disponíveis na área, entre outras variáveis tornam específicas as ações de cada profissional. De acordo com os resultados de estudo conduzido por Bachilli, Scavassa e Spiri (2008), os agentes percebem a capacitação oferecida a eles como insuficiente, com poucos dados da realidade local, enfoque superficial na área dos relacionamentos e/ou psicológicos e grande quantidade de informações em período curto de tempo. Sendo assim, alguns profissionais sentem-se inseguros em sua prática, pois se deparam com situações e problemáticas diferentes e de grande complexidade. Diante dessa questão, entendemos que a capacitação contínua dos agentes se apresenta como uma ferramenta eficaz para desenvolver um maior empoderamento deste profissional em suas ações cotidianas.

A categoria **envolver a família** diz respeito a busca pelo ACS da colaboração de familiares no processo de tratamento do usuário, com vistas a corresponsabilidade da família no cuidado. Em muitos casos, percebe-se uma fragilidade do usuário para seguir sozinho com o tratamento, então o agente se utiliza da rede de suporte para auxiliá-lo nesse sentido. O primeiro nicho relacional que possuímos é a família, com exceção dos casos em que a pessoa não possui vínculos familiares ou perdeu o contato com os mesmos. Integrar a família no tratamento do paciente favorece apoio e motivação para a manutenção da adesão. Além disso, permite esclarecer e conscientizar a família sobre o adoecimento e tratamento necessário, para que se potencialize o cuidado integral ao usuário.

Quando eu ia fazer as visitas eles diziam que esqueciam de tomar o remédio, daí eu comecei a pedir ajuda da família. “Eu sei que ele tem que se cuidar, mas vocês também têm que cuidar do pai de vocês”, “Quem traz o pãozinho doce todo dia para casa?”. Oriento. Além do paciente, trabalho a família, agora a própria família informa como está o tratamento do paciente. Contam para a médica se o pai deles está se cuidando. “Olha doutora, meu pai não está tomando o remédio”. Todo mês o paciente dizia que esquecia. (ACSs ESF B).

Na casa dele tem muita coisa para comer, e a mãe dele, a família teria que entrar numa dieta; ajudar a ele nesse controle, mudando os hábitos. Falamos com a mãe que ela precisa mudar para ajudar o filho. É complicado, você está doente, mas sua mãe e seu pai não estão. Então você quer continuar vivendo no mesmo ritmo, só que sem poder. É preciso do estímulo da família, pois ele como adolescente não adere ao tratamento (ACSs ESF A).

Como elucidado acima, a participação da família tem uma função muito positiva no incentivo a práticas de autocuidado e no oferecimento de apoio emocional e motivacional



(BARRETO; MARCON, 2014). Partindo desta visão e da percepção *in loco* dos ACS, estes buscam incluir a família de acordo com a singularidade de cada caso.

A categoria **favorecer o acesso aos medicamentos e serviços** é identificada quando o agente procura facilitar o acesso do usuário aos remédios e consultas mediante ações que lhes possibilitem receber os medicamentos, participar de consultas sem agendamento prévio ou marcar consultas sem estar presente no posto de saúde, em especial quando idosos ou acamados. Por exemplo, o agente deixa os remédios separados na farmácia, solicita ao médico para deixar os parentes trocarem a receita do paciente e, até mesmo, leva os medicamentos aos usuários quando possível.

Pego a receita, para levar a nova com os remédios de volta. Dizem que trabalham e não dá para pegar (ACSs ESF C).

[...] tem pessoas que ligam para o meu telefone de madrugada para ver se o remédio chegou (ACSs ESF C).

Alguns consigo contornar “vamos lá! Eu marco o exame! Eu marco o médico”. (ACSs ESF C).

Nos relatos do grupo focal ESF C, todos os agentes referiram solicitar ao médico para deixar os parentes trocarem a receita do usuário, de modo a não deixar faltar o medicamento. E, além disso, orientam a auxiliar de farmácia a fim de deixarem os remédios separados para facilitar a retirada dos mesmos.

Durante os grupos focais, os profissionais elucidaram as estratégias que utilizam, ora individualmente e ora junto aos seus pares, em busca de soluções e colaboração frente as dificuldades da adesão aos tratamentos de pacientes com HAS e DM. Em geral, indicaram se sentir preparados para contribuir com intervenções frente a usuários com tais diagnósticos que não aderem ao tratamento e revelaram desenvolver o trabalho correspondente com propriedade e motivação. Ao incentivar os usuários a aderirem aos tratamentos, percebem retorno favorável tanto na aceitação das orientações, quanto nos elogios que recebem destes pelos serviços prestados.

Nos relatos colhidos nos grupos, os agentes colocaram em evidência seus modos de atuação no cuidado aos usuários, revelando segurança em suas ações, como mostra este trecho da sessão na região ESF B:

Me sinto capacitada para lidar com a adesão sim.  
Também me sinto capacitada! Estou conseguindo e uma coisa que há na  
nossa equipe é UNIÃO!  
Sim, me sinto!  
Me sinto capaz!  
Sim, me sinto capaz!  
Me acho capacitada.

A composição das categorias mostra que os participantes, ao se constituírem como agentes de saúde, buscam desenvolver uma base de competências técnicas, éticas e humanísticas, que englobam diferentes tipos de saberes, tal como preconizado (BRASIL, 2004c). Ao interagirem com os usuários, eles, em sua maioria, demonstram respeitar valores, culturas e singularidades; buscam alternativas para casos complexos, com postura ativa; recorrem à equipe de saúde para a solução ou encaminhamento de problemas identificados para além do seu campo de saber e valorizam o trabalho em equipe. Tudo isso com o objetivo de favorecer as práticas de cuidado.

A medida que os casos vão sendo acompanhados pelos ACS, com suporte dos demais membros da equipe, estes aperfeiçoam suas estratégias de trabalho e se asseguram da validade de suas próprias técnicas (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007). Em suas palavras: “*A gente tenta levar eles com jogo de cintura, procura não bater de frente, tenta manobrar, conversa*” (ACSs ESF C); “*Conversa, a gente tenta da melhor forma!*” (ACSs ESF C).

A análise dos dados coletados também aponta o comprometimento dos ACS no acolhimento aos usuários. Comum a todos os atores em saúde, acolher é um modo operante que busca atender as demandas, assumindo uma postura de escuta e respostas adequadas às necessidades observadas. Ou seja, requer a prestação de um atendimento com resolutividade e responsabilização, para garantir a continuidade da assistência e estabelecer articulações quando preciso, de modo a garantir a eficácia dos encaminhamentos e da assistência ao usuário (BRASIL, 2009b).

Todavia, o cuidado é repassado ou estendido a outros profissionais quando seus repertórios de ações não se mostram suficientes para a assistência. Reconhecem, assim, que determinadas intervenções necessitam de uma maior qualificação técnica para o cuidado aos usuários com hipertensão e diabetes. A atenção à saúde planejada e executada de forma a atingir o que se propõe, compreende uma série diversificada de ações. Desta forma, é necessário o reconhecimento de sua limitação e a ampliação do cuidado de maneira consciente e coordenada com a equipe. Pressupõe-se que a interação comunicativa entre ACS

e demais profissionais da equipe permite maior eficácia na construção de um cuidado integral ao usuário (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Essa situação vai de encontro a fala retratada por alguns dos ACS em relação à necessidade de auxílio mais técnico com recebimento de orientação e capacitação de médicos, enfermeiros e psicólogos na unidade.

Capacitação para atuação com pacientes específicos, diabéticos e hipertensos, entender da doença, do cuidado (ACSs ESF A).

Médico presente a adesão seria muito maior. Três vezes na semana atendendo, fazendo visita (ACSs ESF C).

Precisamos de psicólogo, não tem. Muitas das vezes nós carregamos isso nas costas (ACSs ESF A).

De fato, ao reconhecer uma limitação ou impasse que prejudique de alguma forma o trabalho junto ao usuário, o ACS pode acionar o suporte de outro profissional da ESF ou ir além, buscando auxílio mais técnico através de orientação e capacitação com a equipe de especialistas do NASF. Os profissionais do NASF atuam através do apoio matricial, que compreende um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada e interdisciplinar, com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O apoio matricial se faz de grande valor, pois amplia a rede de cuidado ao usuário atendido, oferecendo auxílio ao ACS quando seus repertórios de ações não são suficientes para garantir a adesão ao tratamento, diante de casos mais complexos.

No caso específico de dificuldades relacionadas a aspectos psicossociais, sobretudo emocionais e comportamentais, o apoio de psicólogos se mostra essencial. A atuação desse profissional *in loco*, junto com os ACS e as equipes de ESF, possibilita a potencialização do olhar biopsicossocial, favorecendo a compreensão dos aspectos psicológicos que dificultam a adesão e, conseqüentemente, a proposição de estratégias de ação e projetos terapêuticos singulares.

Além da intervenção junto a usuários com comorbidades psíquicas e dos casos em que estes fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, o psicólogo pode inclusive dar suporte aos profissionais que porventura encontrem dificuldades no seguimento de um caso devido se verem identificados com o paciente ou até mesmo envolvidos emocionalmente.

Outro ponto a ressaltar é que através de uma perspectiva de integração entre os membros da equipe da ESF e do NASF, espera-se que as situações identificadas no território sejam levadas para a equipe por meio do ACS (JESUS et al., 2014), principalmente ao se

deparar com necessidades de saúde mais complexas. Pode-se, dessa forma, desenvolver ações em equipe potencializadoras da qualidade do cuidado produzido para os usuários, levando em consideração as especificidades dos diferentes profissionais envolvidos.

#### 4.3.4. Apoio recebido e sugestões para o manejo de dificuldades de adesão ao tratamento

As falas dos ACS nos grupos focais foram organizadas e analisadas também com o objetivo de apreender que tipo de apoio eles têm recebido para agir no manejo de dificuldades de adesão ao tratamento observadas nos territórios. Duas categorias foram identificadas: apoio da equipe de referência e apoio da equipe de matriciamento. Adicionalmente, foi verificado o tipo de apoio que eles gostariam de receber para melhor lidar com casos dessa natureza. Assim, foi possível construir outras duas categorias nesse eixo temático, a saber: apoio regular da equipe da Saúde Mental e oportunidades de capacitação para melhor qualificação profissional.

O **apoio da equipe de referência** diz respeito ao suporte que os ACS disseram receber de enfermeiras, médicos generalistas e técnicos de enfermagem, oriundos das equipes internas da ESF, quanto a questões que fugiam de suas atribuições e esfera de atuação. A equipe ou profissional de referência é aquele que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Às vezes o paciente está com problemas, nós ligamos para a médica e mesmo no consultório dela ela resolve por telefone (ACSs ESF B).

Perguntam “para que serve isso?”, “eu posso tomar isso?” Mas não sei responder. Daí recorro a enfermeira ou a técnica de enfermagem (ACSs ESF C).

Quando temos dúvidas pedimos ajuda à enfermeira ou vejo na internet (ACSs ESF C).

Essa categoria inclui ainda o apoio compartilhado entre os próprios ACS, que se ajudam mutuamente com vistas a realização de atividades ou resolução de problemas. A seguir podemos observar este conteúdo: “*Chamo outras colegas para irem nas casas que preciso visitar. Quando é distante também levo para não ir sozinha*” (ACSs ESF A).

A integração entre os membros da equipe de referência se faz imprescindível para que o conjunto de cuidados se dê de forma total na assistência ao usuário. Nas falas dos participantes fica evidente a busca e receptividade entre os profissionais das equipes em prol de auxílio mútuo para o trabalho. Entretanto, identificou-se a necessidade de maior

participação dos médicos no suporte tanto aos ACS quanto aos usuários, seja na unidade ou nas visitas domiciliares. Segundo as falas de agentes do ESF C “*médico presente a adesão seria muito maior, três vezes na semana atendendo, fazendo visita*”; “*o médico mais presente seria uma diferença muito grande, a adesão seria bem maior*”.

O ACS, ao se integrar na ESF, atua como mediador entre a comunidade e a unidade de saúde, agindo com cada família sob a sua responsabilidade com a função de identificar necessidades, orientar e encaminhar, quando necessário. Dessa forma, o agente aciona o apoio de outros profissionais de sua equipe para intervir, cada qual com sua especificação técnica (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009). Por outro lado, o apoio da equipe aos ACS através, por exemplo, da discussão em equipe de casos clínicos, principalmente se mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo, além da supervisão e intervenção conjunta em favor da adesão do usuário ao tratamento (LANCET, 2006).

Ampliar a clínica significa, dentre outras coisas, ajustar os recortes teóricos e metodológicos de cada profissão às necessidades dos usuários, o que requer um trabalho reflexivo sobre as possibilidades de ação conjunta dos profissionais, tanto em âmbito técnico como psicossocial, capaz de gerar maior oportunidade de aprendizagem a todos os envolvidos.

**O apoio da equipe de matriciamento** é entendido como o suporte que os ACS recebem, ainda que de modo deficitário, por parte de profissionais do NASF com vistas a um maior auxílio e orientação naquilo que extrapola o contexto de cuidados da equipe de referência da ESF. Assim, os usuários, quando necessário, recebem cuidados especializados de modo direto, sendo atendidos pelo próprio profissional, ou de modo indireto, quando este realiza o apoio matricial aos ACS.

Psicólogo, inclusive para a gente. Às vezes o trabalho do ACS acaba se perdendo porque não tem uma estrutura, não tem aquela ponte. A gente vai até um certo caminho, depois sem apoio, vai por água abaixo (ACSs ESF A).

Ter o apoio do psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista para orientar, explicar, para auxiliar a entender a adesão, a doença. Assim vamos ter um trabalho bem melhor! (ACSs ESF C).

De fato, o NASF foi criado pelo Ministério da Saúde com o intuito de fornecer suporte aos profissionais da ESF sempre que houver necessidade de uma avaliação ou intervenção pautada no saber de outras especialidades. Em conjunto com a ESF, o NASF atua de forma estratégica na prevenção de doenças e na promoção de saúde e de qualidade de vida. Sua

equipe é composta por diferentes categorias profissionais, tais como psicólogo, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, arte educador, nutricionista, terapeuta ocupacional, médicos especialistas e sanitarista (BRASIL, 2014b).

Os processos de trabalho do NASF têm como foco o território sob sua responsabilidade e o apoio matricial oferecido por ele funciona tanto como retaguarda assistencial quanto como suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, numa lógica de construção coletiva entre os componentes da equipe mínima e os especialistas apoiadores. As estratégias de ação devem prever critérios para acionar o apoio que o usuário necessita e definir o espectro de responsabilidade dos diferentes integrantes de ambas as equipes (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

De acordo com falas circulantes nos grupos focais, percebeu-se que o apoio das equipes NASF àquelas da ESFs vinha ocorrendo, nas regiões contempladas nesta pesquisa, de modo limitado, irregular e insuficiente. Os agentes relataram percepção de ciclos incompletos quando necessitavam dos profissionais da equipe de matriciamento. Suas falas denotaram a necessidade de maior presença e atuação conjunta destes especialistas. Por exemplo:

A única que ajuda a gente na NASF é a nutricionista. Eu precisei do fisioterapeuta para o paciente e até hoje não consegui. Nunca veio. O que veio disse que só vai ensinar. Se for só para ensinar, deixa que eu ensino. Precisamos de psicólogo, não tem. Muitas das vezes nós carregamos isso nas costas” (ACSs ESF A).

Tenho o apoio da NASF, mas só da nutricionista e da educadora física (ACSs ESF B).

Os relatos dos participantes evidenciam não somente o desejo de maior suporte técnico como também a crença na possibilidade do fazer coletivo, através de discussões de casos, orientação, educação continuada e intervenções conjuntas. Emerge daí uma dimensão pedagógica, pois esse modo de trabalho envolve o diálogo constante, a troca de ideias e percepções, com estímulo ao processo criativo de cada profissional (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Nos momentos de discussão de caso, da consulta compartilhada e da interconsulta abrem-se oportunidades para troca e contraponto de ideias, sejam do saber científico ou popular, o que pode ser útil no sentido de favorecer a adesão dos usuários ao tratamento.

Ainda que o suporte do núcleo de matriciamento já fosse uma realidade para os participantes dos grupos focais, tal apoio foi visto como irregular e escasso diante das

necessidades percebidas, como exposto acima. Nesse sentido, uma das categorias relativas ao apoio que os agentes gostariam de receber para melhor intervenção em processos de não adesão ao tratamento foi justamente o **apoio regular de equipes de Saúde Mental**. Os agentes evidenciaram a necessidade da presença ativa de profissionais especialistas em saúde mental (psicólogos, psiquiatras, assistente social) para um trabalho em conjunto com a ESF nos casos de pacientes dependentes de psicotrópicos, portadores de transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas. Apontaram ainda a expectativa de receberem orientações de psicólogos para melhor acolhimento, compreensão e manejo de comportamentos e emoções dos usuários da rede.

A necessidade de apoio do NASF e também do CAPS da área no cuidado e orientação aos ACS são primordiais no manejo de situações relacionadas a pacientes com questões emocionais, quadros psiquiátricos ou dependência química e devem envolver uma assistência continuada. Podemos evidenciar tais necessidades contidas na configuração desta categoria, nas falas a seguir:

Tem muitos pacientes que precisam do CAPS 1, muitos. De repente um trabalho do psicólogo com pacientes que tomam remédio controlados até ajudaria a parar de tomar. [...]. Precisamos do apoio do CAPS e de assistência social. O CAPS não vai quando chamamos. Muitas das vezes é só você [ACS] e Deus, não dá!. Eu faço para todo mundo (ACSs ESF A).

Na Praia Grande tem um paciente com esquizofrenia, o NASF esteve lá na casa dele, mas ele não atendeu, e ele está surtando. Ele pulou na água de roupa, mochila. Ele alerta: “não adianta ir aquela comissão lá em casa não” (ACSs ESF B).

O apoio em saúde mental é referido pelos participantes como fundamental no cuidado em saúde, requerendo uma ampliação da rede com atenção integral e maior aporte de profissionais. Entende-se que quanto mais ampla e integrada a rede de cuidados, melhor tende a ser a assistência prestada aos usuários, no sentido de contemplar diferentes aspectos do sujeito - biológicos, psicológicos e sociais – e promover atendimentos que ocorram de maneira articulada e responsabilizada (CALVETTI; GIOVELLI; GAUER, 2012). Nesse raciocínio, a corresponsabilidade dos membros que formam as equipes, de acordo com suas atribuições, pode agregar valor e reforçar as potencialidades do trabalho dos ACS.

Com a reforma psiquiátrica e as constantes inovações acerca do cuidado no campo da saúde mental, observa-se dois pontos principais: a reconstrução de práticas de cuidado, através da atitude de responsabilização do profissional, e a noção de reabilitar entendida como

um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia, que deve estabelecer novos hábitos e novos ordenamentos para a vida. Na perspectiva da reabilitação, cuidar é considerar a importância da construção de projetos de vida significativos para cada usuário, como eixo central da ação terapêutica. Nesse sentido, o conceito de cidadania torna-se anterior a qualquer processo de cuidado (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

Ainda como indicação dos tipos de apoio que gostariam de receber, os ACS relataram a expectativa por **participação em cursos e capacitações**. Essa categoria foi entendida como a necessidade de terem oportunidades de aprimoramento profissional na área da saúde, de modo a melhor qualificarem suas atuações junto aos usuários na ABS.

Torna-se evidente que os agentes buscam se fortalecer como profissionais mesmo diante da precária capacitação que recebem para o exercício de suas funções. Esta dificuldade foi confirmada pelas falas das enfermeiras entrevistadas, que referiram escassas oportunidades de cursos, treinamento e atualizações em suas regiões. Apenas a Enfermeira A mencionou um curso recente, descrito como alternativo, que ela indicou a quatro dos agentes de saúde sob sua gerência. O referido curso, oferecido pelo Ministério da Saúde, era realizado de modo *online* e versava sobre a visita domiciliar.

Eles [ACS] estão fazendo até um curso alternativo que apareceu na internet, que eu pedi pra que eles fizessem. Estou com quatro agentes de saúde fazendo esse curso para poder potencializar o serviço deles. Foi uma iniciativa minha. É sobre abordagem de visita domiciliar, de uma maneira que eu achei super interessante, porque as coisas vão evoluindo e as doenças também vão evoluindo, então as pessoas que estão estudando tem coisas novas para nos trazer (ENFERMEIRA A).

Os ACS, em seus anseios por capacitação, destacaram a necessidade de situações de aprendizagem mais práticas do que teóricas, que envolvam o uso de medicamentos (posologia, reações, indicações, etc), a elaboração de material didático (exemplo: cartilhas) para orientação aos usuários, a discussão de casos e cursos de primeiros socorros para atendimentos em domicílio em caso de emergência. Pode-se identificar, nas falas abaixo, algumas das demandas dos ACS incluídas na presente categoria.

Eu nunca fui agente de saúde, estou aprendendo agora. Eu só sei o que é losartana porque minha mãe toma. [...] curso para aprender sobre medicamentos. A gente entra muito crú, falando abertamente (ACSs ESF A).



Tudo na Ilha é diferente. Tem que ter treinamento mais prático, tem que adaptar a nossa realidade (ACSs ESF B).

Capacitação para atuação com pacientes específicos, diabéticos e hipertensos, entender da doença, do cuidado (ACSs ESF A).

Às vezes a teoria não funciona muito [...] precisamos mais na prática (ACSs ESF B).

Fazendo um paralelo com a percepção das enfermeiras, as ACS também apresentaram falas muito centradas na importância da adesão à prescrição medicamentosa. Reforça-se, então, que um fator de medida da adesão ao tratamento na visão desses profissionais se encontra no fato do usuário fazer o uso adequado dos remédios.

[...] o medicamento, a posologia. Curso para conhecer as medicações; saber o que é para hipertensão, o que é para diabetes. Conhecer a receita, saber quantos são por dia para ele orientar o paciente (ENFERMEIRA B).

Um curso para aprender sobre medicamentos, vai contribuir para orientar melhor os nossos pacientes (ACSs ESF A).

Percebe-se, portanto, que os esforços de preparação dos ACS, além de escassos, estavam direcionados predominantemente a aspectos biológicos, com menor atenção para outros aspectos do processo saúde-doença. Ao que tudo indica, preponderava uma visão do usuário com ênfase na medicalização, sem maior investimento na capacitação dos ACS para atuarem em âmbito comunitário como sujeitos proativos na busca por mudanças nos determinantes sociais de saúde.

No entanto, alguns dos agentes referiram a importância de capacitação para identificação e manejo de questões psicológicas apresentadas pelos usuários, sobretudo aqueles do programa Hiperdia, com transtornos psiquiátricos, usuários de álcool e outras drogas e dependentes de psicotrópicos. Por exemplo: “*Capacitação para saber como lidar com o psicológico e as emoções dos pacientes*” (ACSs ESF B).

As Enfermeiras também afirmaram a necessidade de conteúdos, nos cursos de preparação, voltados para aspectos subjetivos dos usuários, com o objetivo dos ACS reconhecerem aspectos emocionais presentes nos atendimentos e aprenderem a realizar acolhimento, aconselhamento e observação de variáveis psicológicas. Reforçaram também a relevância do trabalho de psicólogos junto aos processos de capacitação dos ACS. Por exemplo: “*Saber perceber e diferenciar questões físicas, psicológicas e emocionais*”

(ENFERMEIRA A); *“O psicólogo seria uma boa para eles saberem lidar com as situações subjetivas, o que não aparece para a gente”* (ENFERMEIRA C).

As falas de muitos dos ACS ouvidos nesta pesquisa revelaram comprometimento e necessidade de estarem preparados para realizarem seus trabalhos de modo abrangente, adequado e, ao mesmo tempo, singular e diferenciado, o que está refletido na verbalização transcrita a seguir.

Lá em Paraty o ACS verifica pressão e a glicemia. Se não estivermos específicos no que fazemos, vira uma visita qualquer ou, como antigamente, só para pegar assinatura para constar como visita. Eu me irritava tanto com isso. Eu queria visitar e observar a pessoa, mas a pessoa achava que era só a assinatura. Teve uma vez que fomos doar e colocar o cloreto na água, todos nos recebiam pois tínhamos um motivo: tinha o cloro para colocar na caixa d'água (ACSs ESF A).

Observa-se o incômodo dos participantes, em seu cotidiano de trabalho, quando percebem um modo de fazer insuficiente, com impasses que geram insatisfações e sentimento de impotência. Isso leva ao desejo de se capacitarem a fim de se tornarem mais atuantes e agentes de intervenções cada vez mais eficazes. Nascimento e Correa (2008) apontaram fatores positivos na realização de um processo de educação permanente para os ACS, visto a necessidade de inserir novas alternativas frente aos desafios observados e maior conhecimento conceitual para o manejo de suas ações.

Esse sentimento observado nos agentes se fez presente igualmente nas falas das enfermeiras, que ressaltaram a importância da preparação dos ACS tanto para fornecer orientações diretas aos usuários como para acionar a equipe de saúde quando da necessidade de avaliações e intervenções mais específicas, de modo a favorecer a agilidade e eficácia dos atendimentos. Conforme uma das entrevistadas: *“[...] se o ACS tiver conhecimento ele capta e traz pra gente. Por exemplo: quando o uso do captopril leva a reação da tosse seca, se o ACS identificar antes da gente, traz isso para a gente e conseguimos fazer a busca ativa e resolver mais rápido”* (ENFERMEIRA B);

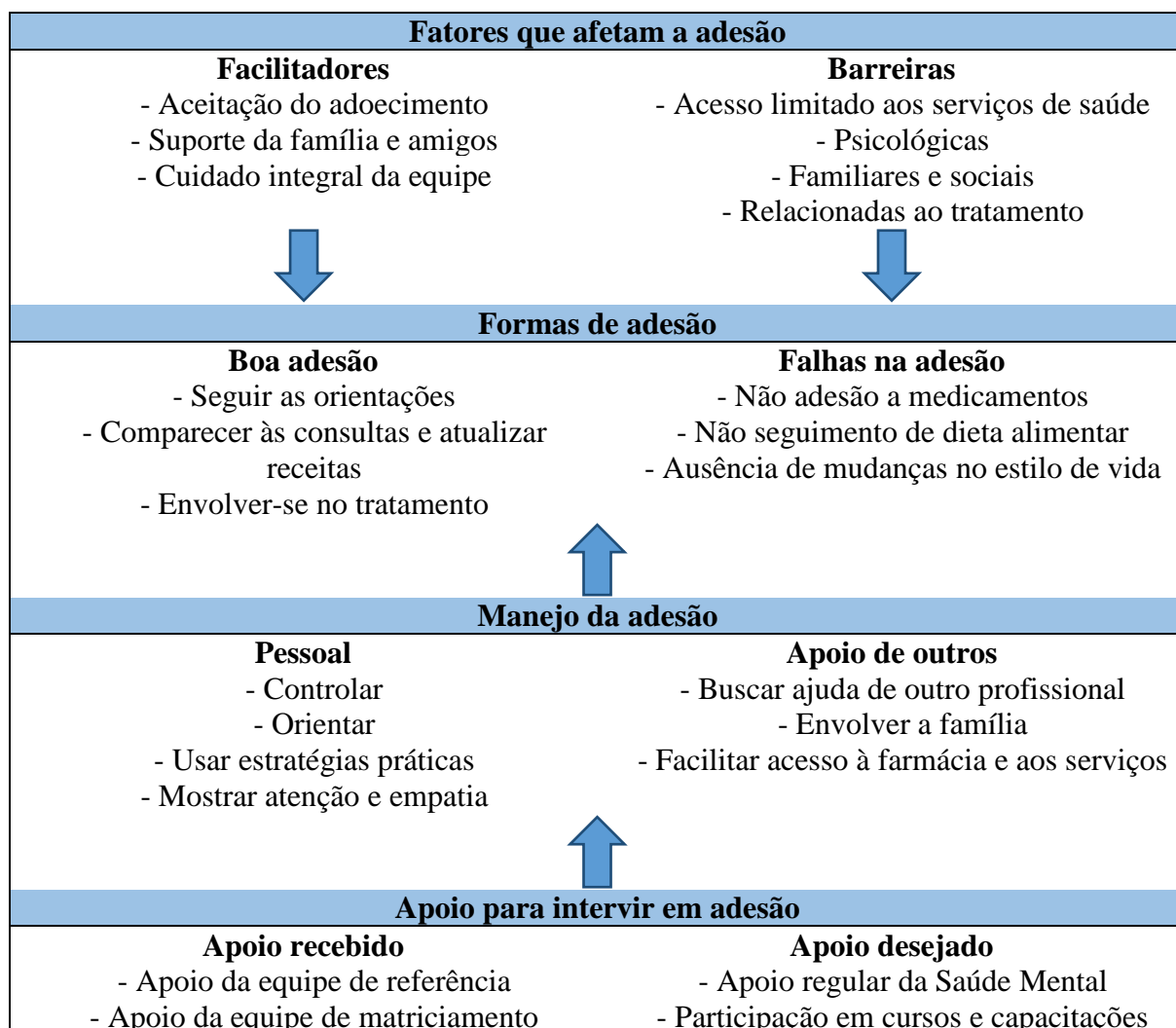
As Enfermeiras entrevistadas apontaram oportunidades de atualização profissional dos ACS para ampliar a oferta do cuidado na atenção básica, voltadas para as diferentes linhas de cuidado, por exemplo: *“Atenção à mulher, atenção ao idoso, à criança, ao adolescente”* (ENFERMEIRA B); *“[...] uma atualização na área de HAS, DM, tuberculose, hanseníase, ajudar a identificar algumas lesões, de poder orientar a família”* (ENFERMEIRA C).

Na formação dos ACS está prevista a realização de um curso específico, o Curso de Técnico de Agente Comunitário de Saúde, que está estruturado com uma carga horária mínima de 1.200 horas, conforme Resolução CNE/CEB nº 04/99. Apesar disso, os participantes mencionaram a falta de capacitação dos ACS para a realização dos trabalhos, os quais, nesse sentido, acabam por desenvolver um repertório de ações com base na experiência cotidiana. *“Eu fui aprendendo tudo aqui, pois não tenho curso. Quando eu entrei aqui, a gente foi aprendendo. A gente não é capacitado para nada, a gente aprende na prática”* (ACSs ESF A).

Tornam-se necessárias, portanto, capacitações e atualizações adicionais e complementares, conforme apontado nesta categoria, o que envolve a educação permanente, com uma aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam a prática cotidiana. Como uma possibilidade de curso orientado especificamente para esses profissionais, é interessante mencionar o estudo de Cardoso, Cordeiro, Lima, Melo, Menezes e Moulaz (2011). Estes autores realizaram uma oficina de capacitação para 22 ACS, visando conscientizá-los e informá-los sobre o papel e a importância do ACS no trabalho comunitário em saúde, estimulando-os a atuar, de forma ética e proativa, na promoção da saúde, na comunicação interpessoal e no desenvolvimento do trabalho em equipe. Os resultados mostraram-se positivos, uma vez que os participantes demonstraram aquisição de novos conhecimentos e maior segurança na sua prática.

Cabe ressaltar a necessidade de implementação de cursos e capacitações adequados à realidade vivida por esses profissionais em seus territórios de atuação, que possam ir além de conteúdos predominantemente teóricos, haja vista a demanda dos ACS por atividades orientadas para situações práticas. Enfim, é preciso ter em vista o imperativo de ampliação e aprimoramento de conhecimentos, repertório de ações e reflexões sobre a realidade de trabalho por parte de todos os profissionais que integram a assistência em saúde, incluindo os ACS.

A fim de facilitar a visualização dos resultados, a Figura 2 apresenta um panorama das categorias elaboradas a partir das falas registradas durante os grupos focais. Ainda com o objetivo de favorecer o entendimento das categorias, o Apêndice I fornece quadros resumos de cada um dos eixos temáticos, com novos exemplos de falas registradas durante as interações nos grupos focais.



**Figura 2.** Panorama das categorias elaboradas a partir das falas dos ACS.

#### 4.4 Oficinas de discussão de caso: análise e estratégias de ação dos ACS

Todos os ACS que integraram os grupos focais conduzidos na presente pesquisa participaram também de uma oficina para discussão de caso clínico, cujo objetivo consistiu em identificar como estes analisavam a situação relatada e que estratégias de ação propunham como possíveis soluções para os problemas apresentados. Foram realizadas três oficinas, uma com cada equipe participante: ESF A, ESF B e ESF C.

Nesta atividade, os agentes, inicialmente, foram organizados em duplas ou trios e procederam a leitura do caso em destaque (Apêndice E). Tratava-se de um caso fictício relacionado a um jovem com diagnóstico de diabetes, que apresentava dificuldades no processo de adesão ao tratamento.

Em seguida, o caso foi discutido com base em três questões disparadoras da interação entre os participantes, sendo elas relacionadas à análise do nível de adesão ao tratamento do paciente, à identificação de aspectos que estavam interferindo na sua adesão e ao uso de estratégias pela equipe de saúde para favorecer uma melhor adesão. A partir das respostas a essas questões foi possível reunir um rico material acerca da percepção dos ACS sobre fatores de influência e estratégias de intervenções úteis para contribuir com a resolução ou melhoria da adesão em casos complexos, conforme será apresentado a seguir.

#### *4.4.1 Análise dos ACS acerca do nível de adesão*

Diante do primeiro questionamento suscitado nas oficinas, relativo às evidências de adesão ao tratamento do personagem central do caso, os ACS apontaram, em geral, níveis baixos de adesão associados, em geral, à não aceitação do diagnóstico e a resistência em seguir as orientações da equipe, incluindo a rejeição ao uso de medicamentos e ao seguimento da dieta necessária para controle do quadro clínico. Os ACS das ESFs A e C expressaram não haver indícios de adesão no caso, enfatizando a resistência e recusa do paciente frente ao seu adoecimento.

Baixa adesão. Ele não está aceitando que está doente e que ele tem que ter um tratamento (ESF A - dupla).

Não há adesão. Ele não aceita a doença para si. Ele se recusa a aceitar que está doente e que precisa de tratamento (ESF C – trio).

Não há adesão. Eu acho que a recusa dele é porque a doença dele está interferindo no bem-estar da sua família (ESF C – dupla).

Por outro lado, os ACS da ESF B se dividiram entre afirmações de ausência de adesão (dupla 1) e de adesão parcial, descrevendo que ao fazer uso da medicação (insulina), mesmo que nem sempre de acordo com a prescrição, o paciente não se negava por total ao tratamento.

Não tem adesão nenhuma (ESF B – dupla 1).

Ele é resistente. Aceita parcial pois toma insulina, mesmo não tomando a quantidade que deveria, existe uma adesão parcial. Não aderiu totalmente o tratamento. É baixa adesão. Não se nega por total (ESF B – dupla 2)

Segundo as falas dos ACS, portanto, o paciente mostrou ausência ou insuficiência de adesão no caso retratado, o que ocorria devido não aceitação da condição de estar doente, falta de motivação, isolamento social e falta de apoio da família.

É preciso considerar que a adesão é um fenômeno multideterminado de grande complexidade, que pode variar de acordo com os diferentes momentos e modalidades do tratamento. O paciente pode mostrar não adesão inicial, ao descobrir a doença, ou pode iniciar o tratamento e depois abandoná-lo. No estudo de caso em questão, o paciente não abandonou por completo o tratamento, embora não houvesse um maior envolvimento e responsabilização deste em seu cuidado. Leite e Vasconcellos (2003) afirmam que existe adesão quando as prescrições são seguidas em pelo menos 80% do cuidado proposto.

De fato, em doenças com várias e complexas modalidades de tratamento, como é o caso de grande parte das enfermidades crônicas, nem sempre o usuário adere integralmente ao seu plano terapêutico, podendo mostrar maiores dificuldades para aderir a certas recomendações, sobretudo aquelas que tem relação com mudanças no estilo de vida (CALVETTI; GIOVELLI; GAUER, 2012). Em estudo de Alves e Calixto (2012), realizado com 37 pacientes com diagnóstico de HAS ou DM, os resultados mostraram que 29,7% deles apresentavam uma adesão parcial, relatando dificuldades em seguir a dieta, fazer exercícios físicos e lidar com questões relacionadas ao trabalho.

Nesse sentido, é importante valorizar e reforçar os esforços e progressos de adesão do usuário, ainda que o repertório de autocuidado não esteja completo, enquanto se identifica os aspectos de maiores dificuldades a serem manejados junto ao mesmo.

#### *4.4.2 Aspectos que interferem na adesão*

A segunda questão disparadora buscou identificar, de acordo com a percepção dos ACS, quais fatores presentes na descrição do caso pareciam interferir nos comportamentos de adesão do paciente. Em consonância com os resultados obtidos nos grupos focais, os participantes apontaram, no caso, fatores psicológicos e fatores sociais que afetavam o seguimento do plano de tratamento pelo paciente. A menção a fatores psicossociais comprometedores da adesão esteve, de modo unânime, presente nas três oficinas.

No aspecto emocional e comportamental, foi apontada principalmente a dificuldade do paciente em aceitar sua condição de saúde atual, levando a manifestações de tristeza e de falta de motivação para seguir o tratamento. Agravando essa situação, foram destacados ainda o

quadro de isolamento social após o adoecimento e o abandono de atividades acadêmicas e de práticas desportivas anteriormente prazerosas.

Ele se entregou totalmente a doença, parou a vida dele toda (ESF B – dupla 1).

Ele abandonou tudo o que fazia, atividade física, jogava bola. Ele não come para não subir o nível de glicose (ESF B – dupla 3).

[...] largou o futebol, ficou fechado, entrou em depressão (ESF B – dupla 2).

[...] a falta de conhecimento dele sobre a doença, e ele nem se preocupou em conhecer (ESF C – trio).

No plano familiar, os ACS identificaram comprometimentos nas relações do paciente com membros da sua família, revelados por conflitos constantes que interferiam na percepção e modos deste lidar com a doença, bem como afetavam seu estado emocional.

[...] A família está totalmente desestruturada (ESF C – dupla).

Ele não está tendo um bom relacionamento com a mãe. E pela mãe estar tendo conflitos com o pai, fica a estrutura familiar abalada. O pai até tenta ajudar, sobre alimentação, chama a atenção dele. Cobra muita responsabilidade dele e por ele ter apenas 21 anos, é difícil ter essa responsabilidade. Não é cobrar, tem que apoiar, tem que estar junto para ele tentar mudar, sem ele perceber muito assim. Eu já vivi isso com uma paciente – e tinha dia que eu não sabia nem o que falar. A família não cuidava, não dava a alimentação na hora certa, o cuidado era medir os níveis de glicose, não era medido, pois não trazia no posto (ESF A – dupla).

Segundo os participantes, a desestrutura familiar não favorecia o apoio necessário ao paciente para aderir ao tratamento, piorando ainda mais a falta de comprometimento deste com o seu autocuidado e levando a recusa da aproximação dos familiares. A cobrança excessiva do pai sobre seu cuidado nutricional, provavelmente aumentava sua resistência ao tratamento. Esse aspecto da avaliação feita pelos ACS aponta em direção aos achados da pesquisa de Oliveira e Sales (2005), na qual pacientes diabéticos ou hipertensos com percepção de pouco suporte familiar foram diagnosticados com ansiedade e/ou depressão.

Embora os agentes tenham identificado dificuldades enfrentadas pelo paciente em questão, percebeu-se suas limitações para aprofundar as avaliações dos aspectos levantados, com maior discussão acerca da dinâmica familiar, em uma visão sistêmica, e dos fatores subjetivos e sociais que impactavam sobre os níveis de adesão ao tratamento. Por exemplo, eles apontaram a cobrança excessiva do pai para que o paciente adotasse a dieta prescrita, mas

não sinalizaram possíveis aspectos subjetivos do genitor para a manutenção dessas cobranças, nem as dificuldades de comunicação efetiva presentes no meio familiar. Também apontaram o fato do paciente ter deixado de praticar seu esporte favorito, mas não destacaram aspectos emocionais presentes na esquivia ou fuga dessas atividades, nem o quanto este tipo de atividade poderia favorecer ao paciente uma melhor qualidade de vida e controle de seu quadro clínico.

Considera-se que não é obrigação dos agentes, embora desejável, apresentar uma leitura mais pormenorizada da situação do ponto de vista de uma análise psicológica, todavia, ampliar a percepção acerca de fatores psicossociais permite a inserção de estratégias mais eficazes. Um olhar mais sensível e a capacitação sobre aspectos emocionais presentes em casos como o que apresentado, torna a avaliação do agente mais resolutiva, podendo este acionar a rede de cuidado em saúde entre outros facilitadores a contribuir para melhor adesão aos tratamentos.

Nesse sentido, acredita-se que a oportunidade de discutir casos clínicos, reais ou fictícios, com participação de outros profissionais pode colaborar de modo significativo para ampliar e aprofundar as leituras dos ACS sobre os fatores psicossociais envolvidos nos déficits de adesão observados, sem culpabilizar o paciente e/ou sua família. Ao contrário, dessa forma, pode-se adotar uma visão crítica, sistêmica e contextualizada da situação, com foco tanto em dimensões subjetivas como nos aspectos culturais e sociais que atravessam as comunicações entre as pessoas envolvidas.

Para Spink, Menegon e Medrado (2014), as oficinas são espaços com potencial crítico de negociação, de sentido, permitindo a visibilidade de argumentos, posições, mas também de construção e contrastes de versões. As oficinas para fins de pesquisa têm dupla função, a saber: a sensibilização temática e a coleta de dados de pesquisa. No entanto, os efeitos da oficina não se limitam ao registro de informações para pesquisa, pois a criação de um espaço para trocas simbólicas potencializa a discussão em grupo em relação à temática proposta, gerando conflitos construtivos e possibilitando aos participantes a convivência com a multiplicidade de versões e sentidos sobre o tema.

#### *4.4.3 Como lidar, em equipe, para favorecer uma melhor adesão*

Quanto às estratégias de intervenção para conscientizar e apoiar o paciente rumo a uma melhor adesão ao tratamento, os ACS levantaram e discutiram diferentes atuações que poderiam realizar frente ao paciente e sua família. Destacaram as ações de orientação



mediante psicoeducação sobre a doença e o tratamento, além do acolhimento ao paciente e seus familiares. Falas ilustrativas desses aspectos segue abaixo:

Conversando primeiro com a família, e também com ele, pois ele não precisa largar tudo que fazia por causa da diabetes. Ele pode controlar direitinho com a medicação. Conscientizando ele. Falando que ele tomando a medicação vai voltar a fazer o esporte, a faculdade. Tudo que ele gostava de fazer, que não ia interferir em nada. Ajudaria voltar a vida normal. [...]. Os pais não iam ficar tão preocupados com ele. Não ia ter mais aquela discussão em casa. Mostrar a ele que quando a gente se entrega a doença, se entrega ao problema, a situação se agrava. Agora você lutando, combatendo, voltando as suas atividades normais do dia-a-dia, isso ajudaria mais. Vai ser melhor do que ele ficar deitado sem comer (ESF B – dupla 1).

Orientando o paciente sobre a doença e o tratamento. A vida dele pode seguir normal (ESF C – dupla).

Os agentes também indicaram, como ação possível, a mediação no acesso do paciente e sua família aos cuidados de outros profissionais, levando-os ao posto de saúde ou acionando o apoio destes. Apontaram ainda a necessidade de compartilhar o caso com a equipe de apoio do NASF, afim de obterem suporte multidisciplinar nas ações de cuidado compartilhado ao paciente e familiares. Por exemplo, *“levar mais informações para a família e pedir apoio ao nutricionista e ao psicólogo (ESF A - trio).*

As ações mencionadas acima foram relatadas em todas as oficinas, porém algumas ações se diferenciaram. Na ESF A, foi apontada a necessidade de melhor instrumentalização para atendimento ao caso e de realização de mais visitas à família, tornando o acompanhamento ao caso mais efetivo e contínuo: *“Buscar mais informações sobre a doença e o cuidado para estar levando para ele para ver se ele se acalma; fazer mais visitas, onde ali eu tenho que ir mais até solucionar o problema” (trio).* Também foi destacada a importância de revisão de hábitos que não se restringisse ao paciente, mas alcançasse toda a família para maior efetividade: *“se possível mudar os hábitos alimentares dele, na verdade da família toda para ajudar” (dupla).*

Na ESF B, outra estratégia sinalizada foi a atuação dos profissionais como mediadores na comunicação entre o paciente e a família, no sentido de auxiliar na resolução de conflitos: *“a equipe seria um elo de ligação entre ele e a própria família, já que está tendo esse conflito, ser um mediador entre ele e a família” (dupla 2).* Apareceu ainda a possibilidade de que *“o esporte para ele seria terapêutico, porque praticando esporte a glicose poderia estabilizar” (dupla 2).*

Por último, os integrantes da ESF C destacaram benefícios da participação do paciente ou da família como um todo em ações educativas promovidas pela equipe de saúde: *“fazer palestras junto com a equipe multiprofissionais como psicólogo, psiquiatra, médico, enfermeiro; fazer grupos para ele ver que aquela doença não vai interferir em nada na vida dele”* (trio).

Em suma, de acordo com a percepção dos ACS, o apoio ao paciente deveria incluir o suporte da família e de outras pessoas significativas para ele (por exemplo: seu treinador no futebol) e o estreitamento de suas interações com a equipe multidisciplinar, sobretudo da equipe NASF.

Os suportes familiares e sociais são percebidos pelos ACS como potencializadores do trabalho da equipe de saúde, além de constituírem uma rede de apoio acessível e regular para o usuário, o que significa que caso a equipe perceba dificuldades de continuidade no tratamento, pode-se acionar esta rede e promover intervenções para que o paciente volte a aderir ao cuidado em saúde.

Ele parou de praticar o esporte que praticava, sendo que o treinador está sempre perto dele e não está sabendo usar isso (ESF A – dupla).

O esteio dele é a mãe. Ela é enfermeira, poderia estar ajudando mais no tratamento (ESF A trio).

É importante salientar que os ACS apresentaram conhecimentos apropriados sobre fatores intervenientes em problemas de adesão aos tratamentos, além de um repertório de ações aparentemente coerente e bem articulado. As estratégias de manejo descritas por eles se mostraram de acordo com possibilidades efetivas de produzir resultados positivos. Infere-se, portanto, que, mesmo com conhecimentos e habilidades limitados devido à pouca preparação formal, eles possuíam um repertório inicial relevante, possivelmente oriundo de suas experiências profissionais e de contatos com especialistas das equipes ESF e NASF, o que pode ser enriquecido e aprofundado com experiências mais sistemáticas de aprendizagem e de discussão de casos. Quanto mais capacitados, mais eficazes se tornarão suas intervenções.

Isso mostra o imperativo dos profissionais de diferentes especialidades, incluindo o psicólogo, atentarem para o potencial de intervenção dos ACS e dos benefícios da atuação interdisciplinar. Campos (1997), ao discutir a importância da reformulação e ampliação da atuação clínica, aponta fatores importantes em direção ao cuidado integral do usuário, como o agir comunicativo em equipe, onde o saber escutar e o perscrutar o caso singular exige que o

profissional ultrapasse as certezas de seu saber e que ouça outros profissionais, ponderando, compartilhando dúvidas, de modo a favorecer a construção coletiva de projetos terapêuticos de cuidado em saúde.

#### **4.5 Avaliação das Oficinas: ganhos percebidos pelos ACS**

Para além de toda a riqueza produzida com o material coletado no presente estudo, buscou-se analisar os resultados da participação nas atividades propostas à luz da percepção dos próprios ACS. Para tal, ao término das oficinas, foi aplicado um instrumento composto por quatro questões avaliativas que tiveram por finalidade captar por escrito as contribuições geradas pelos encontros e obter sugestões de estratégias a serem empregadas em oficinas semelhantes em projetos futuros. Os pontos abordados foram: aspectos tratados com potencial para agregar valor à prática dos ACS; aspectos que poderiam ser melhorados no desenvolvimento das atividades; aspectos que os ACS gostariam de aprimorar em termos da própria capacitação; e sugestões de temas ou estratégias metodológicas para novos encontros com objetivos semelhantes.

A oficina foi avaliada por todos os participantes de maneira positiva. Estes a descreveram como produtiva e relataram que, ao longo da mesma, foi possível a aquisição de conhecimentos, o aprendizado sobre como identificar prioridades de atuação, a troca de experiências e o reconhecimento do valor que o trabalho do ACS possui. Destacamos algumas falas a seguir que retratam o conteúdo dessas avaliações.

Foi ótimo para nosso conhecimento e melhoria no campo de trabalho (ACSs ESF B).

Foi bem informativo e bom saber que se tenta melhorar o contato do paciente e o ACS (ACSs ESF C).

Mais conhecimentos; compartilhar opiniões com os colegas e que possamos fazer o melhor para ajudar o próximo (ACSs ESF C).

A troca de informações é sempre boa. O conhecimento de acontecimentos de outras áreas e os estudos de casos nos agrega informações (ACSs ESF A).

Foi muito satisfatória a troca de ideias; foi um momento em que expusemos nossas dificuldades e aprendemos com as experiências de nossas colegas (ACSs ESF B).

Boas experiências e poder discutir sobre nossos deveres e direitos. E passar nossas experiências do dia-a-dia com nossos pacientes (ACSs ESF A).

A troca de experiência que é sempre bem-vinda e o estudo de caso que me fez pensar em outras maneiras de como conseguir abordar as pessoas que estão mais afetadas (ACSs ESF B).

A quantidade de respostas valorizando a troca de experiências foi significativa no discurso dos agentes, como pode ser observado nos relatos acima. Eles identificaram, na fala de seus pares, o enfrentamento de dificuldades semelhantes no cotidiano de trabalho, o que colabora para um sentimento de identificação e apoio mútuo. Ademais, também verificaram esforços no emprego de estratégias de intervenção para melhoria da adesão aos tratamentos, possibilitando, assim, a confirmação da própria atuação ou a sugestão de novos modelos, o que pode gerar uma maior segurança frente aos desafios da prática e contribuir para o sentimento de valorização profissional.

Observou-se efeitos produzidos nos participantes no âmbito motivacional e de suporte emocional quando estes retrataram seus sentimentos diante das experiências geradas pelos encontros e mostraram satisfação com a atenção recebida, tomada como reconhecimento da importância do trabalho dos ACS.

Fico muito feliz em saber que há interesses em saber o que realmente o ACS passa na sua realidade. Foi muito boa essa troca de conhecimento com minhas colegas (ACSs ESF A).

Rever como é amplo e rico o trabalho de um agente comunitário de saúde. E quanto podemos buscar para melhorar nosso trabalho (ACSs ESF B).

Em poder estar vendo o quanto é importante meu trabalho e poder compartilhar um pouco sobre o meu dia-a-dia (ACSs ESF B).

Mais sabedoria e confiança de que dias melhores virão (ACSs ESF A).

A avaliação dos ACS foi tão positiva que nenhum fator negativo foi apresentado pelos mesmos. Ao serem sondados acerca de fatores que poderiam ter sido melhores nos encontros, sete ACS pontuaram o desejo de terem mais tempo para atividades dessa natureza, com oportunidades de discussão de novos casos e abordagem de outras temáticas. Indicaram, assim, o interesse em mais experiências de capacitação orientadas para a prática. Vejamos: *“Mais tempo, mais casos para que possamos mostrar o que sabemos e aprender um com o outro como agir nesses momentos de adesão”* (ACSs ESF A); *“o tempo poderia ser mais longo e se tivesse outras vezes com temas variados”* (ACS5 ESF B); *“poderia ter outras vezes as discussões de outros assuntos”* (ACSs ESF C); *“ter mais tempo, pois nosso trabalho é bem amplo para falar de tudo, precisaria de mais tempo”* (ACSs ESF A).

Em relação à percepção dos ACS quanto a sua própria capacitação, apenas um dos agentes respondeu que nada teria para acrescentar em seu conhecimento profissional. Os demais se mostraram desejosos de ampliar seus saberes e, conseqüentemente, de aperfeiçoarem suas atuações na ESF. Em suas palavras: “*Aprender cada vez mais dentro daquilo que você trabalha; só vai somar e aprimorar, você ter confiança naquilo que está passando para o paciente é muito bom*” (ACSs ESF A); “*o conhecimento do agente em cima de seus pacientes, como abordar, conversar e trazer esse paciente para o tratamento*” (ACSs ESF A); “*conhecimento quanto mais, melhor*” (ACSs ESF C).

Nesse sentido, evidencia-se a importância de uma maior atuação da equipe técnica especializada junto aos ACS, em ações de matriciamento e de treinamento em serviço. O apoio matricial e as equipes de referência compreendem, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, ampliando as possibilidades de realizar-se uma clínica ampliada e de integração dialógica entre diferentes profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A discussão de casos clínicos, uma das ações propostas no âmbito do matriciamento da ESF pelo NASF, visa, segundo Campos e Domitti (2007), criar possibilidades de ofertar um trabalho clínico e sanitário ampliado. Além de garantir uma melhor eficácia e eficiência na assistência, essa metodologia possibilita também estimular os ACS e usuários a desenvolverem maior autonomia no cuidado com a saúde.

Por fim, uma última questão foi apresentada para colher sugestões dos participantes acerca do planejamento de novos encontros. Diferentes propostas emergiram, sendo a primeira delas relativa a ampliação da duração e do número de encontros, com maior disponibilidade de tempo e emprego de diferentes casos para discussão, não restringindo a participação aos agentes de uma área específica, mas estendendo o convite a ACS atuantes em outras áreas, assim como a profissionais de outras especialidades e até mesmo alguns pacientes. Destacamos alguns exemplos: “*Mais tempo, com a participação de outros profissionais, especialidades*” (ACSs ESF C), “*mais temas em relação aos casos falados*” (ACSs ESF B); “*se possível unir todos os ESFs e discutir os casos de cada área, um aprender com o outro*” (ACSs ESF A), “*chamar alguns pacientes para participar e expor suas opiniões*” (ACSs ESF C).

A segunda sugestão dos participantes compreendeu a discussão e capacitação sobre temas específicos e de crescente complexidade, com orientações e direcionamentos para o trabalho dos ACS. Eles apontaram diferentes temas que gostariam que fossem alvo de estudo em encontros futuros: “*maneiras e técnicas de abordagens*” (ACSs ESF B); “*como lidar com*

*peças com problemas mentais” (ACSs ESF B), “aprimorar o conhecimento dos ACS sobre doenças” (ACSs ESF C), “como abordar, conversar e trazer esse paciente para o tratamento” (ACSs ESF A), “como abordar pessoas com problemas psicológicos e usuários de álcool e drogas” (ACSs ESF B), “assuntos relacionados a convivência, como prevenir doenças, bom relacionamento entre pessoas da equipe, remédios: como usar, para que serve”. (ACSs ESF A).*

Em resumo, a realização da Oficina proposta trouxe resultados positivos não somente para atender aos objetivos propostos neste estudo, mas também para os profissionais envolvidos, pois foi observado, através de suas falas, que os agentes expressaram seus conhecimentos e solidificaram suas práticas, ampliando a percepção que tinham do usuário frente a dificuldade de adesão ao tratamento. A atividade, portanto, contribuiu para qualificar a atuação do ACS, pois as discussões e reflexões indicaram um potencial motivacional e de aquisição de autoconfiança no processo de trabalho, apontando assim a validade social desta experiência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar uma pesquisa, completada a análise e comunicação dos dados, é momento de sondar o alcance de seus objetivos e verificar as principais conclusões que podem ser feitas à luz de seus resultados. É importante ainda analisar as limitações do processo de investigação, além de reconhecer as potencialidades do estudo e apontar novas direções para investigações futuras que se comprometam com a busca de um maior conhecimento acerca das variáveis estudadas. Dessa forma, o último capítulo dessa dissertação apresenta uma síntese conclusiva dos resultados comunicados e discutidos no capítulo anterior, clarificando suas contribuições acerca das percepções e repertórios de ação de ACS frente a problemas de adesão aos tratamentos de HAS e DM, conforme experiências mantidas em seus territórios de atuação.

Os profissionais participantes confirmaram, mediante suas falas, que convivem, no cotidiano de trabalho, com diferentes dificuldades dos usuários para aderirem a seus planos de tratamento, o que impõe um desafio frequente à prática profissional. Os problemas de adesão vão desde aqueles de ordem estrutural, relacionados a precariedades do sistema de saúde, até as variáveis mais diretamente ligada aos aspectos cognitivos, emocionais e familiares de cada um deles. Nesse sentido, como atesta a literatura, percebe-se que bons níveis de adesão a tratamentos de doenças crônicas não é uma realidade para todos os usuários e muitos deles necessitam de apoio para alcançarem melhores resultados em seus processos terapêuticos.

Muitos são os fatores que colaboram para esse panorama, como tem sido identificado por estudos prévios e atestado pela presente investigação. Parte destes fatores, como frisado pelas enfermeiras e agentes, são alheios aos esforços diretos dos envolvidos, pois refletem situações de desigualdade social e de má gestão pública, como falta de medicamentos e de médicos nas unidades, escassez de recursos econômicos para compra de medicamentos e ineficiência de transportes públicos para acesso às unidades de saúde. Esses fatores afetam a motivação dos usuários e dos profissionais, que indicam se sentirem impotentes e desvalorizados, embora tenha sido destacada em algumas falas o reconhecimento do direito e do poder de reivindicação da sociedade em relação a um melhor atendimento.

As categorias geradas a partir dos relatos dos ACS durante os grupos focais permitem depreender que tais profissionais denotam ter um conhecimento teórico e vivencial relevante sobre as variáveis psicossociais que afetam a adesão aos tratamentos de doenças crônicas,

além de mostrarem esforços constantes para minimizar os problemas de adesão em seus contextos de atuação, o que fazem com apoio de outros profissionais das equipes de referência e de matriciamento. Apesar de se mostrarem insatisfeitos com a falta ou insuficiência da capacitação e do apoio técnico recebidos para lidar com os desafios impostos pela realidade de trabalho, eles revelaram um repertório amplo de estratégias para responder a problemas de adesão identificados no contato com os usuários, buscando inclusive informações em fontes informais, como sites eletrônicos. Por outro lado, quando julgaram necessário, também procederam à busca de outros profissionais da equipe, em especial médicos e enfermeiros, tanto para fazerem encaminhamentos como para discutirem e se orientarem a respeito das possibilidades de trabalho.

As percepções dos participantes estiveram, ao que tudo indica, atrelada não somente a um campo teórico de conhecimentos, mas resultavam, em grande parte, de seus tratos diretos e diários com os usuários no território, incluindo uma diversidade de grupos populacionais, além da interação com outros profissionais. O fato dos agentes conhecerem de perto a comunidade, inclusive por fazerem parte dela, pode favorecer a condução do cuidado de modo a alcançar boas estratégias para auxiliar na adesão aos tratamentos.

No entanto, a sobrecarga de trabalho imposta aos profissionais e a escassez de oferta de cursos de capacitação aos mesmos constituíam empecilhos para uma prática mais eficaz, levando os participantes ao desejo de maiores oportunidades de aprenderem e discutirem a respeito de temáticas diversas, desde aquelas voltadas para conteúdos da área médica (doenças, medicamentos etc) até aquelas relativas ao acolhimento e manejo de aspectos psicológicos. Nesse sentido, compreende-se o interesse e avaliação positiva que os agentes mostraram da participação na oficina de discussão de caso clínico. Ainda que esta tenha sido proposta com a finalidade de gerar dados de pesquisa, possibilitou a estes um espaço de fala e reflexão sobre os desafios, limitações e conquistas observados no dia-a-dia de trabalho, gerando sentimentos de valorização e de maior segurança.

Os agentes, no entanto, mostraram-se muito centrados na valorização do uso de medicamentos e em ações de controle do comportamento dos usuários, evidenciando o modelo biomédico ainda muito enraizado no sistema de saúde atual, coincidindo inclusive com o discurso das enfermeiras. Na prática, verifica-se que este profissional necessita de melhor preparo para desempenhar atividades educativas e de melhoria de saúde. Sua formação e capacitação estão muito voltadas para os moldes do modelo assistencial, com uma prática de cuidados baseada na cura de doenças, com políticas de saúde verticais que partem



do governo central para serem implementadas em nível local, independentemente de esta ser uma necessidade real.

Apesar do que preconiza as políticas da ABS no que tange ao cuidado integral, constatou-se o modelo biomédico ainda muito presente nos modos de pensar e conceber a saúde e, em consequência, no cotidiano de trabalho das equipes investigadas. Existe uma atitude lentificada, na qual esse modelo necessita ser questionado, pois exaure as forças de recomposição desta estratégia em seu recurso mais poderoso que são as ações de saúde. As estratégias utilizadas pela Saúde da Família são importantíssimas no que diz respeito às ações com finalidade de promoção, manutenção e recuperação da saúde. As ações educativas, nesse contexto, não podem ser suplantadas por um aglomerado de perícias e aplicações voltadas ao mero tratamento de doenças.

A mudança do modelo de atenção é um grande desafio pelo simples fato de que a construção desse modelo envolve questões complexas, como, por exemplo, a inter-relação entre a clínica, a saúde coletiva e o trabalho de toda a equipe profissional. Mesmo assim, destaca-se a premência dos profissionais da saúde repensarem esse modelo, com expansão da busca por um novo perfil profissional, em conformidade com um modelo holístico e humanizado, que possa impactar de forma positiva os indicadores sociosanitários.

Ademais, não se pode perder de vista que os ACS, tal como proposto nos documentos oficiais, cumprem a atribuição de serem o elo ou ponte entre comunidade e serviço de saúde. Ao representarem a comunidade, devem colaborar para aproximar o saber técnico das equipes de saúde ao saber popular presente nos diversos grupos sociais. É importante que eles atuem como facilitadores do diálogo entre o conhecimento de caráter popular e o conhecimento científico, não sendo um mero reproduzidor do saber científico. Devem adotar uma prática educativa que seja sensível às necessidades da comunidade e que seja fundamentalmente problematizadora. Suas práticas precisam ultrapassar o atendimento a necessidades biológicas, orientando-se para o cuidado da comunidade, pensando a saúde numa perspectiva ampliada. O cuidado deve-se mostrar para além do indivíduo e sua relação com a unidade de saúde, se estendendo ao cuidado na vida comunitária.

Todavia, pôde-se constatar também a emergência nos grupos focais de visões que colocam o usuário como sujeito de seu próprio tratamento, compreendendo a adesão dentro de uma vertente participativa, com destaque para a necessidade de acolhimento a demandas psicossociais. Acredita-se que a continuidade de um trabalho com os agentes poderia ampliar e fortalecer suas percepções e práticas em direção a um fazer cada vez mais humanizado, com foco no cuidado integral.

Em suma, o estudo mostrou um repertório de atuação diversificado e criativo dos ACS para lidar com dificuldades relacionadas à baixa adesão aos tratamentos junto aos usuários do Programa Hiperdia, interessante de ser observado, sobretudo se considerarmos o contexto limitado de preparação e suporte em que se encontravam. Há necessidade de avanços e de maiores investimentos na atualização profissional dos mesmos, conforme eles próprios apontam. Os psicólogos têm importantes contribuições a dar nesse sentido e, espera-se que este estudo tenha colaborado para evidenciar esse potencial de trabalho.

A pesquisa tornou possível conhecer, mediante relato de seus colaboradores, os repertórios de ação dos ACS, evidenciando os desafios e limitações que estes profissionais encontram para lidar com aspectos psicossociais dos usuários em tratamento da HAS e DM. Por outro lado, também destacou seus esforços e realizações. Nesse sentido, o presente estudo trouxe dados relevantes para conhecer práticas de profissionais de saúde atuantes na atenção básica à saúde que são pouco evidenciados em pesquisas, além de possibilitar o contato com necessidades de capacitação de ACS na percepção deles próprios, criando subsídios para o planejamento e implementação futura de atividades ou cursos destinados aos mesmos. Podem inclusive serem conduzidos estudos de avaliação dos efeitos destes programas, de modo a buscar um aperfeiçoamento constante dos seus conteúdos e dinâmicas.

A metodologia adotada, com possibilidades de interação entre os próprios agentes, mostrou-se rica e apropriada, tendo inclusive mostrado potencial de intervenção, apesar de destinada primeiramente a coleta de dados. Os grupos focais e as oficinas de discussão de caso clínico constituíram um diferencial na pesquisa. Ao mesmo tempo que possibilitaram a troca de conhecimentos e experiências entre os ACS, com potencial para favorecer a prática profissional, teve ainda, provavelmente, efeitos terapêuticos, considerando que os participantes puderam compartilhar suas angústias e frustrações diante das dificuldades encontradas no processo diário de trabalho. Contribuiu ainda para emergir o reconhecimento do valor de suas práticas no cuidado aos usuários, bem como gerou perspectivas de melhores formas de condutas e intervenções para com seus pares, equipes e usuários.

Entretanto, cabe elucidar a limitação do estudo, em razão principalmente do número pequeno de participantes e de unidades ESF envolvidas. Os resultados podem estar refletindo mais a realidade do município escolhido, não se aplicando a outras regiões do estado ou do país. Seria interessante o desenvolvimento de novos estudos com objetivo de conhecer o trabalho de ACS em outros municípios do país, tanto em relação a pessoas com diabetes e hipertensão arterial, como a outros diagnósticos ou independente deles. Isso proporcionará

compreender a importância da atuação desses profissionais no fortalecimento das ações comunitárias na atenção básica à saúde.

Conclui-se ter sido possível e enriquecedor conhecer como os ACS compreendem os aspectos psicossociais envolvidos na adesão de usuários com HA e DM. A identificação de demandas psicossociais no contexto da assistência a pessoas atendidas na ABS possibilita definir focos e ferramentas de intervenção que sejam apropriados para auxiliar os profissionais de saúde a prover cuidados mais abrangentes e efetivos aos usuários no sistema público de saúde. O acolhimento e atenção a fatores dessa natureza não são objeto exclusivo de psicólogos, embora este, é claro, seja o profissional melhor habilitado para o aprofundamento da avaliação e intervenção nestes casos. Parte-se, do princípio, de que todos os profissionais devem ampliar suas visões das pessoas em atendimento e estaremos preparados, para além de suas atribuições mais específicas, a manejar, em alguma medida, as variáveis emocionais e comportamentais que afetam a saúde ou tratamento dos usuários ou, quando for o caso, fazer o encaminhamento ágil e adequado para outros profissionais. Nesse contexto, situa-se também os ACS. Embora não seja exigido destes profissionais uma formação em nível de curso superior, entende-se que eles ocupam um lugar privilegiado na atenção aos usuários, estando em contato direto e mais frequente com os mesmos e em seus contextos de vida diária, o que amplia as oportunidades para que tenham uma visão mais contextualizada dos usuários e possam manejar algumas das situações que dificultam a melhoria ou manutenção da saúde destes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. A.; PORTELA, N. L. C. Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. **R. Interd**, Maranhão, v. 8, n. 3, p. 50-60, jul./ago./set. 2015.

AGUIAR, A.; et al. Formação em Psicologia da Saúde. **CienteFico**, Faculdade Rui Barbosa, Salvador, Ano IV. v. I, p. 1-14, 2004.

ALFERES, V. R. **Caso família Nunes**. Disponível em: <[http://gaius.fpce.uc.pt/pessoais/aprelvas/IPDC0708/recursos/FamiliaNunes\\_aulas2e8.pdf](http://gaius.fpce.uc.pt/pessoais/aprelvas/IPDC0708/recursos/FamiliaNunes_aulas2e8.pdf)> Acesso em: 7 de Set. 2016.

ALMEIDA, G. B. S.; PAZ, E. P. A.; SILVA, G. A. Representações sociais de portadores de hipertensão arterial sobre a doença: o discurso do sujeito coletivo. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Juiz de Fora, v. 17, n. 1, p. 46-53, jan./mar. 2013.

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 255-260, 2012.

ALVES R. **Conversas sobre educação**. Campinas: Verus, 2010.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2003.

ANTÓNIO, P. A psicologia e a doença crônica: intervenção em grupo na diabetes mellitus. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 11, n. 1, p. 15-27, 2010.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 205-211, jan./fev. 2002.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção Primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev Saúde Pública**, Pelotas, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2189-2197, dez. 2008.

ATAÍDE M. B. C.; DAMASCENO M. M. C. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. **Revista de Enfermagem UERJ**, RJ, n. 14, v. 4, p. 518-23, 2006.

AZIZ, J. L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 75-82, 2014.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-60, jan./fev. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p.38-46, jan./mar. 2014.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 815-819, dez. 2007. Edição especial.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 550-555, jul./ago. 2014.

BOSSAY, D.; et al. Fatores associados à não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 10, n. 3, p. 73-82, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004a. 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Ministério da Saúde. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf)>. Acesso em: 06 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: Garantindo saúde para todos**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2004b. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2012. 110p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Ministério da Saúde. Brasília, 2014a. 162p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Ministério da Saúde. Brasília, 2014b. 116p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004c. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde. Brasília, 2001. 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM de 21 de outubro de 2011. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **DIABETES MELLITUS**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde. Brasília, 2006a. 64p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica. **Diretrizes do NASF**, Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Versão preliminar. Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013a. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2009a. 260p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013c. 176p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ª ed. Ministério da Saúde. Brasília, 2006b. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde. Brasília, 2009b. 64p.

BRASIL. 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**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2011b. 148p.

BREAKWELL, G. M.; et al. **Métodos de pesquisa em Psicologia**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BUSNELLO, R. G.; et al. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arquivo Brasileiro Cardiolgia**, Porto Alegre, v. 76, n. 5, p. 349-351, 2001.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERINA, D., FREITAS, C. M. (org.) **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CADE, N. V. Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. **Rev. Psiq. Clín.** v. 6, n. 28, p. 300-304, 2001.

CAMARGO JR., K. R. A Biomedicina. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, supl.15, p. 177-201, 2005.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. 1997. In: **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 mai. 2016.

CALVETTI, P. U.; GIOVELLI, G. M.; GAUER, G. C. Contribuições da psicologia da saúde para a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 20, n. 1-2, p. 75-80, jan./dez. 2012.

CARDOSO, F. A.; et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 968-973, 2011.

CARVALHO, A. L. M; et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Abrasco: UERJ, IMS, 2001.



CEZAR, P. K.; RODRIGUES, P. M.; ARPINI, D. M. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 1, n. 35, p. 211-224, 2015.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 1ª edição, Brasília-DF, 2009.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO M. de La Ó. R. **A Educação em Saúde na Prática do PSF**, 2001.

COELHO, E. B.; et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 3, p. 157-161, set. 2005.

COLETA, M. F. D. O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. **Temas em Psicologia**, Uberlândia, v. 7, n. 2, p.175-182, 1999.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE ALMA-ATA, 1978, URSS. **Declaração de Alma-Ata**. URSS, 6-12. Set. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-31, 2005.

CRPRS. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. **O NASF e a Prática da Psicologia**. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/comunicacao/noticias/o-nasf-e-a-pratica-da-psicologia-613>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

DAL-FABBRO, A. L. Adherence to long term therapies: evidence for action. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1292-1298, jul./ago. 2005.

DELZIOVO, C. R.; PEDEBÔS, L. A.; PIRES, R. O. M. **Clínica Ampliada**. Eixo III. A Assistência na Atenção Básica. Florianópolis: UFSC, 2012.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - DAB. **Nota Técnica**. 2016a. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - DAB. Sistema de informação de Saúde do Ministério da Saúde - E-SUS. **Relatórios de gestão Municipal 2016**. 2016b. Disponível em: <<http://186.237.162.138:8080/esus/#/pec>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

DOSSE, C.; et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Rev. Latino-am Enfermagem**. [online] São José do Rio Preto, v.17, n.2 [aproximadamente 7 p.], 2009. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)> Acesso em: 10 set. 2015.

DUARTE, M. T. C.; et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, jan./ago. 2010.

DUNCAN, B. B.; et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, dez. 2012.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R. M.; BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1229-1236, 2010.

FALCONE, E. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 23-32, 1999.

FELCHILCHER, E.; ARAÚJO, G.; TRAVERSO, M. E. D. Perfil dos usuários de uma unidade básica de saúde do meio-oeste catarinense. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 6, n. 2, p. 223-30, 2015.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência & Saúde Coletiva**. Campinas, v. 14, n. 1, p. 129-38, 2009.

FREITAS, M. H. Religiosidade e saúde: Experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. **Revista Pistis & Praxis**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 89-105, 2014.

FONSECA, P. P.; OLIVEIRA, M. G.; DEL PORTO, J. A. Questionnaire to evaluate the impact of chronic diseases: validated translation and Illness Effects Questionnaire (IEQ) reliability study. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 181-184, 2012.

GIROTTI, E.; et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GERONASSO, M. C. H.; COELHO, D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde & Meio Ambiente**. v. 1, n. 1, p.173-187, 2012.

GOBATTO, C. A.; ARAUJO, T. C. C. F. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 11-34, abr. 2013.

GOMES, T. J. O; SILVA, M. V. R; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

GUIMARÃES, S. S. Psicologia da Saúde e doenças crônicas. In: KERBAUY, R. R. (Org.). **Comportamento e Saúde: Explorando Alternativas**. Santo André, SP: ARBytes, 1999.

GUSMÃO, J. L.; MION, J. D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 23-5, 2006.

HAYNES, R.B. Improving patient adherence: state of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In: BURKE, L.E.; OCKENE, I.S. eds. **Compliance in Health Care and Research**, Futura, New York, 2001.

HOPPE, A. S.; et al. O contexto do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde: a relação do conteúdo do trabalho com variáveis sociodemográficas. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 1, jan./jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de Mangaratiba**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330260&search=rio-de-janeiro%7Cmangaratiba>>. Acesso em: 5 fev. 2016.

JESUS, A. S.; et al. Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 239-244, mar./abr. 2014.

JESUS, R. L.; ENGSTROM, E.; BRANDÃO, A. L. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Revista**

**Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-11, out./dez. 2015.

JIMENEZ, L. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 129-139, 2011.

KEBIAN, L. V. A.; OLIVEIRA, S. A. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 893-900, jan./mar. 2015.

KLEIN, J. M; GONÇALVES, A. G. A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, v. 10, n. 2, p. 113-120, jul./dez. 2005.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 08, n. 03, p. 775-782, 2003.

LIMA, S. M. Papel da psicologia no acompanhamento do paciente com Diabetes. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 04, p. 76-80, 2015.

LIMA, T.M; MEINERS, M. M. M. A; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v. 1, n. 2, p. 113-120, 2010.

LOPES, G. G.; FERREIRA, N. L.; MARIANO, P. N. **Programa Saúde da família: assistência ao hipertenso**. São Paulo, 2009.

MAGNABOSCO, P.; et al. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Uberlândia, v. 23, n. 1, p. 20-7, jan./fev. 2015.

MAIA, F. F. R.; ARAÚJO L. R. Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, v. 48, n. 2, p. 261-266, 2004.

MAIA, F.; ARAÚJO, L. Projecto “Diabetes Weekend” – Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, v. 5, n. 46, p. 566-573, 2002.

MARCELINO, D.; CARVALHO, M. Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 1, n. 18, p. 72-77, 2005.

MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. B. **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MEDEIROS, V. C; PERES, A. M. Atividades de Formação do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica à Saúde. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20 (Esp), p.27-35, 2011.

MELO, E. M.; et al. Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. série III, n. 5, p. 37-44, dez. 2011.

MENDES, L. M. O.; et al. O. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Revista Univap**, São José dos Campos, SP, v. 20, n. 35, p. 56-68, jul. 2014.

MORAIS, I. C.; CASTRO, P. F. Aspectos psicológicos em pacientes com hipertensão e diabetes: a negação do quadro. **SAÚDE REV.**, Piracicaba, v. 16, n. 43, p. 13-20, maio/ago. 2016.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. 2008.

NERY, A. A.; et al. Saúde da Família: visão dos usuários. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 397-402, jul./set. 2011.

NEVES, M. S.; MOLINA, R. A. Terapia analítico-comportamental e cognitivo-comportamental em grupo: intervenções com portadores de doenças crônicas. **UNI Ciências**, v. 15, n. 1, 2011.

NUNES, E. F. P. A.; et al. Força de trabalho em Saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 29-41, jan./mar. 2015.

OLIVEIRA, A. R.; SALES, C. A. C. C. Ansiedade e Depressão em Clientes com Hipertensão e Diabetes atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. **Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 2, n. 6, p. 53-56, 2005.

OLIVEIRA, A. A. R.; LEITE FILHO, C. A. P.; RODRIGUES, C. M. C. O Processo de construção dos grupos focais na pesquisa qualitativa e suas exigências metodológicas. **XXXI Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro, RJ, p. 1-15, set. 2007.

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática de diabetes mellitus. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 312-319, jun. 2003.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do Agente Comunitário de Saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família em um dos municípios da Paraíba. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 97-105, jul./set. 2017.

PIERIN, A. M. G.; et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 11-8, mar. 2001.

PIMENTEL, Í. R. S.; et al. Caracterização da demanda em uma unidade de saúde da família. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 20, p. 175-81, jul./set. 2011.

PINTO, A. N.; FALCÃO, E. B. M. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 38-46, 2014.

PITTS, M.; PHILLIPS, K. **The psychology of health – an introduction**. (2th Ed.). London: Routledge, 1998.

POWERS, A.C. Diabetes Mellito. In: Harrison **TR. Medicina Interna**. 16<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006.

REINERS, A. A. O.; et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2299-2306, dez. 2008.

RODRIGUES, F.; et al. O funcionamento e a adesão nos grupos de hiperdia no município de Criciúma: Uma visão dos coordenadores. **Revista Saúde Pública Santa Catarina**, v. 5, n. 3, p. 44-62, dez. 2012.

ROSA, W. A. G.; LABETE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, dez. 2010.

SANTO, C. C. E.; et al. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 372-378, 2013.

SANTOS, F. P. A. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial**. 2010. 169f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde – DS, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste Da Bahia – UESB, Jequié, BA, 2010.

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, fev. 2013.

SANTOS, L. P. G. S.; FRACOLLI, L. A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Bernardo do Campo, v. 44, n. 1, p. 76-83, 2010.

SCHMIDT, M. I.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Série Saúde no Brasil 4**. [Publicado Online], Rio Grande do Sul, maio 2011. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/926\\_Doencas.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/926_Doencas.pdf)>. Acesso em: 3 fev. 2016.

SILVA, I; et al. Qualidade de vida e complicações crônica da diabetes. **Análise Psicológica**, v. 21, n. 2, p. 185-194, 2003.

SILVA, I. **Psicologia da diabetes**. Coimbra: Quarteto, 2006.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO J.; CARDOSO H. Dificuldades em perceber o lado positivo da vida? Stress em doentes diabéticos com e sem complicações crônicas da doença. **Avaliação Psicológica**, v. 22, n. 3, p. 597-605, 2004.

SILVA, J. A.; DALMASSO, A. S. W. **O agente comunitário de saúde: o ser, o saber e o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SILVA, M. E. D.C. et al. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 500-507, jul./ago. 2008.

SILVA, M. E. D. C.; et al. Representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 4, n. 61, p. 500-7, jul./ago. 2008.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.** Vitória, v. 12, n. 3, p. 441-8, 2010.

SMELTZER, S. C.; et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, M. M.; et al. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, Governador Valadares, v. 17, n. 1, p. 144-50, jan./mar. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. (Org. OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S., 2014). São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. 382 p. Disponível em: <<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2016.

SOUSA, L. M.; et al. Perfil dos usuários atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Ananindeua (Pará-Brasil). **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 50-58, jul./dez. 2011

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, p. S91-S99, 2008.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 32-43, jan./abr. 2014.

STALIANO, P. **Promoção e Comunicação em Saúde: um estudo sobre a atuação de agentes comunitários**. Brasília, DF, 2012. 215f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós



Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, 2002.

STOTZ, E. M.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Revista de APS**, v. 12, n. 4, p. 487-497, out./dez. 2009.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

STURMER, G.; et al. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1727-1737, ago. 2006.

TAVARES, N. U. L.; et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, dez. 2013.

THOMAS, J.; et al. A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. **Diabetes Care**, v. 26, n. 8, 2003.

TOMASI, E.; et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Rev Bras Epidemiol**, Pelotas, v. 10, n. 1, p. 66-74, 2007.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-995, 2004.

TRINDADE, F. T.; et al. Perfil clínico, social e motivos de faltas em consultas de hipertensos e/ou diabéticos. **Rev. Eletr. Enf**, Salvador, v. 15, n. 2, abr/jun. 2013.

TRINDADE I; TEIXEIRA J. **Psicologia nos cuidados de saúde primários.** Lisboa: Climepsi Editores, 2000.

TRIVEDI, R. B.; et al. The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 31, n. 6, p. 489-497, dez. 2008.

VÁSQUEZ, I. A.; RODRIGUEZ, C. F.; ALVAREZ, M. P. **Manual de Psicología de La Salud**. Madrid: Pirámide. 2003.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VIANA, A. L. D. A.; DAL POZ, M. R. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, jul./dez. 1998.

WALDOW, V. R. Uma experiência vivida por uma cuidadora, como paciente, utilizando a narrativa literária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 20, n. 4, p. 825-833, out./dez. 2011.

WESTPHAL, M. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos, et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

WHO. World Health Organization. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO, 2003.

WHO. World Health Organization. **Ljubljana Carta sobre a reforma de saúde, 1996**. Copenhagen: WHO, 1996.

WHO. World Health Organization. **Preventing chronic diseases a vital investment** . Geneva: WHO, 2005.

YALOM, I. **The theory and practice of group psychotherapy** (4th Ed.). New York: Basic Books, 1995.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

## APÊNDICES

### Apêndice A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Enfermeira

1. Qual o perfil dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus que são atendidos na região?
2. Os usuários muitas vezes apresentam dificuldades para manter o tratamento de hipertensão e diabetes. Que níveis e problemas principais dos usuários em termos de adesão aos tratamentos você percebe na sua prática?
3. Os usuários muitas vezes trazem para os atendimentos necessidades que vão além dos aspectos físicos, como dificuldades financeiras, sociais, emocionais e conflitos familiares. Para você, quais são os aspectos psicossociais que atuam como principais obstáculos a adesão ao tratamento no programa Hiperdia? Poderia me dar exemplos?
4. Com relação aos ACS, existem cursos ou treinamentos específicos realizados pela Coordenação do Programa de Hiperdia para atualização desses profissionais? Se sim, quais tem sido o foco destes cursos? Poderia mencionar alguns já realizados?
5. De que forma o tema adesão ao tratamento é trabalhado com os ACS na sua unidade? Você aborda esse tema em específico?
6. Qual importância você atribui a abordagem desse tema da adesão ao tratamento com os ACS?
7. Quais necessidades e demandas dos ACS em termos de capacitação profissional para atuar na facilitação da adesão aos tratamentos, segundo sua percepção?
8. Quais as oportunidades de atualização profissional dos ACS você considera mais relevantes para um melhor resultado das ações da eESF?
9. Que conteúdos você acredita que seriam úteis abordar com os ACS em cursos de preparação para atenção a aspectos subjetivos dos usuários?

## Apêndice B - Questionário sociodemográfico e profissional

### I. Identificação

Gênero: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

### II. Dados Profissionais

Profissão: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Odontólogo ( ) Agente Comunitário de Saúde  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

Formação acadêmica: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão do curso: \_\_\_\_\_

Cursos de pós-graduação Lato Sensu ou Stricto Sensu, residência: \_\_\_\_\_

Qual (ais): \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na Atenção Básica: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na Atenção Básica da Região: \_\_\_\_\_

Tipo de vínculo empregatício: \_\_\_\_\_

Outros Vínculos e Atividades Profissionais: \_\_\_\_\_

Tipos de atividades que realiza no cotidiano de trabalho:

---

---

---

---

---

---

---

---

## Apêndice C - Roteiro do Grupo Focal

1. Para vocês, o que pode ser considerado uma boa adesão do usuário aos tratamentos propostos? Em que momento vocês identificam dificuldades a adesão ao tratamento? Dê exemplos de como isso tem ocorrido no dia-a-dia de vocês com relação aos usuários com diabetes ou hipertensão.
2. Sabemos que a adesão é influenciada por vários fatores. Quais fatores de natureza psicológica ou social podem afetar o comportamento do usuário, dificultando a adesão aos seus tratamentos? Como vocês tem observado isso na prática? Por outro lado, o que favorece a adesão aos tratamentos da diabetes e da hipertensão?
3. Como vocês costumam agir frente a usuários com diabetes ou hipertensão que não aderem bem ao tratamento? Sentem-se capacitados para uma intervenção nesse tipo de caso se necessário?
4. Que tipo de apoio vocês têm recebido para agir nestas situações? Que tipo de apoio ou capacitação gostariam de receber para lidar melhor nesses casos?

## Apêndice D

### Plano de Oficina de Discussão de Caso Clínico

#### I- ASPECTOS GERAIS

**Público-alvo:** Agentes Comunitário de Saúde.

**Número de participantes:** entre 5 a 10 pessoas.

**Duração prevista:** duas horas.

**Ambiente de realização:** Sala de uma unidade da Secretaria de Saúde do Município, que ofereça conforto e privacidade, livre de interrupções.

**Condução da Oficina:** Será conduzida pela mestranda pesquisadora.

**Material necessário:** caso de um usuário com diagnóstico de diabetes que apresenta dificuldades de adesão aos tratamentos, impresso em folha de papel A4 com questões para discussão, folhas de papel A4 em branco, canetas e gravador.

#### II - OBJETIVOS

**Geral:** Verificar como os ACS analisam a situação relatada e propõe estratégias de ação para lidar com problemas identificados no caso.

**Específicos:** Gerar reflexões e trocas de experiências sobre o cotidiano de trabalho junto a usuários com doenças crônicas que apresentam dificuldades para adesão às prescrições e orientações da equipe de saúde; identificar e discutir aspectos psicológicos que interferem na adesão aos tratamentos; levantar e fortalecer estratégias de intervenção da equipe de saúde no manejo de casos de baixa adesão aos tratamentos.

#### II- PROCEDIMENTOS

**2.1 Ambientação e Abertura.** Tempo previsto: 15 minutos.

Em primeiro lugar, colocar os participantes em círculos, de modo que todos possam se ver e ouvir. Cumprimentar e dar as boas-vindas aos participantes. Informar sobre os objetivos da pesquisa e da Oficina, destacando a dupla função da atividade, enquanto sensibilização temática e fonte de pesquisa. Ressaltar a necessidade da gravação e garantir o sigilo das informações e anonimato dos participantes. Explicar como a Oficina será conduzida.

**2.2 Aquecimento.** Tempo previsto: 15 minutos.

Apresentar o tema central da oficina e destacar sua importância mediante breve exposição dialogada com conteúdo informativo previamente definido.

**2.3 Desenvolvimento.** Tempo previsto: 60 minutos.

Realizar uma leitura conjunta do caso selecionado. Ao final, dar os comandos para a atividade e dividir o grupo em duplas e/ou trios para realização do exercício de discussão do caso. Entregar para cada dupla/trio as questões a serem trabalhadas e oferecer um tempo de cerca de 20 minutos para a discussão. Voltar a formar o grupo maior e promover a exposição, por cada dupla/trio, das análises realizadas e das ações traçadas para as situações em foco. Abrir espaço para considerações e trocas. Estimular o grupo a elaborar um resumo da produção do pensamento coletivo na resolução do caso.

#### **2.4 Fechamento.** Tempo previsto: 30 minutos.

Apresentar as conclusões e um resumo breve da sessão, sintetizando as principais questões apontadas. Dar orientações e feedback sobre o caso concluso afim de contribuir com a reflexão das questões trabalhadas, reforçando os esforços e acertos dos participantes em relação ao manejo da adesão em usuários com doenças crônicas.

Disponibilizar instrumento sobre avaliação da oficina de discussão de caso para preenchimento pelos participantes, o que deverá ser feito de forma individual e autoadministrada. Os participantes responderão questões sobre como avaliaram as situações vivenciadas na oficina, incluindo seus pontos positivos, pontos a melhorar e sugestões para trabalhos futuros. Solicitar aos participantes que expressem, em poucas palavras, o que ficou de mensagem ou ideia mais significativa sobre o tema ou ainda quais foram os sentimentos e sensações mais marcantes vivenciados no encontro. Despedir-se, desejar boa semana e agradecer pelas contribuições na pesquisa.

#### **3. Registros da sessão.**

Como a oficina, além de se constituir uma intervenção com vistas a construção coletiva de discussão e resolutividade de um caso, também se destinará ao uso como instrumento de coleta de dados da pesquisa, será realizada a gravação em áudio das falas dos coordenadores e dos profissionais participantes durante as interações no grupo, com exceção das trocas verbais realizadas em duplas/trios.

## Apêndice E

### Caso Clínico para Discussão - Caso João<sup>3</sup>

A família de João procura a unidade de saúde, pois há cerca de um ano (no seguimento de um desmaio e posterior internamento) foi-lhe diagnosticado diabetes Tipo I. A família é constituída pelo pai Sr. Francisco, 47 anos, mecânico de profissão; a mãe D. Ester, 48 anos, enfermeira e os dois filhos João de 21 anos, estudante do 1º ano de Direito e Catarina de 17 anos. Sentem que desde que se descobriu a doença, João “*tem andado deprimido*”. A mãe afirma que o filho “*não faz nada*”, “*enfia-se no quarto e não fala com ninguém*”. Preocupa-a, principalmente, o fato dele não controlar corretamente os seus níveis de glicemia e se descuidar com as injeções de insulina. Como consequência, João teve nova crise que culminou com uma internação.

Devido à doença, João abandonou a sua atividade preferida, o futebol. Contudo, mantém contatos frequentes com o seu ex-treinador, que se tem conservado próximo da família. Ultimamente, João não tem frequentado as aulas na Universidade, sendo previsível uma reprovação.

No contato da equipe de saúde com a família, a mãe expõe as suas preocupações, sente-se muito cansada e preocupada especialmente com a saúde do filho. Conta, com lágrimas nos olhos, as suas visitas aos vários médicos e o seu medo de “*sofrer um esgotamento*”. Acha que o seu relacionamento com o marido também a desgasta um pouco.

O Sr. Francisco preocupa-se com a saúde de João. Acha que o filho não estuda e comete alguns excessos. Sente que João devia ter mais cuidado com a alimentação, pois é algo importante na diabetes e pode prevenir os problemas daí decorrentes (questões renais entre outras). João afirma que o que mais o preocupa é a fragilidade da mãe que “*reage de maneira bastante forte às coisas que se passam à sua volta*”; tem medo de que a mãe possa fazer mal a si própria. Ele não gosta de “*dramatizar as coisas*”, gosta de encarar a sua doença de forma realista, acha que tem a sua gravidade, “*mas é relativa*”. O seu avô paterno era diabético, mas na realidade João não sabia nada da doença.

No início, quando soube do diagnóstico, teve medo, pois tudo era novidade. Sente que a sua doença é, muitas vezes, uma “*desculpa*” para haver desentendimentos em sua casa, um motivo de discussão. Avalia que a sua doença “*prejudicou a sua vida em todos os níveis*” (social, desportivo e académico).

Catarina, que não conversa muito com o irmão, concorda com esta visão, e acrescenta que a doença parou completamente a vida de João. Acha que estão todos mais preocupados do que o próprio João, que “*não reage às coisas e passa o tempo em casa*”. Afirma que o irmão sempre foi o menino querido dos avós e que “*aproveita a diabetes para ir ficando em casa*”. Pensa que ele é uma pessoa revoltada, que tem de ser tudo de acordo com a sua vontade e que se exalta muito. Aponta que a sua casa, às vezes, parece um “*campo de batalha*”, tanto entre os pais “*que não parecem um casal*”, como entre João e a mãe, que às vezes entram em confrontos físicos. Também existem discussões entre os irmãos.

João não cumpre as quatro doses diárias de insulina recomendadas pelos médicos. Afirma que não necessita de quatro, pois não faz as quatro principais refeições (levanta-se muito tarde). A mãe afirma que o filho não come para não ter de se injetar. O pai opina acerca do tema da insulina que se deveria optar por um tratamento natural (cuidados alimentares), de modo a diminuir os prejuízos causados pelo excesso de insulina. No entanto, argumenta que o filho parece estar “*desligado de tudo*”, acha que se ele fosse mais responsável “*as coisas não tinham chegado a este ponto*”.

<sup>3</sup> Caso extraído de [http://gaius.fpce.uc.pt/pessoais/aprelvas/IPDC0708/recursos/FamiliaNunes\\_aulas2e8.pdf](http://gaius.fpce.uc.pt/pessoais/aprelvas/IPDC0708/recursos/FamiliaNunes_aulas2e8.pdf)



João tem faltado às consultas de endocrinologia e não tem feito exames regularmente. Há quatro meses que não fala com o médico. D. Ester conta que, muitas vezes, quando o filho não se levanta, vai até à sua cama sempre com medo que ele esteja em coma. Está cansada de que o seu filho grite com ela. João defende-se dizendo que esta é a sua forma de ser. Exalta-se pois acha que tem razões para o fazer.

Em nova visita domiciliar da equipe de saúde, a mãe responde com as queixas de costume: João pouco fala. Numa perspectiva mais informativa, o médico explica os vários aspectos da doença e os mecanismos nela envolvidos (glicemia, insulina, alimentação, peso). Outro ponto importante foi aclarar as consequências do comportamento do João, classificado como arriscado. A família colocou-lhes a sua grande questão: como detectar e o que fazer numa crise? A resposta, contendo dois níveis (primeiro, resposta de emergência em casa; segundo, em que situação deveriam recorrer ao hospital) pareceu sossegar a família e, particularmente, a mãe. Esta, contudo, não deixou de colocar aos profissionais outra questão: *“porque é que ele não fala conosco?”* Em defesa, quando se conversa sobre a sua falta de responsabilidade no controle da sua doença, João afirmar que é difícil ser responsável sobre si próprio quando *“tudo o que faz interfere com os que estão à volta”*.

### **Questões disparadoras para discussão do caso clínico**

1. Como vocês avaliam a adesão deste usuário ao tratamento proposto? Há adesão? O nível de adesão pode ser considerado baixo ou alto?
2. Que aspectos parecem estar interferindo na adesão deste usuário ao tratamento?
3. Como vocês acham que poderiam, em equipe, lidar com este caso para melhorar a adesão?

## Apêndice F

### Roteiro de Avaliação da Oficina de Discussão de Caso Clínico

Com relação ao encontro de hoje, quando você participou da Oficina de Discussão de Caso, informe abaixo as contribuições que este encontro promoveu em sua opinião:

1- O que esse encontro agregou para mim hoje?

---

---

---

---

2- O que poderia ter sido melhor?

---

---

---

---

3- O que gostaria de continuar aprimorando?

---

---

---

---

4- O que sugiro para outros encontros que tenham objetivos semelhantes?

---

---

---

---

## Apêndice G

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE Enfermeiro (a)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, de uma **pesquisa acadêmica** intitulada: “**Aspectos psicossociais na adesão a tratamentos da hipertensão arterial e diabetes mellitus: concepções e ações de Agentes Comunitários de Saúde**”, a ser realizada no município de Mangaratiba nas regiões de Itacuruçá, Ilhas e Ingaíba, no Rio de Janeiro. Essa pesquisa pretende investigar as concepções de Agentes Comunitários de Saúde no que se refere a identificação e ao manejo de aspectos psicossociais associados a adesão aos tratamentos de usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial assistidos na Atenção Básica à Saúde.

Sua contribuição consistirá em responder às perguntas de um roteiro de entrevista semiestruturada e um questionário sociodemográfico e profissional, elaborados para atender aos objetivos da pesquisa, o que deverá durar em torno de uma hora. Também contribuirá para o convite aos ACS no que diz respeito a participação dos mesmos neste estudo. **Sua participação não é obrigatória.** A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a unidade de saúde, com as pesquisadoras ou com a universidade a que elas pertencem.

Suas informações serão gravadas. O áudio dessas gravações, bem como sua transcrição, permanecerá sob os cuidados da pesquisadora e o sigilo das informações concedidas é assegurado. Seu nome não será citado em nenhum momento da divulgação dos resultados. A participação na pesquisa não representa riscos previsíveis para os sujeitos envolvidos. Por outro lado, poderá ajudar na elaboração de programas de capacitação para Agentes Comunitários de Saúde.

Pesquisadoras Responsáveis: Kelly Cristina Nascimento e Lilian Maria Borges Gonzalez, discente e docente do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Telefone de contato:

Endereço: Br.465/Km.07. Seropédica. RJ.

E-mail: kellynascimento.psi@gmail.com

#### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li, ou foi lido, as informações contidas neste documento e que concordo em participar do estudo acima citado, como sujeito.

Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Kelly Cristina Nascimento sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso interromper a pesquisa a qualquer momento, ou mesmo retirar meu consentimento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo a mim, ao pesquisador ou a instituição.

Local e data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

## Apêndice H

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE ACS

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, de uma **pesquisa acadêmica** intitulada: “**Aspectos psicossociais na adesão a tratamentos da hipertensão arterial e diabetes mellitus: concepções e ações de Agentes Comunitários de Saúde**”, a ser realizada no município de Mangaratiba nas regiões de Itacuruçá, Ilhas e Ingaíba, no Rio de Janeiro. Essa pesquisa pretende investigar as concepções de Agentes Comunitários de Saúde no que se refere a identificação e ao manejo de aspectos psicossociais associados a adesão aos tratamentos de usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial assistidos na Atenção Básica à Saúde.

Suas contribuições estão planejadas para acontecer em quatro momentos, realizados em dois dias. No primeiro dia, você será solicitado (a) a preencher um questionário sobre dados pessoais e profissionais e a participar de uma atividade em grupo junto com outros ACS para discussão de questões referentes ao tema do estudo (adesão ao tratamento no adoecimento crônico), o que levará um tempo aproximado de duas horas. No segundo dia, você será convidado (a) a participar de uma Oficina para discussão de um caso clínico, cuja finalidade é a de verificar como os ACS analisam a situação relatada e propõe estratégias de ação no caso, e avaliar essa atividade de oficina, através de um instrumento, o que deverá durar em torno de duas horas. **Sua participação não é obrigatória.** A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a unidade de saúde, com as pesquisadoras ou com a universidade a que elas pertencem.

Suas informações serão gravadas. O áudio dessas gravações, bem como sua transcrição, permanecerá sob os cuidados da pesquisadora e o sigilo das informações concedidas é assegurado. Seu nome não será citado em nenhum momento da divulgação dos resultados. A participação na pesquisa não representa riscos previsíveis para os sujeitos envolvidos. Por outro lado, poderá ajudar na elaboração de programas de capacitação para Agentes Comunitários de Saúde.

Pesquisadoras Responsáveis: Kelly Cristina Nascimento e Lilian Maria Borges Gonzalez, discente e docente do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Telefone de contato:

Endereço: Br.465/Km.07. Seropédica. RJ.

E-mail: kellynascimento.psi@gmail.com

#### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li, ou foi lido, as informações contidas neste documento e que concordo em participar do estudo acima citado, como sujeito.

Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Kelly Cristina Nascimento sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso interromper a pesquisa a qualquer momento, ou mesmo retirar meu consentimento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo a mim, ao pesquisador ou a instituição.

Local e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

## Apêndice I

### Quadros resumos das categorias dos grupos focais

#### Quadro resumo das categorias relativas a concepções de adesão aos tratamentos

<b>Eixo temático</b>	<b>Categorias</b>	<b>Falas ilustrativas</b>
Boa Adesão	Aceitação e seguimento de prescrições e orientações	É aceitar o tratamento. Tomar o medicamento que muitas vezes não tomam. A boa adesão é o paciente não abandonar o tratamento (...). Ele vai relaxando, para de sentir o sintoma da doença e acaba abandonando o tratamento, mesmo a gente fazendo a busca ativa, pedindo para ele vir ao médico.
	Comparecimento às consultas e atualização de receitas médicas	Acho que é o paciente vir, como a gente sempre orienta. Pelo menos no tempo em que eu estou eu aprendi isso. É o paciente vir à consulta. Estamos sempre indo lá na casa deles e eles vindo a unidade. Em um ou dois meses, estar sempre em contato com o nosso médico. Nunca deixar a receita vencer, eu sempre oriento isso, pois são três meses de validade. O uso do medicamento é contínuo, por isso nunca deixe vencer.
	Envolvimento no tratamento	Eles terem um tratamento ativo e não passivo. Estarem sempre se tratando. O tratamento tem que depender deles também, né! Porque se eles não quiserem se tratar, a gente também não vai pegar pelo braço e obrigar. Ele também tem que querer.
Problemas de Adesão	Dificuldades para aderir a medicamentos	(...) pacientes que cortam os comprimidos, tomam a mais ou a menos. Eles emprestam o remédio para cunhada, marido. Deixam de tomar para dar aos outros. (...) quando falta medicação na unidade, eles dividem com familiares, daí deixam de tomar as doses necessárias. Mudou o tamanho da medicação captopril, onde vieram menores os comprimidos. Eu tenho um paciente que tomava dois comprimidos pois acreditava que um não fazia efeito. Tem um paciente que intercalava o medicamento doado pelo SUS, com os que compram na farmácia. Alegam que o remédio do SUS não faz efeito.
	Dificuldades para seguir a dieta alimentar	A esposa se esforça para cuidar do esposo e controlar ele, mas ele come tudo em excesso, carnes, doces, e em muitas quantidades. Já sofreu um AVC, a fala e o andar já estão comprometidos, mas continua agindo como antes. Ele vendia pastel e caldo de cana. Ele comia mais do que vendia. Depois que teve complicações, parou de fazer e quer comer de tudo. E não é só em famílias pobres não. Tenho famílias em condomínios, pessoas esclarecidas, com boa condição social e passam por isso. Dizem que não podem comer, mas comem mesmo assim, até mãe de médico.
	Dificuldades para mudanças no estilo de vida	Sabem que tem que fazer caminhada, mas não fazem. Teve um paciente que trocou de receita duas vezes, dizia que estava se sentindo mal. Daí, descobri que chegava as sextas-feiras o paciente não tomava remédios porque ia beber álcool. Eu disse para o paciente que ele estava agindo errado, que estava fazendo o médico de bobo.

## Quadro resumo dos fatores psicossociais que afetam a adesão aos tratamentos

Eixo temático	Categorias	Falas ilustrativas
Barreiras para a adesão	Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde	<p>Por alguns não terem condições de comprar, eles já ficam esperando até o remédio chegar na unidade. As vezes não tem condições de comprar na farmácia, daí eles não tomam.</p> <p>(...) Se não tem remédio, nem no médico eles querem vir.</p> <p>É aí que muitos desistem do tratamento, porque não tem o medicamento na unidade e por não ter condições de comprar. Encaram como uma dificuldade e abandonam o tratamento</p> <p>(...) se a estrutura do ESF não estiver organizada para atender o paciente, desmotiva ele. Ver que não tem remédio, não tem médico.</p>
	Barreiras psicológicas dos usuários - não aceitação da doença/tratamento - reações emocionais negativas, crenças disfuncionais e dificuldades cognitivas	<p>Outra paciente que não anda porque está obesa, perdeu o irmão há pouco tempo, e por ele ter morrido nos braços dela, ela não quer ajuda. Chega lá ela está dormindo ainda, cheio de gatos no quintal, não tem vontade de se cuidar e demonstra tristeza.</p> <p>Você fala para eles que não devem comer certas coisas e outras sim, por causa da pressão e da diabetes, e não estão nem aí. Acham que estão tomando o remédio e aquele remédio vai fazer efeito no que eles comem. Eles dizem “quando eu me sentir mal eu vou ao médico”.</p> <p>Uma vez no mês a psicóloga vem para fazer um trabalho. Isso porque tem pacientes que tem problemas emocionais e problema de cabeça.</p> <p>Daí a pessoa não tem vontade de tomar remédio, de melhorar, não tem vontade de fazer nada.</p>
	Barreiras sociais e familiares	<p>Agua Lindas tem uma senhora de 89 anos, a mãe é diabética e hipertensa e a filha também. A mãe que ajuda a filha a tomar os remédios. Pela lógica sua filha devia ajudar a mãe. Mas é o contrário.</p> <p>Hoje minha paciente não pode andar e fazer as coisas que faziam antigamente. Está limitada. Isso entristece, e com isso essa paciente briga com o marido, pois o marido pode fazer as coisas e não quer (...). O paciente está se entregando.</p> <p>Tem uma senhora da minha área, Dona R., é muito velhinha, o esposo dela precisa de tratamento. Eu vejo que ela está cansada, os filhos não vem ajudar porque tem a vida deles, e é tudo ela quem tem que fazer para ele. Quando ela precisa de algo, tenho que levar o médico (...).</p> <p>Tem um paciente que a família abandonou, ele era ranzinza, que já agrediu até a enfermeira. Ele fica agora pela rua, virou um andarilho. Quando pergunto pela casa, diz que não tem ninguém e que mora na rua mesmo. Mas os filhos largaram de mão. Ele relata que os filhos jogaram ele na rua.</p>
	Barreiras do tratamento	<p>Tem uma paciente que não toma remédios para diabetes pois diz que está emagrecendo muito.</p>
Facilitadores da adesão	Aceitação do adoecimento crônico	<p>A pessoa também quer cuidados e aceitar o tratamento. A própria vontade de aceitar e querer se cuidar.</p> <p>A aceitação e conhecimento sobre a doença. (...) o conhecimento, a informação do que é a doença.</p>
	Suporte da família e amigos	<p>Suporte familiar está em primeiro lugar. A pessoa já é difícil, senão tiver suporte é mais complicado ainda.</p> <p>Tem algumas que tem apoio de vizinhos mesmo pessoas que não são da família, mas são presentes na ajuda ao cuidado.</p>
	Cuidado integral da equipe de saúde	<p>Outro fator é o acolhimento da equipe na ESF. Senão a minha caminhada na rua, no sol, não valeu de nada, andamos à toa! Chega aqui na unidade e não tem um acolhimento.</p> <p>A médica que estava aqui, fazia uma grande diferença. Ela dava muita atenção aos pacientes. Fazia desenho para a paciente entender e tomar os remédios.</p> <p>O médico ser mais atencioso. Acolher o paciente. Daí o paciente volta. Aqui o médico é muito rotativo. “O médico foi embora, então não vou mais lá”</p>

## Quadro resumo das categorias relativas a formas de manejo de problemas de adesão aos tratamentos

<b>Eixo temático</b>	<b>Categorias</b>	<b>Falas ilustrativas</b>
Uso de estratégias pessoais	Controlar	Chamo a atenção do paciente, digo que tem que tomar o remédio. Chamo a responsabilidade para a pessoa, quando tenho intimidade. Pego no bar e levo para casa.
	Orientar	Eu oriento que não pode tomar o remédio por conta própria. Oriento ir até o médico, informar se está ou não se sentindo bem. A gente tenta levar eles com joga de cintura, procura não bater de frente, tenta manobrar, conversa. A gente orienta, a gente tenta passar o que sabe, o que vê na internet. A gente vê receita aqui, outra ali.
	Usar estratégias facilitadoras	(...) buscamos identificar na parede quando são acamados. Cria por cores a associação sobre informação dos remédios. Criamos estratégias por cor e por forma, o problema é quando muda o fabricante. Ai pega!
	Mostrar atenção	O exemplo de uma boa adesão é você está sempre na casa do paciente. Às vezes não é a falta de remédio, mas vê outro aspecto que o paciente esteja passando, isso pode complicar a doença dele <u>Ser receptivo, falar com jeitinho e tentar ficar mais íntimo do paciente.</u>
Busca do suporte de outros	Buscar ajuda de outro profissional	Perguntam “para que serve isso?”, “eu posso tomar isso?” mas não sei responder. Daí vou com a enfermeira. Se a gente não consegue ajudar, pede ajuda ao médico. (...) caso não consiga passar para a enfermeira e para o médico, daí já é com eles.
	Envolver a família	Quando eu ia fazer as visitas eles diziam que esqueciam de tomar o remédio, daí eu comecei a pedir ajuda da família. “Eu sei que ele tem que se cuidar, mas vocês também têm que cuidar do pai de vocês”.
	Facilitar acesso à farmácia e aos serviços	Uma coisa que eu percebi quando a gente trabalhava na unidade antiga, a população do entorno ia muito na unidade, agora que estamos no centro do distrito é muito difícil aparecer alguém daquela região. A distância, as vezes não tem dinheiro para vir até aqui, aí acaba... A gente marca a consulta, daí para eles não virem até aqui eu já anoto o nome de todos que querem a marcação, daí quando abre a agenda, eu anoto e peço para “deixar uma vaguinha aí pra mim”. Daí volto na casa e vou avisar a data da consulta. Assim com a data marcada eles vem. Porque pra eles virem de lá, chegar na unidade e não conseguir se consultar, deixa eles mais tristes ainda.

**Quadro resumo das categorias relativas ao apoio a acs para lidar com questões de adesão aos tratamentos**

<b>Eixo temático</b>	<b>Categorias</b>	<b>Falas ilustrativas</b>
Apoio recebido	Apoio da equipe de referência	Tinha um paciente meu que não sabia ler. Toda vez que eu chegava na casa dele, os remédios estavam no saco. E ele dizendo que tinha tomado. Tomava os errados. Daí pedi orientação a enfermeira de como proceder nesse caso. Ela me ensinou a fazer copos, desenhando sol, sol com lua e lua para identificar os horários e os medicamentos já separados. Ele começou a tomar, eu fui orientando.
	Apoio da equipe de matriciamento	Na Praia Grande tem um paciente com esquizofrenia, o NASF esteve lá na casa dele, mas ele não atendeu, e ele está surtando.
Apoio desejado	Apoio regular de equipes de Saúde Mental	Psicólogo nos orientar como fazer numa situação aonde o paciente começa a chorar. Como fazer para acolher ele. Tem muitos pacientes que precisam do CAPS 1, muitos. De repente um trabalho do psicólogo com pacientes que tomam remédio controlados até ajudaria a parar de tomar. Precisamos do apoio do CAPS e de assistência social. O CAPS não vai quando chamamos. “Muitas das vezes é só você (ACS) e Deus, não dá!”. Às vezes o trabalho do agente acaba se perdendo porque não tem uma estrutura, não tem aquela ponte. A gente vai até um certo caminho, depois sem apoio, vai por água abaixo.
	Participação em cursos e capacitações	Tem perguntas que eles fazem que a gente não sabe responder. Eu queria um curso de primeiros socorros, porque as vezes chegamos na cada deles e eles informam que a pressão está baixa. Muitos perguntam algo sobre os remédios, mas não sei responder.



## ANEXO A

### Carta de Autorização para realização da pesquisa COMEPE



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMISSÃO DE ÉTICA NA PESQUISA DA UFRRJ / COMEP

Protocolo Nº 858/2016

#### PARECER

O Projeto de Pesquisa intitulado "*Aspectos psicossociais na adesão a tratamentos da hipertensão arterial e diabetes mellitus: concepções e ações de agentes comunitários de saúde*" sob a responsabilidade da Profa. Lilian Maria Borges Gonzalez, do Departamento de Psicologia, Instituto de Educação, processo 23083.011215/2016-54, atende os princípios éticos e está de acordo com a Resolução 466/12 que regulamenta os procedimentos de pesquisa envolvendo seres humanos.

UFRRJ, 02/03/2017.

  
Jairo Pinheiro da Silva  
Pro-Reitor Adjunto de  
Pesquisa e Pós-Graduação  
Matr. SIAPE 1109553  
UFRRJ

Prof. Dr. Jairo Pinheiro da Silva  
Pró-Reitor Adjunto de Pesquisa e Pós-Graduação