



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JESSIELY KARINE DE SOUZA VIEIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A BAIXA ADESÃO TERAPÊUTICA EM
PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

CAJAZEIRAS - PB

2019

JESSIELY KARINE DE SOUZA VIEIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A BAIXA ADESÃO TERAPÊUTICA EM
PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Formação de Professores, Campus Cajazeiras, como requisito indispensável para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues

CAJAZEIRAS – PB

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

V658a Vieira, Jessiely Karine de Souza.
Atuação do enfermeiro frente a baixa adesão terapêutica em pacientes hipertensos e diabéticos / Jessiely Karine de Souza Vieira. - Cajazeiras, 2019.
63f.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2019.

1. Diabetes Mellitus - tratamento. 2. Hipertensão Arterial Sistêmica - tratamento. 3. Adesão Terapêutica. 4. Doenças crônicas. 5. Cuidados de Enfermagem. I. Rodrigues, Alba Rejane Gomes de Moura. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616.379-008.64

JESSIELY KARINE DE SOUZA VIEIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A BAIXA ADESÃO TERAPÊUTICA
EM PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Aprovado em: 03/12/19

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Formação de Professores, Campus Cajazeiras, como requisito indispensável para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues.

BANCA EXAMINADORA

Alba Rejane Gomes de M. Rodrigues

Prof. Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues

(Orientadora – UAENF/ CFP/ UFCG)

Roberta de Miranda Henrique Freire

Prof. Dra. Roberta de Miranda Henrique Freire

(Membro - UAENF/ CFP/UFCG)

Rafaela Rolim de Oliveira

Prof. Esp. Rafaela Rolim de Oliveira

(Membro - UAENF/ CFP/UFCG)

“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser o meu guia e por me fazer chegar até aqui, ao meu pai Agnaldo (In Memoriam), a minha avó paterna Sebastiana (In Memoriam) que são minhas fontes de inspiração e a toda minha família que acreditou em mim.”

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me dado o dom da vida, por me permitir chegar até aqui, ele que é responsável por tudo, agradeço por toda força e sabedoria que tem me dado durante todos os momentos difíceis e por me mostrar que sou capaz de alcançar meus objetivos. Sem Ele, eu nada seria.

Aos meus avós paternos, Sebastiana (In Memoriam) e Pedro Bernardo, meu pai Agnaldo (In Memoriam), por todos os esforços para me criar e educar, pelo carinho e afeto familiar que eu sempre precisei, por buscarem sempre o melhor para mim, e por ser orgulharem tanto de mim, tudo por vocês!

Ao meu irmão Jeferson, por ser minha base, pelo companheirismo, por sempre estar ao meu lado, pela preocupação, por acreditar sempre em mim, por todo esforço que fez/faz por mim, por ser minha fonte de renovação, inspiração e amor, por me dar forças para querer seguir sempre em frente!

Á minha tia Zezinha, meu tio Edilberto por me ter como uma filha, por todo amor que me dão, por acreditarem em mim e por tudo que fizeram e fazem por mim, nunca mediram esforços par ver meu crescimento, vocês são essenciais em minha vida!

Á minha prima Carol, por todo companheirismo e todo amor de irmã que me dá, pela confiança, por sempre me incentivar e nunca me deixar desamparar diante as dificuldades, por todo apoio, cuidado e todos os momentos que me ajudou sem pensar duas vezes e por vibrar a cada conquista minha! Aos seus filhos, Allyson, Ana Julia e Pedro Arthur, na qual espero ser fonte de inspiração.

Á minha prima Aline e seu marido Fábio, por confiarem em mim e me dar a oportunidade de vir morar em Cajazeiras, pela moradia, por toda ajuda para ver meu crescimento, por me acolhido como uma filha mais velha, por todo apoio, incentivo e todo carinho, sem vocês isso seria quase impossível! Aos seus filhos Alyce e João Miguel, por todo carinho que tem por mim!

A tia Beta (In Memoriam), Laryssa, Pedro Ruan, Padrinho Railson e Madrinha Netinha por se tornarem minha família, e por tudo que fizeram e fazem por mim, para me ver formada, por todas palavras de incentivo, por todas as vezes que disponibilizaram a moto para eu fazer minhas pesquisas e por inúmeras vezes que me ajudaram sem medir esforços.

Á Pedro Yago, pessoa muito essencial em minha graduação e vida, esteve ao meu lado nos melhores e piores momentos, me ajudou no que foi preciso sem pensar duas

vezes, sempre me apoiou, encorajou e incentivou em todas as minhas decisões, sempre estive disposto, apesar da distância, meu muito obrigada!

Agradeço a minha mãe Rosimeire, minha irmã Gessica, e meus sobrinhos por torcerem por mim, mesmo distantes e por serem um dos motivos que me dar forças para correr atrás dos meus sonhos.

Aos meus amigos de Salgueiro, Ângela, Joao Vitor, Niedja e Ítalo, pela amizade, companheirismo, pelos momentos de descontração, por acreditarem no meu sonho junto comigo, me incentivando e motivando a continuar firme e com alegria na luta pelos meus sonhos.

As minhas primeiras amigas de Cajazeiras Juliana e Aninha, por todo apoio, amizade desde quando cheguei aqui, pelo incentivo, por sempre acreditarem no meu potencial. Á Bernardo que chegou a pouco tempo e quando na barriga da sua mãe ainda me deu força para não desistir! Aos meus amigos de Ensino Médio, César e Caio por manter a amizade desde sempre, pelo apoio, pelas palavras amigas, pela proximidade nessa reta final, proporcionando vários momentos de risos e descontrações.

Á todas minhas amigas de universidade e da minha turma 2015.2, em especial Clarice, que sempre estive comigo, nos momentos de tristezas, angustias, desesperos e alegrias, sempre me motivando para seguir em frente, obrigada por todo companheirismo e amizade.

Ás minhas colegas de apartamento, Mayara, Edna e Sabrina, pelo companheirismo, por todos os momentos que me proporcionaram, por confiarem em mim e me entender nos momentos difíceis, passar um tempo com vocês me fez ver o mundo de outra forma, mais bonito!

Á minha querida Orientadora, Prof. Dr. Alba Rejane. Por ser uma professora e ser humano admirável, por aceitar e encarar comigo nesse momento tão importante, por ter compartilhado seus amplos conhecimentos comigo. Fica aqui a minha gratidão por todo apoio, paciência e amizade.

Á todos os professores que contribuíram para minha formação. Muito obrigada! Aos enfermeiros que aceitaram fazer a pesquisa.

E por fim, agradeço a todos os docentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem e tantos outros profissionais que colaboraram na minha formação profissional. Muito obrigada por todos os conhecimentos compartilhados.

Muito obrigada a todos!

“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso, mas sim, o que ele se torna com isso.” (John Ruskin)

VIEIRA, J. K. S. **Atuação do enfermeiro frente a baixa adesão terapêutica em pacientes hipertensos e diabéticos.** 2019, 63 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso em Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, 2019.

RESUMO

A baixa adesão terapêutica em paciente portadores de doenças crônicas não transmissíveis ainda é um grande problema para saúde pública, principalmente no tocante a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus, que correspondem a causa de mortes no Brasil. O enfermeiro da atenção básica de saúde, por estar ligado diretamente a estes usuários tem um papel fundamental no controle da condição crônica do paciente. Objetivou-se analisar como os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Cajazeiras-PB atuam frente a baixa adesão ao tratamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por 12 enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde do Município de Cajazeiras, Paraíba nos meses de agosto/setembro, mediante uma entrevista semiestruturada. Os resultados foram divididos em dois momentos, inicialmente foram agrupados os dados sócio demográficos, e posteriormente foram elencados por categorias e analisados à luz da Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução Nº 466/12, garantindo às participantes a preservação dos dados colhidos, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer nº 3.525.017. A idade dos enfermeiros participantes variou de 24 a 45 anos, o gênero feminino foi predominante, tinham um tempo de formação de 1 a 5 anos e atuavam na unidade de trabalho variando de 4 meses a 2 anos, a maioria possuía especialização em Saúde da Família. A análise qualitativa foi elencada em 4 categorias. Os resultados evidenciaram que nas unidades básicas da cidade existe déficit de baixa adesão, os enfermeiros conseguem identificar este problema junto ao paciente, identificando os fatores desencadeantes, o conhecimento dos profissionais acerca da temática, em sua maioria mostrou-se inconsistente. O problema de baixa adesão foi evidenciado, porém os enfermeiros utilizam estratégias para enfrentamento do problema e a atuação deste profissional na resolutividade e/ou minimização tendo em vista o papel de educador, mobilizador. As ações educativas tiveram impacto como estratégia para enfrentamento ao problema. Sendo assim, o cuidado continuado desses usuários crônicos é de fundamental importância para o controle das doenças, por vez, a adesão ao tratamento desses usuários ainda é um dos desafios das equipes de Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Adesão Terapêutica; Tratamento, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Low therapeutic adherence in patients with chronic noncommunicable diseases is still a major problem for public health, especially with regard to Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus, which correspond to the cause of deaths in Brazil. The nurse of primary health care, because it is directly linked to these users has a fundamental role in controlling the chronic condition of the patient. The objective of this study was to analyze how nurses from the Basic Health Units of the city of Cajazeiras-PB act in the face of low adherence to the treatment of patients with Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. This is a descriptive, exploratory, qualitative ly-approach study. The sample consisted of 12 nurses from the Basic Health Units of the municipality of Cajazeiras, Paraíba in August/September, through a semi-structured interview. The results were divided into two moments, the demographic socio-demographic data were initially grouped, and were later listed by categories and analyzed in the light of Bardin's Content Analysis. The research followed all recommendations of Resolution No. 466/12, ensuring participants the preservation of the collected data, approved by the Research Ethics Committee with opinion no. 3,525,017. The age of the participating nurses ranged from 24 to 45 years, the female gender was predominant, had a training time of 1 to 5 years and worked in the unit of work ranging from 4 months to 2 years, most had specialization in Family Health. Qualitative analysis was put into 4 categories. The results showed that in the basic units of the city there is a deficit of low adherence, nurses can identify this problem with the patient, identifying the triggering factors, the knowledge of professionals about the theme, mostly proved inconsistent. The problem of low adherence was evidenced, but nurses use strategies to cope with the problem and the performance of this professional in the resolution and/or minimization in view of the role of educator, mobilizer. Educational actions had an impact as a strategy to address the problem. Thus, the continued care of these chronic users is of fundamental importance for the control of diseases, at a time, adherence to the treatment of these users is still one of the challenges of primary health care teams.

Keywords: Therapeutic Adherence; Treatment, Hypertension, Diabetes Mellitus, Nursing Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de dados pelas variáveis: Género, Idade, Tempo de formação e tempo de trabalho na UBS	29
---	----

LISTA DE SIGLAS

AB- ATENÇÃO BÁSICA

ACS- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

CEP- COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

DC- DOENÇA CRÔNICA

DM- DIABETES MELLITUS

ESF- ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

HA- HIPERTENSAO ARTERIAL

HAS- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

NASF- NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

PA- PRESSÃO ARTERIAL

PAD- PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA

PAS- PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA

PNH- POLÍ'TICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	17
2.1. Objetivo geral.....	17
2.2. Objetivos específicos	17
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
3.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA X DIABETES MELLITUS.....	18
3.2 PAPEL DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO AO PACIENTE PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS	20
3.3. BAIXA ADESÃO TERAPÊUTICA COMO UM PROBLEMA SOCIAL	22
3.4 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA BAIXA ADESÃO TERAPÊUTICA .	23
4. METODOLOGIA.....	25
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	25
4.2. LOCAL DO ESTUDO	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
4.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	26
4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	26
4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES..	29
5.2. ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS	30
5.2.1. DELINEAMENTO DAS CATEGORIAS.....	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	56
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	56
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA	58
ANEXOS	59
ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA	59
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.....	60
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	61

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou a atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, que, passou a ser um direito de todos os brasileiros, como também na assistência com qualidade de vida, desde a gestação até o resto da vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL,2000).

Vale ressaltar que contribuindo como ponto essencial na organização desse sistema, destaca-se a Atenção Básica (AB) ou atenção primária a saúde, é considerada como a principal porta de entrada para quem busca um serviço de saúde, contribuindo como ponto essencial na organização do SUS, sendo caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. O trabalho de uma equipe multidisciplinar na atenção básica é de fundamental importância, tendo em vista que esta não é voltada apenas para tratamento e reabilitação, mas também para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos (BRASIL, 2012).

Dessa forma, as ações da AB deve valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde, reconhecer a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS, os quais compreende a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade. Estas ações de ABS devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, respeitando-o sua vivência e seus valores. Desse modo, as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e a redução de danos ou sofrimentos devem basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir maior autonomia possível para sua efetivação (FARIA, 2010).

A AB busca garantir o acesso da população ao serviço de saúde, para assegurar a execução das ações de atenção básica pelas equipes, visando minimamente à continuidade de pré-natal, puericultura e cuidado continuado de usuários com condições crônicas dentro dos padrões mínimos recomendados.

As doenças crônicas (DC) constituem problema de saúde de grande intensidade, correspondendo a uma grande causa de mortes no Brasil, sendo assim, o cuidado continuado de usuários com condições crônicas é de fundamental importância para o controle das doenças,

sendo ainda um dos desafios das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), visto que são condições multifatoriais, com determinantes biológicos e socioculturais e com aumento proporcional do envelhecimento (TAVARES, 2013).

As DC compreendem em conjunto condições crônicas que persistem por um longo período e por muitas vezes a vida toda, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) uma das mais frequentes na população brasileira, mais comumente em idosos, porém, o número em adultos vem crescendo consideravelmente. Estas por serem consideradas doenças que acompanham o indivíduo durante toda sua vida, pode apresentar de forma assintomática, onde a pessoa consegue levar sua vida tranquilamente, mas também pode apresentar períodos de agudização, dessa forma, o paciente deve ter um tratamento correto, tanto medicamentoso como não medicamentoso, para evitar que estes momentos aconteça, sendo assim, enfatiza a importância do tratamento continuado que é oferecido na AB para garantir uma boa adesão terapêutica (BRASIL, 2013).

Um dos maiores desafios no combate à HAS e DM, de acordo com estudos, ainda se deve à não adesão ao tratamento. A adesão, segundo Leite e Vasconcelos (2003), corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. A adesão terapêutica pode ser farmacológica ou não farmacológica, sendo a primeira realizada por meio de medicamento, enquanto que a não farmacológica consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida da pessoa; A associação das duas, promove melhoras para a vida do paciente e assim, diminui a morbidade e mortalidade por DC.

Porém, no país ainda há uma grande dificuldade na adesão terapêutica, como mostra estudos, o que significa o abandono do uso dos medicamentos sem orientação médica ou a execução de forma irregular do tratamento, seja na prática de atrasar a tomada do medicamento ou de realizar pequenas interrupções da terapêutica prescrita (GEWEHR, *et al.* 2018). Existem vários fatores contribuintes para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, grande número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a falta de conhecimento acerca de sua cronicidade (BORGES, 2014).

Os profissionais de saúde e especialmente os enfermeiros atuante na AB, estão diretamente ligado a estes pacientes, dessa forma, deve-se então, se interagir e buscar parcerias com os mesmo afim de identificar os fatores da falta de adesão ao tratamento e assim desenvolver

estratégias que busquem garantir uma boa adesão terapêutica no tratamento destes e assim manter o controle da condição crônica do paciente.

Nesse contexto, a escolha da temática se deu através da percepção de uma fragilidade na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico em pacientes portadores de HAS e DM de uma Unidade Básica de Saúde, da cidade de Cajazeiras-PB, durante o estágio supervisionado. Sendo considerado interessante investigar como os profissionais percebem essa realidade e como agem diante desta situação, pois, desta forma, o estudo pode contribuir tanto para a mudança desta realidade e de outras unidades básicas, através da reflexão e no aumento do número de pesquisas relacionada a temática, pois encontra-se muito conteúdo acerca da baixa adesão e pouca resolutividade para este problema. Nesta perspectiva surgiu um questionamento “Como os profissionais de enfermagem da Atenção Básica atuam diante a baixa adesão ao tratamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus?

A pesquisa poderá torna-se relevante para os participantes , acadêmicos, profissionais de saúde , pois os resultados poderão contribuir para um novo olhar diante desta problemática, uma vez que a demanda dos profissionais de enfermagem na atenção básica é considerada elevada, o problema da baixa adesão passa despercebido, e não tendo uma ação voltada para esta realidade, possivelmente ocasionará um aumento no número de casos, e, conseqüentemente, uma piora nas condições clínicas do paciente, justificando a escolha pelo tema proposto.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Analisar como os enfermeiros das Unidade Básicas de Saúde da cidade de Cajazeiras-PB atuam frente a baixa adesão ao tratamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever o conhecimento dos enfermeiros acerca da baixa adesão terapêutica.
- Identificar os fatores associados a baixa adesão terapêutica nos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis das UBS;
- Apresentar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros diante da baixa adesão terapêutica nas UBS.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA X DIABETES MELLITUS

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) se configuram como as principais doenças crônicas não transmissíveis e constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, por isso são caracterizadas como um problema grave de saúde pública mundial devido sua alta incidência (ARAÚJO, 2016).

A hipertensão arterial sistêmica, é uma das que mais acomete indivíduos do país. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. Sendo que continua crescendo cada vez mais, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças, adolescentes e jovens também sejam portadoras. Ela é responsável 40% das mortes por acidente vascular encefálico, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Por se tratar de uma doença crônica, conhecida como “assassina silenciosa”, pois, na maioria das vezes, não apresenta sintomas, o que dificulta seu diagnóstico e a adesão ao tratamento (BRASIL, 2006).

Define-se HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), com uma linha demarcatória que considera valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou de Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg validados por medidas repetidas, em pelo menos três vezes, em indivíduos adultos e sem uso de anti-hipertensivo. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas (BRASIL, 2013a).

Existe vários fatores desencadeantes da hipertensão arterial que estão intimamente relacionados aos fatores de risco constitucionais: idade, sexo, antecedentes familiares, raça/cor; e aos ambientais: sobrepeso/obesidade, estresse, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gordura, diabetes, dentre outros (SILVA, 2011).

O tratamento medicamentoso para a HAS deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular, são utilizados diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-

alvo, história familiar, idade e gravidez. Onde, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2013a).

No caso do Diabetes Mellitus (DM), a prevalência é em torno de 7,6% e calcula-se que em 2025 possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no Brasil, representando um aumento de mais de 100% em relação aos cinco milhões existentes em 2000 (BRASIL, 2001).

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 1999). É considerada uma doença que se instala de forma silenciosa provocando muitas complicações para o organismo, ocasionando sintomas bem comum, como: sede excessiva, fome exagerada, boca seca, vontade frequente de urinar e perda de peso (SBD, 2015).

O Diabetes Mellitus é usualmente diagnosticado baseado na glicemia em jejum maior ou igual a 126mg/dl, associado a uma glicemia pós prandial ou teste oral de tolerância à glicose com 75g de dextrosol maior que 200mg/dl ou uma glicemia aleatória maior ou igual a 200 com sintomas clássicos de hiperglicemia (BRASIL, 2013). Pode ser classificado em quatro subclasses: (a) o tipo 1, causado por destruição de células pancreáticas e deficiência de produção de insulina; (b) o tipo 2, caracterizado por resistência à insulina e deficiência relativa de produção de insulina, ocorrendo geralmente em pessoas com mais de 30 anos; (c) tipos associados a doenças ou síndromes específicas; (d) diabetes gestacional (SHERWIN, 2000).

O tratamento do DM tipo 1, exige sempre a administração de insulina, onde deve ser prescrita em esquema intensivo, de três a quatro doses de insulina/ dia, divididas em insulina basal e insulina prandial, onde as doses são ajustadas de acordo com as glicemias capilares, realizadas ao menos duas vezes ao dia. O DM tipo 2, que acomete a grande maioria dos indivíduos com diabetes, em geral complementado com antidiabético oral e, eventualmente, uma ou duas doses de insulina basal, conforme a evolução da doença (BRASIL, 2013c).

O tratamento não medicamentoso é atribuído para a HAS e DM onde envolve mudanças no estilo de vida (MEV), que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida, entre as MEV está a adoção de hábitos saudáveis, como alimentação, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física, controle do peso e abandono do tabagismo (BRASIL, 2013b).

O cuidado da pessoa com HAS e DM deve ser multiprofissional, com objetivo de manter os níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade

reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013b). Dessa forma, um dos programas proposto pelo governo para acompanhamento e controle da HAS e DM na unidade básica de saúde é o Hiperdia, que constitui o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, foi criado em 2002, pelo Ministério da Saúde. A equipe de enfermagem desempenha um importante papel na assistência aos usuários hipertensos ou diabéticos cadastrados no Hiperdia (BRASIL, 2004).

Dessa forma, considera que o diagnóstico precoce, tratamento e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus são elementos essenciais para a redução dos seus agravos; mudar o estilo de vida torna-se imprescindível para o controle dessas doenças. Manter uma alimentação saudável e praticar atividade física regularmente, agregadas - ou não - a tratamento medicamentoso, são exemplos de práticas que atuam no controle e terapêutica. Investimentos em diagnóstico precoce, manutenção da adesão ao tratamento designado e acesso à assistência de qualidade são medidas efetivas em saúde pública (BRASIL, 2014).

3.2 PAPEL DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO AO PACIENTE PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

Os usuários portadores de HAS e DM apresentam grandes dificuldades na adesão ao tratamento, pois, muitas vezes o tratamento exige restrições em seus hábitos, gerando um sentimento de impotência ao não verem de imediato os resultados após a adoção de um estilo de vida saudável. Devido a isso, foi lançado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) a Política Nacional de Humanização (PNH) que traduz os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para os diferentes sujeitos do sistema, realizando trocas solidárias entre sistema e usuários, bem como disponibilizando ações humanizadoras. A política se dá pela troca de conhecimento, observação das necessidades, interação harmoniosa entre esferas de governo, trabalho multidisciplinar e pelo resgate dos princípios do SUS. A forma como o usuário é acolhido pode gerar boa interação ou conflitos e a falta de acolhimento humanizado poderá interferir no processo de cuidado (CURIOLLETTI, 2018).

Dessa forma, a equipe de Saúde da Família, tem um papel fundamental no manejo do DM e da HA, ao fazer o levantamento dos usuários resistentes e propor medidas preventivas, de controle e tratamento, contribuindo assim de forma eficaz na adesão ao tratamento.

Com base nisso, destaca que o enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, assume a corresponsabilidade das ações do cuidado para a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos dessas doenças, por meio do conhecimento científico e de seu papel de educador, ele tem a possibilidade de auxiliar e incentivar o portador ao tratamento correto, melhorando assim, sua qualidade de vida. O enfermeiro, pode atuar ampliando a consciência crítica dos indivíduos, famílias e comunidade para a aquisição do poder de escolhas saudáveis de vida. A sua prática é voltada para realização de propostas educacionais de transformações sociais, visando à diminuição dos riscos potenciais de atitudes e ações inadequadas para a condução controle da HAS e DM. Assim, o este profissional detém competências e habilidades para atuar visando à educação em saúde desse grupo específico mediante todos os fatores que possam contribuir para a não adesão ao tratamento da HAS e DM (COSTA, 2014).

Nesse sentido, compete aos enfermeiros realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames e realizar transcrição da prescrição de medicações, de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas, desenvolver estratégias de educação em saúde e fazer encaminhamentos quando necessário e eliminar os fatores de riscos modificáveis, da HAS e DM, tais como: tabagismo, uso de álcool, alimentação inadequada, entre outros (BRASIL, 2013).

A atenção básica por ser uma estratégia que está mais próxima a comunidade, os profissionais destas unidades devem atuar de forma acolhedora e manter uma boa relação com os usuários, para que a busca pelo serviço de saúde e a continuidade ao tratamento seja eficaz. Dessa forma, os enfermeiros por manter maior proximidade quando comparada a outros profissionais, têm a possibilidade de criar um vínculo de confiança com o usuário, família e comunidade, tornando fundamental no planejamento e execução de estratégias de saúde direcionadas à recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (PONTES *et al.*, 2008; BRASIL, 2013).

É durante as consultas de enfermagem que o profissional vai olhar de forma individualizada para cada paciente, e não atuar de forma mecanicista, avaliando as condições socioeconômicas do usuário e assim desenvolver atividades educativas conforme suas necessidades, a fim de estimular o indivíduo para o autocuidado. Outra forma de atendimento a estes pacientes é o estimular sua participação ao programa Hiperdia, que é um programa oferecido para os pacientes portadores de hipertensão e diabetes, pela atenção básica de saúde, neste programa o enfermeiro pode acompanhar a situação destes indivíduos de forma individual e coletiva e incentivá-los para um estilo de vida saudável (SILVA, 2015).

Com base nisso, ressalta a importância do vínculo enfermeiro/paciente e das consultas de enfermagem, onde o enfermeiro deve realizar atividades educativas que possam contribuir para melhorar a adesão ao tratamento, uma vez que esta é considerada uma das maiores dificuldades para o controle da HA e do DM.

3.3. BAIXA ADESÃO TERAPÊUTICA COMO UM PROBLEMA SOCIAL

A adesão ao regime terapêutico, a adesão terapêutica, ou ainda, a adesão ao tratamento são várias formas de nomear a mesma entidade e estão presentes quando o comportamento de uma pessoa, na tomada do medicamento, no cumprimento de uma dieta e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde visando a melhora da saúde via redução dos sinais e sintomas da doença (RAMOS; CARVALHO; SILVA, 2015).

Já a baixa adesão ao tratamento é caracterizada quando não há mudança no estilo de vida ou quando há abandono ou uso incorreto de medicamentos, podendo afetar as condições do indivíduo, reduzindo benefícios dos medicamentos, e conseqüentemente, conduzindo a aumento desnecessário das dosagens ou utilização de fármacos mais potentes, aumentando os cuidados com a saúde e a diminuição da qualidade de vida dos doentes, além de exigir comportamentos complexos que devem ser integrados na rotina diária do portador da doença crônica (FARIAS, 2016).

A falta de adesão ao tratamento pelo paciente sendo considerada como um problema de saúde pública, e apresenta alta prevalência, não apenas nos países subdesenvolvidos, mas também nos desenvolvidos, ela tem sido denominada de “epidemia invisível”, variando de 15 a 93% para portadores de doenças crônicas, com média estimada de 50%, dependendo do método empregado para a medida (BRASIL, 2016). Esta desenvolve inúmeras conseqüências, relacionada à ocorrência de eventos adversos e falha terapêutica, além do desperdício de recursos e o aumento de hospitalização por não adesão (SOUZA, 2013).

O acompanhamento e o controle no tratamento de doenças crônicas é de suma importância para avaliar a adesão ao tratamento do indivíduo. Sendo considerada uma ferramenta fundamental para o gerenciamento de doenças crônicas. Os benefícios da adesão ao tratamento se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países (OMS, 2003).

Estudos apontam que grande parcela dos pacientes hipertensos e diabéticos não faz o tratamento de maneira correta, e que a falta de recursos necessários é considerada como uma das principais causas relacionadas a esta problemática (FERREIRA, 2019). O grau de não adesão aos tratamentos de Doenças Crônicas varia de 25 a 50%. A não adesão ao tratamento medicamentoso nas DCs é considerada um fenômeno complexo e multideterminado, associado a baixos níveis socioeconômicos, prescrição de esquemas terapêuticos complexos e insatisfação com o serviço de saúde ou falta de conhecimento acerca da patologia, que, são fatores que prevalecem na população com HAS e DM (ANDRADE, 2014). Estas condições de saúde exigem muito cuidado e a não adesão aos tratamentos nesse sentido levam a um pior prognóstico do paciente, maiores consequências dos descontroles da condição de saúde, eventos adversos mais graves, assim como maiores gastos para o paciente e para o sistema (BRASIL, 2016).

Em estudo para identificar os fatores que contribuem para baixa adesão ao tratamento de pacientes portadores de doenças crônicas, Gusmão (2006) verificou uma rede complexa de questões que englobaram desde aspectos relacionados ao medo e à imagem negativa referida pelos pacientes dos medicamentos, até à falta de esclarecimento sobre a doença e à insatisfação devido às poucas explicações dadas pelos profissionais de saúde, assim como à pouca interação entre profissionais e paciente.

Por ser considerado um problema de Saúde Pública, compete aos serviços de saúde ter maior interação com o usuário e desenvolver estratégias que vise melhorar a situação da baixa adesão ao tratamento dos portadores de doenças crônicas, a fim de diminuir as consequências deste problema e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

3.4 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA BAIXA ADESÃO TERAPÊUTICA

A atenção voltada para pacientes portadores de HAS e Diabetes Mellitus requer uma abordagem multiprofissional, com objetivo de promover saúde para os mesmos. Esse papel está ligado ao processo de educação em saúde, utilizando estratégias que aproximem os portadores da HAS e DM aos serviços de saúde e à adesão ao tratamento, implementando a comunicação equipe-paciente e motivando-os para o autocuidado, pois, considera que, para uma maior adesão terapêutica, é necessária a criação de relações de confiança entre o usuário e os profissionais de saúde (COSTA, 2014).

Para que os profissionais de saúde atuem de maneira mais eficaz, propondo e implementando ações que atendam às reais necessidades dessa população, é necessário

primeiramente identificar os pacientes que não aderem ao tratamento, bem como suas características e os motivos pelos quais isso ocorre (ANDRADE, 2014)

Uma das estratégias utilizadas para a adesão ao tratamento, é a educação em saúde, que segundo o Ministério da saúde (2006), consiste em um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e práticas que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

Na atenção à saúde de pacientes portadores de HAS e DM a educação em saúde pode ser voltada para alimentação, pratica de exercícios físicos, esclarecimento sobre o processo patológicos, uso adequado do medicamento e entre outros, através de metodologias ativas e estratégias lúdicas, para o esclarecimento de termos científicos e assuntos de difícil compreensão, como também o acompanhamento diário destes indivíduos por um agente comunitário de saúde (ACS) (BRASIL, 2013b).

Outras estratégias como as intervenções do tipo sistema de lembrete de medicação diária, na forma de mensagens de texto, chamadas telefônicas e dispositivos audiovisuais, podem resolver problemas de esquecimento de utilização do medicamento e a utilização de desenhos para pessoas não alfabetizadas. Esta tecnologia está cada vez mais sendo utilizada como uma ferramenta para melhorar a adesão ao tratamento em outras condições crônicas, tais como diabetes e hipertensão (TRAN *et al.*, 2014).

Transmitir informações quanto as consequências que a baixa adesão traz para a saúde do indivíduo, também é uma forma de estratégia, pois isto lhes permitirá a escolha para a tomada de decisão quanto à adesão ou não das orientações (MIYAR; ZANETTI; DAGUANO, 2008).

As estratégias educativas devem atender às necessidades individuais e familiares para maior adesão ao tratamento não medicamentoso e ao medicamentoso. O enfermeiro e a equipe de saúde pode contribuir de forma significativa para a melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida do portador de HAS e DM por meio destas estratégias (COSTA, 2014).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva é um tipo de estudo que requer do investigador uma sequência de informações sobre o que pretende pesquisar. Este estudo pretende descrever melhor os comportamentos, os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 2009). Já o estudo exploratório Este tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito ou a construir hipóteses (GERHARDT E SILVEIRA, 2009).

Segundo Gerhardt (2009), a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de pessoas, grupos sociais, organização, entre outros, essa pesquisa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

Glazier & Powell (2011, p.238), afirma que:

Os dados qualitativos são: descrições detalhadas de fenômenos, comportamentos; citações diretas de pessoas sobre suas experiências; trechos de documentos, registros, correspondências; gravações ou transcrições de entrevistas e discursos; dados com maior riqueza de detalhes e profundidade e interações entre indivíduos, grupos e organizações.

4.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde pertencentes a zona urbana do Município de Cajazeiras. A cidade está localizada no Sertão Paraibano, Região Nordeste do país, apresentando uma distância de aproximadamente 488 km da capital do estado, João Pessoa. De acordo com o IBGE, ocupa uma área territorial de 565,899 km², e sua população estimada em 2018, era de 61.776 habitantes (IBGE, 2019).

O local escolhido permeia-se pela necessidade de conhecer a realidade das Unidades Básicas de Saúde da cidade frente a adesão ao tratamento dos portadores de doenças crônicas, tendo em vista que a AB é a porta de entrada para quem busca os serviços de saúde e se preocupa com a promoção e prevenção, necessitando assim, de maior cuidado e atenção para com a comunidade.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população, segundo Prodanov (2013), é considerada como a totalidade de indivíduos que possuem características em comuns para um determinado estudo, e já a amostra, é uma parte da população, que por sua vez, é selecionada de acordo com uma regra ou um plano e que ontêm uma característica especial para o estudo realizado.

A população do presente estudo foi constituída por todos os enfermeiros e enfermeiras, compondo no total de 25 enfermeiros que atuam nas UBS da cidade de Cajazeiras, Paraíba. A amostra foi composta por 12 profissionais que atuam nas UBS, que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: Enfermeiros e enfermeiras que atuam nas Unidades Básicas de Saúde que estão situadas na zona urbana do município e que concorde em participar voluntariamente da pesquisa. Os demais não se adequaram aos critérios de inclusão explicitados acima.

Foram excluídos os enfermeiros ou enfermeiras que não se encontrarem presentes no momento da coleta de dados; e que não for possível entrar em contato, após duas tentativas.

4.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado foi um questionário semiestruturado, com perguntas objetivas e subjetivas e questões norteadora através de uma entrevista. A entrevista permite um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto (LAKATOS; MARCONI, 1991).

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFIP, nas Unidades Básicas de Saúde de atuação dos enfermeiros participantes, em uma sala reservada disponibilizada pelo entrevistado, apresentando os objetivos do estudo, relevância, justificativa e outros, apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A) e posteriormente na aplicação do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B) contemplando as questões referentes aos aspectos norteadores que conduziram as entrevistas, que foram gravadas por meio de um aparelho eletrônico, com a permissão do participante.

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

“A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais

amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos” (GIL, 1999, P. 168)

Os dados foram consolidados e analisados através de estatística descritiva simples, para os dados quantitativos, já os qualitativos utilizamos a Análise de Conteúdo na Perspectiva de Bardin.

Essa análise de conteúdo é realizada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. A pré-análise, é considerada a primeira fase, ela consiste em uma fase de organização, onde envolve uma leitura “flutuante”, ou seja, é o primeiro contato com os dados que serão submetidos à análise. A segunda fase, exploração do material, consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro, a exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. A terceira corresponde ao tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação, onde o pesquisador procurara torná-los significativos e válidos, nela ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica, esta interpretação deverá ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido (BARDIN, 2011).

4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

As pesquisas exigem do pesquisador, ética em sua execução, conseqüentemente este estudo respeita a natureza humana seguindo as orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, considerando todas as condições de liberdade do indivíduo, equidade, sem caráter perverso e imparcial, dentre as outras condições explícitas (BRASIL, 2012).

Para garantir que a pesquisa seguia as orientações da resolução 466/ 2012, foi realizado um Termo de Compromisso dos Responsáveis (ANEXO B), e assinalado pelos pesquisadores, e para que a pesquisa pudesse ser realizada nas UBS, foi enviada a solicitação da carta de anuência na Rede Escola (ANEXO A). Após a liberação, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da UNIFIP -Centro Universitário de Patos, localizado na Rua Horácio Nóbrega S/N – Belo Horizonte, Patos-PB, CEP 58.704-000 e aprovado pelo mesmo com o parecer de nº 3.525.017 (ANEXO C).

Posteriormente a aprovação do CEP, a pesquisadora esclareceu as participantes os benefícios e desvantagens em participar de uma pesquisa, que o estudo em questão irá contribuir cientificamente para possíveis melhorias na saúde da população. Cabe ao pesquisador garantir ao participante que em todo o momento ocorrerá o sigilo, caso alguém almeje desistir de participar da pesquisa, poderá desistir em qualquer momento que desejar, após a explicação do projeto o pesquisador distribuiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo assim incluso na pesquisas os enfermeiros que assinaram os termos, os termos foram distribuídos em duas cópias, ficando uma com a participante da pesquisa e a outra com o pesquisador.

Os participantes foram identificadas com a letra “E” com finalidade de preservar a identidade dos mesmos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo foram divididos em dois aspectos: Inicialmente foram agrupados os dados sócio demográficos dos participantes, em seguida foi realizada a abordagem qualitativa elencada por categorias de acordo com a análise de conteúdo de Bardin.

5.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com 12 enfermeiros atuantes na rede de Atenção Básica de Saúde. Na Tabela 1, observa-se a distribuição de dados pelas variáveis: Gênero, Idade, Tempo de formação e tempo de trabalho na UBS na qual está atualmente.

Tabela 1- Distribuição de dados pelas variáveis: Género, Idade, Tempo de formação e tempo de trabalho na UBS

Variáveis	F*	%
Gênero		
Feminino	9	75
Masculino	3	25
Idade		
24-29 anos	3	25
30-39 anos	8	66,6
>40 anos	1	8,3
Tempo de formação		
1-5 anos	5	41,6
6-10 anos	4	33,6
>11 anos	3	25
Tempo de trabalho na UBS**		
4 meses a 2 anos	6	50
2-3 anos	1	8,3
3-5 anos	5	41,6
Total	12	100%

Fonte própria pesquisa, 2019

*F corresponde ao número de enfermeiros entrevistados

** Tempo de atuação na UBS na qual trabalha atualmente na qual foi feito a entrevista.

De acordo com a tabela 1 houve predominância do gênero o feminino (75%), corroborando com vários autores que evidenciam a profissão de enfermagem com um contingente elevado de mulheres, segundo Splendor (2003) ressalta que a maior prevalência de mulheres na área de enfermagem se dar devido os fatos históricos onde a mulher desempenhava papel de cuidadoras, e o cuidado e considerado como o papel fundamental da enfermagem. Em estudo feito por Garcia (2013), as mulheres sentem mais satisfeitas no trabalho quando comparadas ao gênero masculino, fator que contribui para a maior prevalência de mulheres nas UBSs.

No que diz respeito a idade dos participantes variou entre 24 a 49 anos, tendo maior prevalência na faixa dos 30 a 39 anos (66,6%), estudos apontam que profissionais mais jovens são mais satisfeitos com seu trabalho, quando comparados aos de idade superior relacionado à organização do serviço, visto que os mais jovens possui um desejo maior no que se refere a criar novas estratégias que venham a beneficiar a população (GARCIA, 2013).

Em relação ao tempo de formação profissional dos enfermeiros atuantes nas unidades pode ser observado que existe uma variação de 1 a 25 anos, com maior prevalência entre e 5 anos (41,6%). Estudos demonstram que profissionais com pouco tempo de formação, possui um nível menor de experiência comparado àqueles que têm maior tempo de formação atrelado a cursos de qualificações. Ressaltado a importância de qualificação e atualização constante (TREVISAN *et al.*, 2013).

O tempo de serviço na UBS variou de 4 meses a 5 anos, sendo que metade dos participantes possuem o tempo de atuação entre 4 meses e 2 anos (50%) área da ESF. Quanto a possuírem especialização os participantes tem formação de pós graduação na área de saúde da família, a maioria deles já concluíram e os demais estão cursando.

5.2. ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

A análise dos dados deste estudo foi realizada por meio do método de Análise de Conteúdo na Perspectiva de Bardin.

A análise de conteúdo segundo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47).

5.2.1. DELINEAMENTO DAS CATEGORIAS

Após uma leitura construtiva e exaustiva da transcrição das entrevistas realizadas, considerando a questão norteadora, emergiram 4 categorias sendo:

Categoria 1: Percepção dos profissionais acerca da baixa adesão terapêutica na HAS e DM;

Categoria 2: Fatores que influenciam na baixa adesão terapêutica da população hipertensa e diabética;

Categoria 3: Identificando o problema de baixa adesão terapêutica nas unidades básicas da cidade de Cajazeiras;

Categoria 4: Estratégias de enfrentamento ao problema.

CATEGORIA 1: Percepção dos profissionais acerca da baixa adesão terapêutica na HAS e DM

Essa categoria tem por objetivo falar sobre o conhecimento dos enfermeiros da Atenção Básica acerca da baixa adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa.

Os conceitos sobre baixa adesão terapêutica encontrados na literatura são variáveis, no entanto geralmente referem-se ao uso incorreto da utilização dos medicamentos prescritos e outros procedimentos relacionados a doses, horários e frequência. Quando questionadas sobre o que eles entendiam a baixa adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, alguns demonstraram objetividade em suas respostas, outros demonstraram conhecimento vago acerca da conceituação sobre o tema. Como expressam os depoimentos:

“A baixa adesão medicamentosa seria a parte do comprimido, insulina e anti-hipertensivos... eles não dão continuidade ao tratamento... e a terapia não medicamentosa seria a questão da dieta, a atividade física, tem coisas que a gente ver muito, e a gente compreendem que não é fácil manter esses hábitos saudáveis regulares, e algum deles por ter outras comorbidades, seja problema nos ossos ou outras, deixam de fazer exercícios físicos.” (E3).

“Baixa adesão medicamentosa é quando o usuário deixa de tomar a medicação ou diminui o uso. E a baixa adesão não medicamentosa é na questão da prática de exercício físico, alimentação, essas coisas, onde os usuários não aderem bem” (E9).

“A baixa adesão terapêutica é quando ocorre uma diminuição no uso dos medicamentos, ou até mesmo o abandono. E a não medicamentosa eu digo que é a dificuldade de mudança do estilo de vida, no caso da prática de exercícios e na questão da alimentação.” (E10).

A medicamentosa, a baixa adesão seria o fato dele não fazer o uso ou o não fazer o uso nas doses corretas, no horário correto... A não medicamentosa está relacionados aos hábitos de vida, alimentação, exercícios físicos. “(E11)”.

A fala dos enfermeiros citadas acima demonstram uma definição objetiva de baixa adesão medicamentosa e não medicamentosa, que corroborando com a definição de Arruda (2015), onde fala que a adesão ao tratamento medicamentoso seria a utilização, em pelo menos 80%, do total dos medicamentos prescritos e o uso incorreto desses medicamentos, a subutilização ou não utilização total dos fármacos prescritos são formas de não adesão ao tratamento medicamentoso. E a adesão não-medicamentosa seria a mudança no estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial e índice glicêmico no sangue, tais como práticas de exercícios físicos e alimentação saudável, entre outros, e a baixa adesão não medicamentosa seria uma falha nessa terapêutica, quando o paciente adota o um estilo de vida saudável (OLIVEIRA, 2011).

Nota-se a partir dos diálogos de uma parte dos enfermeiros entrevistados que seu entendimento acerca da temática foi de encontro com a literatura, enquanto outros não diferenciaram a medicamentosa da não medicamentosa, definindo o problema de baixa adesão como um problema geral, com mostra as falas abaixo. Que vai de acordo com o Projeto de Adesão da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define adesão como o grau de correspondência e concordância do paciente com as recomendações do médico ou de outro profissional da saúde no que se refere à ingestão de medicamentos, seguimento da dieta e mudanças nos hábitos de vida (GUSMÃO, 2006).

“Não querer tomar a medicação e não ter os cuidados necessários na alimentação...” (E1).

“É o uso ou não do medicamento.” (E4).

“Seria o uso irregular desfavorável, não uso ou abandono ao tratamento.” (E7).

Os demais enfermeiros, em minoria, relacionaram o problema de baixa adesão com a dificuldade do paciente em buscar os serviços de saúde, a não aceitação da doença ou do uso dos medicamentos e até mesmo como uma falta de conscientização.

“A baixa adesão eu entendo que mesmo que o paciente venha com uma prescrição ou orientação correta, ele não está comparecendo a unidade como deve para as avaliações e quando comparece não está atingindo o objetivo, que seria a manutenção do controle terapêutico ou a qualidade de vida.” (E2).

“Quando eles não aceitam o problema que eles tem e acham que a HAS e DM não causam problemas graves e não trazem sequelas pra vida deles.” (E5).

“Pessoas que não aceitam tomar a medicação corretamente.” (E6).

“A gente entende esse problema como uma falta de conscientização e desejos de orientação por parte da população e não conhecer quais os riscos que ao você ter uma patologia desse tipo instalada no seu organismo que isso pode levar e acarretar problemas de saúde.” (E8).

A percepção dos enfermeiros acerca da baixa adesão variou entre conceituação e diferença entre a medicamentosa e não medicamentosa, definição geral do tema e até como sendo uma falta de conscientização e não aceitação do paciente acerca do seu problema de saúde, ressalta que todos os diálogos relatados foi feito a partir do questionamento realizado acerca do entendimento do profissional sobre baixa adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa.

Todos os profissionais da área da saúde, em destaque os que atuam na AB devem ter uma concepção do que é a adesão e baixa adesão não somente nos casos de pacientes crônicos, e sim no geral, pois existem patologias que exigem uma boa aderência ao tratamento. Por sua vez, no caso dos profissionais que lidam com pacientes crônicos, devem conhecer para conseguir identificar este problema e saber lidar com a situação, principalmente a diferença entre a baixa adesão medicamentosa e não medicamentosa, pois, são consideradas essenciais para o tratamento dos portadores de hipertensão e diabetes mellitus, a aderência ao medicamento e a mudança do estilo de vida.

CATEGORIA 2: Fatores que influenciam na baixa adesão terapêutica da população hipertensa e diabética

Essa categoria objetiva conhecer os fatores e as dificuldades que influenciam de forma negativa na adesão terapêutica no tratamento da hipertensão e diabetes, que, Segundo Amoedo (2000), fala que a adesão ao tratamento pode ser influenciada por diversos fatores, tais como: idade, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade, hábitos de vida, aspectos culturais, crenas de saúde, entre outras.

Corroborando com Amoedo (2000), quando questionados como conseguiam identificar o problema de baixa adesão no tratamento da população hipertensa e diabética, os enfermeiros responderam que os fatores sócio econômicos e culturais contribuem significativamente, além da ausência de conhecimento e a fragilidade relacionada ao vínculo entre profissional e paciente, como mostra os depoimentos a seguir:

“Falta de conhecimento da doença, pois muita gente acredita que vai melhorar através de uma planta ou outra coisa que vem da cultura, que não seja científica.” (E3);

“Falta de informação e a cultura.” (E6);

“A falta de conhecimento acerca da doença, do modo de como se toma o medicamento...” (E10);

“Os mitos... a falta de conhecimento em relação ao problema, a doença, as causas, se a gente não esclarecer isso, o paciente não vai aderir.” (E11).

De acordo com as falas supracitadas, é possível observar que a falta de conhecimento acerca da doença e as crenças relacionada à cultura são fatores que influenciam negativamente na adesão a terapêutica, pois quando o paciente não possui uma compreensão certa da doença, de como ela ocorre, e como deve ser a forma de tratamento, consequentemente terá uma dificuldade para aderir bem, tendo em vista que o tratamento da HAS e DM não corresponde apenas na questão medicamentosa, mas também na mudança do estilo de vida, e por muitas vezes o paciente por não possuir conhecimento relacionado à este fator, acaba não aderindo a esta forma de tratamento e causando pioras para seu quadro clínico.

Muitos pacientes portadores de doenças crônicas não possuem conhecimento por não serem acompanhados devidamente, não tendo informações sobre a importância de uma alimentação adequada e balanceada, e das consequências da ausência de uma atividade física,

como também a conscientização do uso correto das medicações e entre outros (SANTOS, 2014).

Pierin (2014), relata que as pessoas com baixa escolaridade tendem a ser menos aderentes ao tratamento pois relacionando com os aspectos voltados para a doença, como a cronicidade, ausência de sintomas e as consequências tardias, a baixa escolaridade influencia de forma negativa na compreensão da doença.

Quando relacionado à cultura e crenças, é importante ressaltar que, apesar de que a HAS e DM vem ocorrendo cada vez mais precocemente, o número de idosos acometidos por estas doenças ainda é crescente, dessa forma destaca a influência das crenças e culturas como problema na adesão ao tratamento vindo mais especificamente desta população, pois, segundo Oliveira (2013), a velhice é considerada como um processo vitalício onde os padrões de vida são formados pelos princípios da vida, e dentre estes princípios se destaca a cultura e é a partir desta cultura que eles criam suas crenças. Corroborando com esta fala, a população idosa ainda possui muita crença nas formas de tratamento fitoterápicos, dificultando sua adesão ao tratamento medicamentoso, como citado por um dos participantes da pesquisa.

“O fator principal é a questão financeira, nessa área tem uma população em carente que não tem muitos recursos...” (E1).

“Eu penso que seria principalmente a questão socioeconômicas dele, o contexto, tanto a parte financeira, como a parte de vida.... As vezes moram sozinhos, são idosos, não tem quem observe a medicação e dê essa medicação no horário, ou não tenha condições de comprar o medicamento... muitas vezes o processo terapêutico não tem uma boa adesão por conta do contexto social deles.” (E2).

“A falta de recursos financeiros, problemas socioeconômicos...” (E9).

As baixas condições socioeconômicas foram consideradas como as principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros das UBS, dentre elas os recursos financeiros e o contexto social do paciente, tais como a incapacidade física ou alguma deficiência associado a questão do idoso mora sozinho impedindo-o de fazer o uso correto da medicação. Falta de condições financeiras para adquirir os medicamentos, pois relatam que algumas vezes não são distribuídos gratuitamente e no quesito alimentação, pois uma forma de controle destes problemas crônicos, é a alimentação saudável, dessa forma, muitos pacientes ficam incapacitados de aderir a uma boa alimentação, tanto por não possuir recursos financeiros como por costume de ter uma alimentação desregrada. Como evidencia a fala a seguir:

“... Tem pacientes que come de tudo que tem em casa e não adianta eu dizer que ele tem que comer isso e aquilo, pois eles passaram a vida inteira deles se alimentando daquela forma... eles acabam se chateando e não aderem ao tratamento correto” (E11).

Segundo Contiero *et al.* (2009), a condição socioeconômica é um fator que pode influenciar na gênese e tratamento das doenças crônicas. A necessidade de comprar os medicamentos pode interferir negativamente no orçamento doméstico, sendo, assim, um fator de não adesão ao tratamento.

Outro fator mencionado foi a falta de vínculo entre profissional e paciente, destacando a falta de interesse por parte dos pacientes, enfatizadas abaixo:

“A gente tem uma grande quantidade de pessoas que não aderem ao tratamento, seja ela por que não aceita que tem a diabetes ou hipertensão ou até mesmo por que se recusam a tomar a medicação, por que não tem tempo de tomar ou não querem tomar mesmo, tem gente que é bem irredutível quanto a isso, por que não quer tomar a medicação achando que o comprimido vai fazer mal ou que não quer ingerir a medicação.” (E1).

“Falta de interesse por parte dos usuários... eu vejo é os próprios usuários da UBS se recusando, eles não seguem o mapa, eles só procuram quando estão com uma sequela instalada” (E5).

“Questão da falta de vínculo com os profissionais, o hiperdia funcionar de maneira adequada, não ter data de renovação de receita não se trabalhar de maneira adequada.” (E7);

“...falta de interesse por parte deles (pacientes).” (E10).

Os participantes da pesquisa nesta perspectiva relataram que a falta de interesse dos pacientes seria uma das dificuldades enfrentadas por eles, pois a ausência dos mesmos no programa de controle da Hipertensão e Diabetes que é o Hiperdia causaria uma lacuna relacionada as condições dos mesmos, em muitas das UBS pesquisadas este programa funcionava semanalmente e de acordo com os dados obtidos, havia muita ausência por parte dos usuários.

Também há relatos sobre a falta de vínculos com os profissionais onde influencia negativamente no programa Hiperdia e na rotina da UBS relacionado a trocas de receitas para

novos medicamentos. Curiolletti (2018) afirma em seu estudo que o atendimento nas ESF apresenta fragilidades, acontecendo de forma rápida, com pouco diálogo entre usuário e profissional, o que certamente compromete o estabelecimento de vínculo e a qualidade do cuidado, causando dificuldades na busca do paciente pelo serviço de saúde e até mesmo na adesão ao tratamento.

CATEGORIA 3: Identificando o problema de baixa adesão terapêutica nas unidades básicas da cidade

Essa categoria aborda a identificação do problema de baixa adesão nas UBSs da cidade de Cajazeiras-PB na visão do enfermeiro e como o mesmo consegue identificar este problema na unidade na qual trabalha. Dessa forma, foi possível observar que das doze Unidades Básicas de saúde na qual ocorreu à pesquisa, apenas uma não possui problema de baixa adesão no tratamento de hipertensos e diabéticos. O questionamento indagado foi como os enfermeiros conseguem identificar a baixa adesão na unidade na qual trabalha, os mesmos destacaram a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) através da informação, a presença dos usuários na UBS para acompanhamento do hipertenso e a alteração dos parâmetros pressóricos nos usuários hipertensos e alterações da glicose nos usuários diabéticos, depoimentos dos enfermeiros expressam que estas são as formas mais diretas de identificar se há adesão ou não, tendo em vista que se o usuário não possui uma boa adesão, conseqüentemente seus parâmetros estarão alterados. Como evidencia os depoimentos abaixo:

“Os ACS conseguem identificar nas visitas que esse uso do medicamento não está adequado, ou que o paciente não está cumprindo com as orientações oferecidas na unidade, então a participação dos ACS’s contribui muito...”
(E11);

“Quando os agentes de saúde fazem uma busca ativa durante as visitas e acontece deles perguntarem e fazer orientações à população quanto a isso.”
(E1).

Diante dos diálogos, destaca o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na rede de Atenção Básica, pois este considera ser o profissional mais próximo à comunidade devido às visitas domiciliares diárias, tendo conhecimento da realidade daquela população, dessa forma, estes desempenham um papel importante na identificação e orientação acerca dos problemas encontrados, contudo, podendo acompanhar se o usuário toma a medicação correta, verificando se o paciente mantém os hábitos de vida saudáveis, ajuda aqueles que possuem

fragilidades para aderir ao tratamento e até mesmo podendo incentiva-los para que tenham mais compromisso com sua saúde.

De acordo com Espinhos (2011) as atribuições do ACS é realizar atividades de diagnóstico demográfico e sócio cultural, as atividades de educação para a saúde individual e coletiva, a realização de visitas domiciliares para monitorar as situações de risco, o estímulo à participação comunitária com as políticas públicas e a promoção de ações que fortaleçam os elos entre a saúde e outras políticas públicas, necessitando assim de uma capacitação sobre todos os aspectos do processo saúde doença em todas as suas dimensões, para ajudar na interação com as famílias. Os ACS são profissionais importantes na atenção básica de saúde, pois os mesmo atuam como rede de comunicação sobre a saúde, pois quando realmente preparados para o trabalho podem agregar qualidade e ao mesmo e fomentar comunicação com a comunidade.

Nesse sentido, Santos (2014), ressalta que o ACS tem um papel importante na comunidade em que reside e atua, considerando que ele é o elo entre os moradores e a ESF, por residir na localidade de atuação, ele conhece, realmente, os problemas enfrentados pela comunidade, as demandas e necessidades peculiares de cada morador. O ACS deve ter conhecimento de que a saúde é o resultado das condições de vida, do acesso ao trabalho, à moradia e à alimentação.

“A gente tem um programa que a gente realiza semanalmente aqui, que é o hiperdia, e é através desse programa que conseguimos identificar esse tipo de problema, por que a gente faz a consulta, a gente dialoga com o paciente e mesmo quando eles não relatam para a gente a forma que está tomando o medicamento, a gente consegue ver uma glicemia descompensada, ver uma pressão descompensada e quando perguntamos através da troca de conversa com o paciente e vemos que as vezes a receita do remédio é para tomar três vezes ao dia e ele só toma uma vez, ou que o remédio era caro...” (E3).

“Durante o Hiperdia toda semana, cada semana é destinado a um ACS e a gente começa a notar a falta de alguns que já era pra ser uma rotina para eles virem” (E5);

“... também nossos acompanhamentos semanais, que é o Hiperdia. Tem pessoas que veem a cada 15 dias, e gente fica sem parâmetro” (E11).

“Através dos relatos deles durante o Hiperdia, e das perguntas que a gente faz...” (E12).

“... Através do programa Hiperdia eu consigo identificar quais estão com boa ou baixa adesão” (E10).

O HIPERDIA, programa voltado para o acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, permitindo o acompanhamento, a garantia do recebimento de medicamentos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, contribui para a definição do perfil epidemiológico desta população com ênfase a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2001).

A participação dos usuários no programa Hiperdia, contribui para a identificação do problema de baixa adesão, como cita os participantes da pesquisa. O Hiperdia nestas unidades geralmente acontece semanalmente, possibilitando do enfermeiro a ter um acompanhamento constante das condições de saúdes destes pacientes, e tenho um conhecimento de como perpetua o tratamento do paciente, através dos relatos dos mesmos.

Porém, ainda há uma dificuldade relacionada à participação ativa destes pacientes, grande parte dos enfermeiros citaram que muitos usuários comparecem semanalmente e outros a cada 15 dias ou só quando apresentava algum sintoma, dessa forma, os profissionais não conseguiam ter um controle continuado destes usuários e não tendo conhecimento de sua adesão. Com base nisso, é bom lembrar a importância da visita domiciliar feita por enfermeiro, para identificar os motivos no qual estes usuários não comparecem a unidade e planejar dinâmicas para incentiva-los a buscar o serviço de saúde.

Em estudo realizado por Gomes (2013) o Hiperdia foi inserido na rotina do serviço da unidade, mostrando uma avaliação satisfatória das atividades relacionadas ao programa, pois durante esses momentos o grupo tem possibilitado a construção de vínculos, de acolhida, de reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

“... o paciente vem para a consulta e a gente identifica uma pressão alta ou a diabetes alta” (E1);

“Vejo se o paciente está tendo uma qualidade de vida, se os níveis pressóricos estão ficando regulares, se os níveis glicêmicos estão controlados, se ele não apresenta nenhuma complicação... que mostre que o tratamento não está sendo eficaz.” (E2);

“Pacientes hipertensos ou diabéticos crônicos onde os níveis dos mesmos estão sempre alterados.” (E6).

Nas falas citadas acima, os enfermeiros destacam a alteração dos níveis pressóricos e diabéticos como forma de identificação acerca do problema de baixa adesão terapêutica, pois quando alterados, o enfermeiro eles afirmam que o tratamento não está ocorrendo de forma certa, devendo então investigar quais são as causas e assim realizar planejamentos juntamente com o paciente de acordo com a realidade dele a fim de manter os parâmetros controlados.

Lima (2016), fala que a HAS e DM por serem consideradas doenças silenciosas, de evolução lenta e na maioria das vezes assintomática, influencia no diagnóstico das mesmas, fazendo com que seja considerado como algo que não requer cuidados contínuos, o que contribui para a alteração nos parâmetros e até mesmo na baixa adesão ao tratamento e aumento do risco de complicações.

É durante as consultas de enfermagem que o enfermeiro consegue identificar a alteração nesses parâmetros, dessa forma, destaca a importância dessas consultas de forma individualizada, para que o profissional venha intervir de acordo com a subjetividade de cada um de forma continuada.

A iniciativa de identificar uma fragilidade na adesão terapêutica de pacientes hipertensos e diabéticos e a forma de como no profissional consegue identificar este problema é um grande avanço para a saúde destes usuários, pois com base nisso é possível verificar os fatores que estão contribuindo para o mesmo, fazendo com que os profissionais reorganizem a assistência voltada a estes usuários criando estratégias que venha a diminuir a baixa adesão terapêutica.

CATEGORIA 4: Estratégias de enfrentamento ao problema

Esta última categoria aborda as estratégias utilizadas pelo enfermeiros para diminuir o problema de baixa adesão na UBS na qual trabalha. Onde a partir do questionamento de como atuam e quais as estratégias utilizadas, foi possível perceber que a maioria dos enfermeiros entrevistados possuíam estratégias em comum.

Foram abordados diversas maneiras de atuação e algumas estratégias, desde atividades como educação em saúde, a participação da equipe da saúde da família. De acordo com os relatos abaixo, é possível identificar que o Hiperdia, além de ser um programa que permite identificar esse problema de baixa adesão, também é usado como estratégia para o

enfrentamento do mesmo, a fim de diminuir o número de casos de baixa adesão e garantir um bom tratamento ao paciente.

“...a consulta do hiperdia, as palestras...até por que a participação no hiperdia é bem bacana nosso programa aqui funciona perfeitamente bem...” (E3).

“A gente faz as palestras no hiperdia...” (E5).

“Através das palestras dos alunos da UFCG no hiperdia...” (E7).

“A realização do hiperdia, promovendo um pouco de possível de uma alimentação saudável...” (E8).

“A gente atua através do hiperdia, fazendo orientações para eles e mostrando os riscos que a não adesão ao tratamento traz para eles” (E9).

“A gente atua através do hiperdia, com palestras sobre o assunto...” (E12).

Com isso, percebe-se que para alguns enfermeiros, as palestras realizadas no Hiperdia, são essenciais para a resolutividade do problema, pois, dessa forma está garantindo um conhecimento ao paciente acerca do seu problema de saúde e da forma de tratamento do mesmo, corroborando com um dos fatores que mais influenciou no problema de baixa adesão, que foi a falta de conhecimento, como já mencionado acima.

É importante ressaltar que enfermeiro como profissional integrante da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e como membro atuante na saúde dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis desempenha um papel de grande contribuição na execução do Hiperdia. Na fala de E8, ela relata a possibilidade de promover uma alimentação saudável ao paciente, dessa forma, quando o Hiperdia é programado de forma em planejada, é possível, a equipe de saúde, oferecer uma refeição para os usuários como forma de chamar a atenção dos mesmo tanto para a participação, como para a prática diária de uma alimentação saudável.

Lima, Gaia e Ferreira (2012), destacam o papel fundamental do Programa Hiperdia na adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, bem como, a sua importância, na redução dos possíveis agravos aos usuários acometidos pela HAS e/ou DM, ao atuar na prevenção e controle dessas patologias.

Outra estratégia que foi abordada, foi a questão da orientação ao paciente quanto ao uso dos medicamentos, as complicações que eles poderiam acarretar se não aderissem ao

tratamento, a importância dos exercícios físicos e adoção de uma alimentação balanceada para melhora do seu quadro clínico, como mostra os diálogos abaixo.

“...orientação, a gente comunica, informa, sempre traz informativos importantes, como as complicações que ocorrem se eles não tomarem a medicação...” (E1).

“Realizando orientações e estimulando as práticas de atividade física para que eles consigam minimizar o quadro de HAS e DM.” (E8).

Chagas e Maia Filho (2015), salientam que ações que envolve orientar os pacientes e que aborde o conhecimento da doença e suas complicações e medidas corretas durante tratamento podem melhorar os resultados clínicos dos portadores de hipertensão e diabetes, como também a qualidade de vida dos mesmos.

Ainda, nas fala citadas acima, E8 refere-se também ao estímulo da práticas de atividades físicas, sabendo que o exercício físico faz parte do tratamento não farmacológico e traz inúmeros benefícios para os portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Irygoyen (2006) fala que a atividade física regular é recomendada para pacientes com DM e HAS, em virtude dos seus vários efeitos benéficos sobre o risco cardiovascular, controle metabólico e prevenção das complicações, além disso, tem baixo custo, a natureza não farmacológica e os benefícios psicossociais de uma vida menos sedentária aumentam ainda mais o apelo da terapêutica através do exercício físico regular.

“... E muita educação em saúde.” (E2)

“A gente utiliza atividades de educação em saúde...” (E8).

“Acredito muito em educação em saúde, não adianta passar vários medicamentos para o paciente sem que ele tenha conhecimento que aquilo vai contribuir na vida dele...” (E11)

Outro ponto abordado como estratégia para reduzir o problema de baixa adesão e sensibilizar o paciente para retornar a terapêutica, foi a educação em saúde como abordado nos diálogos acima.

O Ministério da Saúde define a educação em saúde como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, através de um conjunto de práticas do setor no qual contribui para aumentar a autonomia das pessoas

no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

Almeida (2014), destaca que as equipes de saúde da família precisam ter habilidades educativas, imprescindíveis ao desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com o modelo de atenção às doenças crônicas, a fim de estabelecer a troca de conhecimentos e a transformação da realidade, pois, toda ação educativa expressa uma oportunidade de desenvolver cuidado integral à saúde das pessoas.

O desenvolvimento da educação em saúde permite gerar transformações, entretanto essa possibilidade relaciona-se ao modo como tal ação está sendo desenvolvida pelos profissionais com a população, dessa forma, se faz necessário conhecer a realidade dos usuários e o modo como este vê a educação em saúde (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Outra forma de estratégia abordada pelo enfermeiros, foi a participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o apoio de toda a Equipe de Saúde da Família.

“...então tudo isso é informado por meio de palestras no hiperdia junto com pessoal do NASF...” (E1).

“...eu também aciono o NASF, converso com outras unidades de saúde, aciono secretaria de saúde...” (E2).

“A gente conta com o apoio do NASF, que é um pessoal que vem e realiza palestra, com nutricionista e outros profissionais.” (E3).

O NASF foi criado com o objetivo de apoiar a Atenção Primária no Brasil, ampliando ofertas de saúde, bem como resolutividade, abrangência e alvo das ações, nas redes de serviços, atualmente, os NASFs são compostos por uma equipe multiprofissional e atuam de forma integrada com as equipes de saúde, as equipes de atenção primária para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde, dessa forma, essa atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde, como nas visitas domiciliares; permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais (BRASIL, 2010).

Para os enfermeiros, a participação do NASF tem grande relevância para melhorar o quadro de baixa adesão dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes mellitus, por ser

uma equipe com vários profissionais da saúde, onde cada um aborda o tema de acordo com sua área, levando um conhecimento mais abrangente para esta população.

“Converso com todos os profissionais, médicos, técnicos e agentes comunitários de saúde.” (E2)

“O vínculo entres os profissionais, a renovação de receita nas horas certas e o risco cardiológico que a gente está fazendo que incentiva a eles a tomar os remédios de maneira adequada.” (E7).

“...buscando sempre o atendimento médico para que consiga reverter o quadro clinico do paciente.” (E8).

Nos relatos acima, mostra o a participação da equipe de saúde da família como forma de estratégia de enfrentamento a baixa adesão, tendo em vista que o trabalho em equipe é de suma importância para garantir uma resolutividade do problema, considerando que são vários pensamentos críticos e linhas de conhecimento que se unem em busca de um único objetivo, aumentando a possibilidade de garantir bons resultados. Nas falas mostradas acima, destaca-se a figura do profissional médico, devido ao fato de que grande parte do problema de baixa adesão terapêutica se dar pelo uso inadequado ou não uso total dos medicamentos, essa forma de tratamento só pode ser instituída por este profissional, dessa forma, quando é preciso, as enfermeiras identificam o problema e encaminham para o profissional medico para ajustes da medicação.

No que diz respeito à participação do NASF, a presença de profissionais da equipe de saúde da família considera como um aspecto que facilita a adesão dos usuários às reuniões, favorecendo o vínculo e o desenvolvimento de práticas de educação em saúde durante as reuniões do Hiperdia, conseqüentemente, contribuindo com a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SANTOS, 2018).

Outra ponto abordado foi a busca ativa e as visitas domiciliares como forma de atuação frente a baixa adesão, como mostra os relatos abaixo.

“Eu faço busca ativa, vou até a casa do usuário em visita domiciliar... as vezes a gente faz visita domiciliar, ver como as mediações estão distribuídas em casa, se as medicações estão sendo tomada de forma correta” (E2).

“Visita domiciliar mensal... A gente faz a busca ativa e compartilha com os demais... quando na casa é um idoso, a gente pede aos vizinhos para fazer o acompanhamento.” (E4).

“Através da visita domiciliar com equipe médica e de enfermagem junto com os ACS e da busca ativa...” (E5).

“Orientações durante as visitas domiciliares...” (E9).

“Conhecer a realidade da comunidade, realizar educação em saúde através da visita domiciliar” (E9).

A busca ativa e a visita domiciliar se torna muito importante para enfrentar o problema, pois, a busca ativa associado com a visita domiciliar, permite identificar os problemas principalmente dos usuários que possuem dificuldades de ir até o serviço de saúde, todo o contexto no qual o paciente vive e suas relações com os familiares. O enfermeiro E4, ressalta a importância do cuidado a pessoa idosa que não um acompanhante em sua casa, acionando um vizinho para que possa ajudar fazendo o acompanhamento deste.

Soares (2016), constitui a visita domiciliar como uma atividade educativa e assistencial que possibilita uma interação de afeto entre os membros da equipe de saúde, na medida em que possibilita o convívio desta com a realidade vivenciada pelo usuário-família. Assim, a visita é considerada como um importante instrumento, o qual proporciona ao profissional o conhecimento das condições socioeconômicas, culturais e ambientais da população na qual trabalha, além de promover a assistência para aqueles que não possuem condições de ir até a UBS.

E a busca ativa é definida como um método que permite “ir a procura dos indivíduos com o fim de uma identificação sintomática, ou problema de agravo a saúde” bem como interagir com o usuário e com o mundo que o cerca, seu espaço e território. Entender e conhecer as relações que o usuário cria com sua morada, familiares e sociedade, assim como o grau de envolvimento com os mesmos (PEREIRA, 2013).

E a última estratégia relatada por alguns enfermeiros, foi o uso de prescrição pictográfica, que são prescrições modificadas que permite uma facilidade aos usuários com baixo grau de escolaridade, por meio do desenho.

“... A gente faz desenho, só para representar o dia e a lua para representar a noite, principalmente nas mais descompensadas que a gente vê que não está conseguindo tomar a medicação, ou por esquecimento, ou por não está tendo efeito da medicação.” (E2).

“...fazendo desenhos na receita para que ele saiba o horário de tomar a medicação, essas formas...” (E10).

Nas falas acima citada, os enfermeiros relatam fazer desenhos para melhorar a compreensão e orientar os usuário quanto ao uso medicação, de qual fármaco tomar e qual horário tomar, tendo em vista que um dos fatores que contribuem para a baixa adesão é o baixo grau de escolaridade ou até mesmo o analfabetismo, trazendo consequências na formas destes usuários tomar os medicamentos conforme prescrição.

O uso de desenhos para melhor compreensão da receitas medicas se chamam de pictogramas, que são definidos como símbolos gráficos que indicam, sinalizam e informam, associando figuras e conceitos com o intuito de transmitir de forma clara, ágil e simples informação sobre os produtos a fim de melhor orientar os consumidores sobre sua utilização e importância. Sua aplicação no contexto da saúde, sobretudo em apoio aos sujeitos não alfabetizados, somente por meio de gravuras, permite explicitar as orientações quanto as formas de uso dos medicamentos, sendo facilmente identificadas e compreendidas por quem o observa (GALATO *et al.*, 2006).

Albuquerque *et al.* (2016), falam que a adoção da prescrição modificada, com o apoio de pictogramas e círculos coloridos, auxilia os pacientes iletrados no uso correto da medicação prescrita para tratamento da HA ou DM, onde essa compreensão da prescrição por meio dos símbolos, incontestavelmente eleva o nível de adesão e adequado uso do medicamento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema de baixa adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa nos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus ainda é bastante comum nas Unidades Básicas de Saúde do país, dessa forma pode-se afirmar que também é o caso de grande parte das UBS da cidade de Cajazeiras-PB.

O presente estudo permitiu observar como os enfermeiros que são da área da Saúde da Família atuam frente a este problema de baixa adesão, a partir do seu conhecimento acerca da temática, da forma como o mesmo consegue identificar, quais os fatores que contribuem para o aumento do problema e sua forma de enfrentamento para resolutividade.

Como forma de identificação, foi possível observar a importância da participação dos Agentes Comunitários de Saúde, por ser o profissional que está diariamente com o paciente, bem como o programa Hiperdia e a alteração dos níveis pressóricos.

A identificação do problema de baixa adesão se torna importante para que o profissional faça uma busca ativa dos fatores que estão influenciando em cada caso, pois, a identificação destes permite que os mesmos elaborem estratégias para sua resolutividade. Dessa forma é importante que o profissional identifique em seus pacientes e quais são os fatores envolvidos ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das recomendações terapêuticas. Na pesquisa, os fatores que mais se destacaram foram as condições socioeconômicas, crença/cultura, e como também a baixa adesão dos usuários no programa Hiperdia, caracterizando como falta de interesse dos mesmo.

Em relação ao conhecimento dos profissionais acerca da baixa adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, observa-se que em sua maioria, eles se baseavam na literatura e possuíam respostas bem objetivas. Outros possuíam uma resposta vaga, associando o problema como a não aceitação da doença ou do tratamento por parte dos pacientes, como também a fragilidade dos mesmo em buscar os serviços de saúde. Várias estratégias de enfrentamentos são utilizadas pelos enfermeiros, mesmo com todas dificuldades encontradas, é notório que quando bem elaboradas, planejadas e executadas de forma correta, elas trazem pontos positivos para a adesão terapêutica dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Dessa forma, destaca-se também o papel do enfermeiro da Atenção Básica, na resolutividade do problema de baixa adesão terapêutica dos pacientes portadores hipertensão e diabetes, pois é intrínseco a esses profissionais o papel de educador e de incentivador do restante

da equipe nas ações educativas e na elaboração de estratégias para enfrentamento ao problema, garantindo assim um tratamento adequado a estes pacientes, colaborando na redução da morbimortalidade e no aumento da adesão ao tratamento e garantindo uma boa qualidade de vida aos mesmos.

REFERÊNCIAS

ALBURQUERQUE, G. S. C.; NASCIMENTO, B.; GRACIA, D. F. K. *et al.* Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamentos a partir da prescrição pictográfica. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 611-624, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000200611&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 14 nov. 19.

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 328-337, abr.-jun., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0328.pdf>. Acesso em: 14 de nov. 2019.

AMOEDO, C. J. Terceiro Congresso Latino-Americano de Hipertensão. **Adesão a terapia Anti-hipertensiva: novas abordagens**. Caracas, Venezuela, 2000.

ANDRADE, J. P. BOAS, F. V.; CHAGAS, H. *et al.* **Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension**. Arquivos brasileiros de cardiologia, v.79, n.4, p.380-384, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001300005. Acesso em 15 de jul. 2019.

ARAÚJO, M. C. F. ALVES, M. S.; PADRE, M. P. M. *et al.* Perfil de Não Adesão ao Tratamento de Usuários com Diabetes e Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde** [online], 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26045778007>. Acesso em 01 de agosto de 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BORGES, S. A. C; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 338-346, abr-jun, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0338.pdf>. Acesso em: 20 jul. 19.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Ministério da saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da saúde, 2012.

_____. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritária**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Adherence to long-term therapies evidence for action**, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CHAGAS, K. S. MAIA FILHO, A. M. Diabetes Mellitus: o conhecimento dos pacientes acerca do autocuidado. **Revista interdisciplinar**, V.8, n.1, p.98-106, 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/347>. Acesso em: 07 nov. 19.

COTIERO, A. P.; POZATI, M. P. S.; CHALLOUTS, R. I. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v.30, n.1, p. 62-70. Marc. 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4227/6564>. Acesso em: 09 nov. 19.

COSTA, Y. F.; ARAUJO, O. C.; ALMEIDA, L. B. M. *et al.* O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da

literatura. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. v. 38, n. 4, p. 473-481, 2014. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf. Acesso em 15 de julho de 2016.

CURIOLETTI, R. M. **O cuidado a hipertensos e diabéticos na perspectiva da Política Nacional de Humanização**. *Journal of Nursing and Health*. V. 8, n. 1, e188110, 2018.

Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/12495>. Acesso em: 15 de julho de 2019.

ESPINHO, R. P. M. **Participação do Agente Comunitário de Saúde na Atenção ao Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

<https://portal.estacio.br/media/3701/rosimere-pazos-mareque-espino.pdf>. Acesso em: 07 nov. 19.

FARIA, H. P. COELHO, I. B.; WERNEK, M. A. F. *et al.* **Modelo Assistencial e atenção básica à saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, Coopmed. 68p. 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>. Acesso em: 29 de julho de 2019.

FARIAS, R. F. S; *et al.* Adesão ao tratamento de diabetes mellitus em área rural do município de Vitória de Santo Antão – PE. **Rev. APS**. V. 19, n. 2, p.181 – 190, 2016. Disponível em < <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15457> > acesso em: 29 de julho de 2019.

FERREIRA, E. A; *et al.* Fatores Associados à não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Clientes Idosos. Id online. **Rev. Mult. Psic.** v.13, n.44, p. 865-876. ISSN: 1981-1179. 2019. Disponível em <

<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1660> > acesso em: 17 de julho de 2019.

GALATO, F.; JUST, M. C.; GALATO, D.; SILVA, W. B. Desenvolvimento e validação de pictogramas para o uso correto de medicamentos: descrição de um estudo-piloto. **Acta Farmacêutica Bonaerense**, v. 25, n. 1, p. 131-138, 2006. Disponível em:

http://www.latamjpharm.org/trabajos/25/1/LAJOP_25_1_4_2_839R009BUN.pdf. Acesso em: 14 nov. 19.

GARCIA, G. M. P; RUIZ, S. C. D. M, et al. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Rev. Latin-Am. Enferm.** V.6, P. 1314-20, nov.-dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01314.pdf. Acesso em: 08 nov. 19.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GEWEHR, D. M. *et al.* **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde**. *Saúde em Debate* [online]. V. 42, n. 116, p. 179-190, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>. Acesso 29 Julho 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GLAZIER, J. D.; POWELL, R. R. **Qualitative research in information management**. Englewood: Libraries Unlimited, 2011.

GOMES, J. I. **Melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento, Amélia Rodrigues/BA**. Monografia (curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), Pelotas, 2013.

GUSMÃO, J. L.; MION, J. R. D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev. Bras. Hipertens.** São Paulo. vol.13, n. 1, p. 23-25, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>. Acesso em 11 de nov. 19.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada para 2019**. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama>>. Acesso em 04 de maio de 2019.

IRIGOYEN, M. C.; ANGELIS, K.; SCHAAN, B. D. Exercício físico no diabetes mellitus associado à hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Hipertens.** vol. 10(2): abril/junho de 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/10-2/exercicio.pdf> Acesso em: 13 nov. 19

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 2. ed. ver. ampl. São Paulo: Atlas, 1991. Disponível em <https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india> acesso em 04 de maio de 2019.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de julho 2019.

LIMA, A. S.; GAIA, E. de S. M.; FERREIRA, M. A. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, Serra Talhada, p.29-30, dez. 2012. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2695>. Acesso em: 12 de nov. 19.

LIMA, D. B. S.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. X. P.; *et al.* Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. V. 25, n. 3, e0560015, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-0560015.pdf. Acesso em 08 nov. 19

MIYAR, L. O.; ZANETTI, M. L.; DAGUANO, O. M. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.16, n.2, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200010&script=sci_abstract&tlng=pt> acesso em 18 de julho de 2019.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão**. São Paulo – SP, 2011. Disponível em: <http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com/>. Acesso em 12 nov. 19

OLIVEIRA, F.P. **Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos idosos**: revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí, MG, 2013.

PEREIRA, M. O.; AMORIM, A.; VIDAL, V. *et al.* Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 409-412, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Nov. 2019.

PIERIN, A.M.G.; RAYMUNDO, A. C. M. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 48, n. 5, p. 811-9. 2014 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-811.pdf. Acesso em: 05 nov. 19.

PONTES, A. C.; LEITAO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.3, p.312-318, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>. Acesso em 07 de julho de 2019.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Fevereiro, 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em 06 de maio de 2019

RAMOS, J.S.; CARVALHO, F.S.S.F; SILVA, R.N.A. Avaliação da adesão ao tratamento por idosos cadastrados no programa do hiperdia. **Rev. Gestão Sist. Saúde**, v.4, n.1, 2015. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/127>. Acesso em 25 de julho de 2019.

SANTOS, A. L.; SILVA, E. M.; MARCON, S. S. Assistência às pessoas com diabetes no HiperDia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v.27, n. 1, e2630014, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e2630014.pdf>. Acesso em: 14 nov. 19.

SANTOS, M. A. **Fatores que interferem na baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial dos usuários da Unidade Básica do Triângulo**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais, Forminga, MG, 2014.

SHERWIN, R. S. **Diabetes mellitus**. In: GOLDMAN, L.; BENNET, J. C. (ed.). Cecil textbook of medicine. 21. ed. [S.l.: s.n.], 2000. Cap. 242, p.1263-92. Disponível em: <https://polices.oclc.org/pt/privacy/cookie-statement.html>. Acesso em 25 de julho de 2019.

SILVA, C.P.; DIAS, M.S.A.; RODRIGUES, A.B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl. 1, p. 1453-1462, set./out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800018. Acesso em 14 nov. 19.

SILVA, D. B.; SOUZA, T. A.; SANTOS, C. M. *et al.* Associação de hipertensão arterial e arterial no centro de saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, 2011, 24 (Enero-Marzo): Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819112004>. Acesso em 01 de agosto de 2019.

SILVA, J. V. M.; MANTOVANI, M. F.; KALINKE, L. P. *et al.* Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. **Rev. Bras. Enferm.** 2015 jul-ago;68(4):626-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0626.pdf>. Acesso em: 10 nov. 19.

SOARES, A. A. **Projeto de intervenção:** visitas domiciliares a pacientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Alfenas, Juiz de Fora, MG, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes para o tratamento e acompanhamento da diabetes mellitus.** São Paulo: AC Farmacêutica, 2015. 374p.

SOUZA, T. T. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais. 2013. 326f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em < http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewArticle/2971> acesso em 07 de julho de 2019.

SPLENDOR, V.L.; ROMAN, A. R. A Mulher, a Enfermagem e o Cuidar na Perspectiva de Gênero. **Revista Contexto & Saúde**, Editora Unijuí. N. 04, P. 31-44, Jan./Jun. 2003. Disponível em:

<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1268>. Acesso em 08 nov. 19.

TAVARES, N. U.L.; BERTOLDI, A. D.; THUMÉ, E. *et al.* Fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev. Saúde Pública** [internet]. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601092. Acesso em 07 de julho de 2019.

TRAN, N. *et al.* Patient reminder systems and asthma medication adherence: a systematic review. **Journal of Asthma**, London, v. 51, n. 5, p. 536-543, 2014. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24506699>> acesso em 29 de junho de 2019.

TREVISAN, D. D.; MINZON, T. D.; TESTI, C. V. *et al.* Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. **Cienc. Cuid. Saúde.** V. 12, n. 2, p. 331-337. Abr/Jun; 2013. Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19643>. Acesso em: 11 nov. 1

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo.** 5 ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

VIGORENA, D. A. L.; BATTISTI, P. S. S. **Procedimentos de coleta de dados em trabalhos de conclusão do curso de Secretariado Executivo da Unioeste/PR.** Secretariado Executivo em Revista. v. 7, 2011. Disponível em <

<http://www.seer.upf.br/index.php/ser/article/view/2329/1483>> Acesso em 06 de junho de 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A BAIXA ADESÃO TERAPÊUTICA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

Pesquisadores Responsáveis: Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues e Jessiely Karine de Souza Vieira

Informações sobre a pesquisa: Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo: Descrever como os profissionais de enfermagem das Unidade Básicas de Saúde da cidade de Cajazeiras-PB atuam frente a baixa adesão ao tratamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Ademais, almeja-se que esse trabalho possa instigar uma reflexão acerca da baixa adesão terapêutica em pacientes portadores de doenças crônicas afim de promover uma resolutividade para o problema

Eu, _____, portador (a) de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, de acordo com o item IV da Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, concordo em participar desta pesquisa.

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.
- A segurança plena de que não serei identificado (a) mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.
- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como também a segurança de que os procedimentos realizados tragam o mínimo possível de desconforto ou risco á vida, dano físico, ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado (a). Os benefícios poderão contribuir para reduzir o risco de quedas em idosos através das atividades educativas e sensibilização dos mesmos e dos familiares através de ações preventivas.

- A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.
- A garantia de que todo material resultante será utilizado exclusivamente para construção da pesquisa e ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo (a) entrevistado (a) em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Cajazeiras - PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Entrevistado (a)

Contato com o pesquisador (a) responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com o (a) pesquisador (a): Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues, através do Endereço (Setor de trabalho): UFCG /CFP: Cajazeiras -PB
Telefone: Celular: 88714221

Pesquisador (a) responsável.

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA**QUESTIONARIO**

Caracterização dos profissionais:

Género:() Feminino () Masculino

Idade:

Unidade Básica de Saúde:

Quanto tempo que trabalha na Atenção Básica:

Tempo de formado:

- 1- É comum pacientes hipertensos ou diabéticos em abandono ou uso irregular do tratamento medicamentoso e não medicamentoso? SIM () NÃO ()
- 2- Você possui dificuldades para uma boa adesão ao tratamento da população na qual trabalha? SIM () NÃO ()
- 3- Quais dificuldades você visualiza para uma boa adesão ao tratamento desta população?
 - a) Falta de conhecimento acerca da patologia ()
 - b) Falta de recursos financeiros ()
 - c) Interação entre população e profissional ()
 - d) Outros: _____
- 4- Como você atua frente ao problema?

Questões Norteadoras:

- 1- O que você entende por uma baixa adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa na HA e Diabetes?
- 2-Como você identifica a baixa adesão ao tratamento de portadores de hipertensão e diabetes?
- 3- Em sua opinião quais os fatores que contribuem para a baixa adesão terapêutica?
- 4-Quais estratégias você utiliza para diminuir a baixa adesão e sensibilizar o usuário a retomar a terapêutica?

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL
DE CAJAZEIRAS - PB

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

- Eu, KELLYNE SORAYA MENEZES, coordenadora do departamento de Educação na Saúde, Rede Escola/PSE, autorizo JESSIELY KARINE DE SOUZA VIEIRA do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, para a realização da Pesquisa intitulada "ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A BAIXA ADESÃO TERAPÊUTICA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS" que tem por objetivo primário descrever como os profissionais de enfermagem das Unidade Básicas de Saúde da cidade de Cajazeiras-PB atuam frente a baixa adesão ao tratamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

O pesquisador acima qualificado se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 510/2016, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Cajazeiras, 09 de agosto de 2019

Kellyne Soraya Menezes

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação na Saúde
Rua...

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**APÊNDICE-B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DOS PESQUISADORES RESPONSÁVEIS**

Título do Projeto: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A BAIXA ADESÃO TERAPÊUTICA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

Pesquisador Responsável: Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues e Jessiely Karine de Souza Vieira

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras.

Telefone para Contato: (83) 993518879

Local da Coleta de Dados: Unidades Básicas de Saúde da cidade de Cajazeiras, PB.

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo- assinados, respectivamente, Jessiely Karine de Souza Vieira e Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues da pesquisa, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas das Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/MS e seus complementares, outorgada pelo Decreto 12 de dezembro de 2012, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5(cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, um relatório sobre o andamento da pesquisa).

Cajazeiras-PB, 07 de Agosto de 2019.

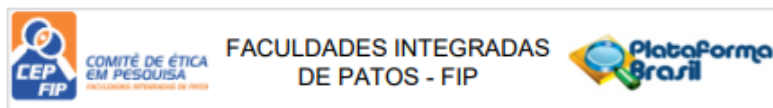
Alba Rejane Gomes de M. Rodrigues

Pesquisadora Responsável

Jessiely Karine de Souza Vieira

Orientanda

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A BAIXA ADESÃO TERAPÊUTICA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

Pesquisador: ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18905219.2.0000.5181

Instituição Proponente: Fundação Francisco Mascarenhas/Faculdade Integradas de Patos-FIP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.525.017

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, com profissionais enfermeiros que atuam na Atenção primária, buscando descrever como os profissionais de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Cajazeiras-PB atuam frente a baixa adesão ao tratamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

• Descrever como os profissionais de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Cajazeiras-PB atuam frente a baixa adesão ao tratamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo Secundário:

• Analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da baixa adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa ao tratamento de pacientes portadores de doenças crônicas.
 • Identificar os fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso; • Investigar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros em relação a baixa adesão terapêutica nos pacientes portadores de doenças crônicas das

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br



COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

FACULDADES INTEGRADAS
DE PATOS - FIP



Continuação do Parecer: 3.525.017

UBS;

•Descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros diante da baixa adesão terapêutica nas UBS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pelas RESOLUÇÕES 466/2012 e 510/2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante das considerações postas acima, verifica-se que a proposta de pesquisa está apta a ser realizada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pela RESOLUÇÃO 466/2012 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM/EM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.

Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o envio do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	QUESTIONARIO.doc	13/08/2019 11:20:09	JANETE FERNANDES DE	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1412121.pdf	13/08/2019 10:27:25		Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	13/08/2019 10:26:58	ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES	Aceito
Declaração de	TERMODECOMPROMISSODOSPESQ	09/08/2019	ALBA REJANE	Aceito

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N

Bairro: Belo Horizonte

CEP: 58.704-000

UF: PB

Município: PATOS

Telefone: (83)3421-7300

Fax: (83)3421-4047

E-mail: cep@fiponline.edu.br



COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
FACULDADE INTEGRADA DE PATOS

FACULDADES INTEGRADAS
DE PATOS - FIP



Continuação do Parecer: 3.525.017

Pesquisadores	ADORES.docx	19:26:06	GOMES DE MOURA RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTCC.docx	09/08/2019 19:24:45	ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEANUENCIA.docx	09/08/2019 19:24:04	ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/08/2019 19:16:01	ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	09/08/2019 19:15:43	ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/08/2019 19:15:29	ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PATOS, 22 de Agosto de 2019

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br