



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Veiga Mottin da Silva, Juliana; de Fátima Mantovani, Maria; Puchalski Kalinke, Luciana;
Ulbrich, Elis Martins
Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 68, núm. 4, julio-agosto, 2015, pp. 626-632
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267041639010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* na visão dos usuários

Hypertension and Diabetes Mellitus Program evaluation on user's view

Evaluación del Programa de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus el la visión de los usuarios

Juliana Veiga Mottin da Silva¹, Maria de Fátima Mantovani¹,
Luciana Puchalski Kalinke¹, Elis Martins Ulbrich¹

¹ Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba-PR, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva JVM, Mantovani MF, Kalinke LP, Ulbrich EM. Hypertension and Diabetes Mellitus Program evaluation on user's view. Rev Bras Enferm. 2015;68(4):626-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680408i>

Submissão: 20-12-2014 Aprovação: 15-05-2015

RESUMO

Objetivos: avaliar o programa proposto pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* na visão de seus usuários e descrever aspectos da trajetória dos usuários correlacionando com sua avaliação. **Método:** pesquisa avaliativa, qualitativa, realizada em Unidades com Estratégia Saúde da Família da região metropolitana de Curitiba-PR, no período de setembro a março de 2012. Foram entrevistados 30 adultos hipertensos e diabéticos. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo. **Resultados:** foram identificadas quatro categorias: descoberta da doença; motivos da busca pelo programa; conhecimento do programa; avaliação do programa. Os usuários procuram o serviço desde a descoberta da doença e se inserem no programa, devido aos benefícios que ele proporciona para a saúde. **Conclusão:** houve o reconhecimento das orientações, do acompanhamento e das atividades desenvolvidas, com destaque para redução de custos para os usuários. **Descritores:** Avaliação em Saúde; Doença Crônica; Enfermagem; Saúde do Adulto; Prática Profissional.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the program proposed by the Reorganization Care Plan for Hypertension and Diabetes Mellitus on user's view, and describe aspects of the trajectory of the participants correlating with the program's evaluation. **Method:** evaluative study with a qualitative approach conducted in health units with the Family Health Strategy, in a city of the metropolitan region of Curitiba, in the period from September to March, 2012. A total of 30 adults with hypertension and/or Diabetes mellitus were interviewed. Data were analyzed through content analysis. **Results:** Four categories were identified: Disease diagnosis; Reasons for the program need; Knowledge of the program, and program evaluation. **Conclusion:** there was the recognition of the orientations, and the monitoring of activities developed, with emphasis in cost reduction for users. **Key words:** Health Evaluation; Chronic Disease; Nursing; Adult Health; Professional Practice.

RESUMEN

Objetivos: evaluar el programa propuesto por el Plan de Reorganización de la Atención de la Hipertensión y Diabetes mellitus en vista de sus usuarios; describir los aspectos de la trayectoria de los usuarios que participan en el programa junto con su evaluación. **Método:** estudio de evaluación con un enfoque cualitativo realizado en dos centros de salud de la Estrategia de Salud de la Familia, un municipio de la región metropolitana de Curitiba, en el período de septiembre a marzo de 2012. Los participantes fueron 30 adultos con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus. **Resultados:** los datos fueron recolectados através de entrevistas semiestructuradas grabadas. El análisis resultó en las categorías: el descubrimiento de la enfermedad; razones de busca por el programa; el conocimiento; la evaluación del programa. **Conclusión:** hubo el reconocimiento de las directrices, de los seguimientos y de las actividades, con énfasis en el ahorro de costes a los usuarios. **Palabras clave:** Evaluación de la Salud; Las Enfermedades Crónicas; Enfermería. Salud del Adulto; Práctica Profesional.

AUTOR CORRESPONDENTE

Juliana Veiga Mottin da Silva

E-mail: julianam.mottin6@gmail.com

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* compõem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde e são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede pública básica⁽¹⁾.

Na tentativa de reduzir o número de hospitalizações e de atingir o acompanhamento e o tratamento adequados na atenção básica, diversas estratégias e ações vêm sendo elaboradas e adotadas no Ministério da Saúde. Dentre essas ações, merece destaque o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao Diabetes *Mellitus* (DM)⁽²⁾.

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* utiliza estratégias como reuniões mensais com ações educativas, estímulo à realização de atividades físicas, consultas médicas agendadas e entrega de medicamentos. Cada município possui uma programação local de atividades para os usuários cadastrados no Programa de HA e DM⁽²⁾.

O cadastro e o acompanhamento dos usuários portadores de HA e ou DM são realizados por meio do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), criado em 2002. Este sistema gera as informações para os profissionais e gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde⁽¹⁾.

Para o alcance da melhoria dos efeitos dos serviços na saúde da população é preciso prestar atenção à qualidade da assistência oferecida⁽³⁾. Com esta finalidade, enfatiza-se a importância da avaliação como uma forma de verificar as condições em que as ações de saúde são desenvolvidas.

A avaliação da satisfação dos usuários pode fornecer elementos para adoção de novas estratégias ou melhora das existentes para qualificar o resultado do cuidado. Portanto, o usuário pode ser um grande colaborador da organização do serviço se a este for dada voz⁽⁴⁾. Desta forma, ao avaliar as políticas públicas, é possível não somente produzir informações com vistas à melhoria da eficácia de uma prática social, como também transformar essa prática à luz dos interesses dos envolvidos considerando suas relações contextuais⁽⁵⁾.

A relevância do estudo encontra-se no fato de ter uma avaliação a partir do olhar de quem utiliza os serviços, possibilitando subsídios para os gestores no atendimento aos usuários. Assim, ao valorizar as considerações e expectativas dos usuários do HIPERDIA, pode-se melhorar a sua participação no Programa, bem como a maneira de realização das atividades. Nesse sentido, os objetivos desta pesquisa foram: avaliar o Programa proposto pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* na visão dos usuários e descrever aspectos da trajetória dos usuários do programa correlacionando com sua avaliação.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no município de Colombo, Região Metropolitana de Curitiba-PR, em duas unidades de

saúde que possuíam Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma de grande porte e outra de pequeno porte.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de maior porte possui quatro equipes ESF e uma população de 70 portadores de DM, 750 portadores HA e 321 portadores de DM com HA. A UBS de menor porte possui duas equipes de ESF, 24 portadores de DM, 382 portadores de HA e 145 portadores de DM com HA.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: adultos com idade entre 18 e 59 anos, cadastrados e ativos no Programa de HA e DM das referidas UBS. Tendo em vista os critérios do Programa, entende-se por cadastro ativo do usuário frequentar a UBS pelo menos uma vez a cada seis meses para realização de consulta, aquisição de medicamentos ou participação nas reuniões.

Participaram 30 usuários, sendo 10 da UBS de menor porte e 20 da UBS de maior porte, conforme o método da amostragem por saturação. Neste, o pesquisador "fecha o grupo quando, após as informações coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo"⁽⁶⁾.

A coleta de dados foi realizada nas dependências das unidades mediante entrevista semiestruturada gravada em áudio. A avaliação da qualidade do Programa de HA e DM sob a ótica de seus usuários envolveu questões sobre processo, estrutura e resultados⁽⁷⁾, abordando os seguintes aspectos: uso do serviço, conhecimento do programa, adesão às atividades propostas e avaliação do usuário.

A avaliação segundo o uso do serviço foi realizada por meio de questões que envolveram: tempo (em dias) decorrido entre o diagnóstico médico da doença e o agendamento da primeira consulta; avaliação do acesso ao serviço; satisfação do usuário segundo a resolatividade para seu problema.

Com relação ao conhecimento que os usuários possuem sobre o HIPERDIA e a adesão às atividades propostas pelo Programa, foram lançadas questões que abordaram: o que o usuário sabe sobre o programa que frequenta; quando e por que começou a frequentá-lo e como isso aconteceu; se participa das atividades propostas; qual a contribuição do programa para o cuidado com a sua saúde; que dificuldades o programa possui; em que aspectos o programa poderia melhorar.

Os dados foram tratados segundo a análise de conteúdo de Bardin⁽⁸⁾, que possibilitou a identificação de quatro categorias temáticas: "A descoberta da doença", "Motivos para a busca do programa", "Conhecimento do programa" e "Avaliação do programa". As categorias estavam previamente delimitadas devido aos eixos temáticos do roteiro de entrevista, sendo confirmadas após análise dos dados.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 0136.0.091.000-11), após a autorização da Secretaria de Saúde do Município de Colombo. Foi respeitada a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi explícito individualmente aos usuários que foram identificados como E1 a E10 na UBS de menor porte, e de E11 a E30 na UBS de maior porte.

RESULTADOS

Na primeira categoria “A descoberta da doença”, 25 usuários revelaram a trajetória de cuidado à saúde desde o momento do diagnóstico até a entrada no Programa de HA e DM, como ilustra a fala de E10:

Descobri que eu era hipertenso quando eu estava na empresa. Estourou um coágulo de sangue no meu olho e eu achei que era um problema da vista. Fui no oculista e ele falou para eu procurar um cardiologista porque devia ser hipertenso, e foi o que aconteceu. Eu tinha plano de saúde então eu fui, fiz o teste de esforço aquela “coisrada” toda e constatou que eu era hipertenso. (E10)

A segunda categoria, “Motivos para a busca do programa”, engloba a procura de orientação e tratamento para o cuidado com a saúde, conforme as falas abaixo:

[...] entrei porque estava preocupado com minha saúde, meu bem-estar [...] resolvi aderir ao programa porque precisava de tratamento. (E3)

[...] para que a gente tenha um acompanhamento melhor, têm as consultas, eles agendam, não fica por conta da gente ir lá, aí como eles agendam a gente fica mais alegre. (E16)

A aquisição de medicamentos e o cuidado com a saúde foi outro motivo apontado pelos usuários para a busca do programa, conforme E24:

[...] Por causa do remédio e para participar de reunião, que é muito bom, a gente aprende muita coisa, não é? Não adianta a gente tomar o remédio e não cuidar, às vezes de alimento [...]. (E 24)

O fator determinante da decisão pela busca do programa, segundo os usuários, foi a equipe de saúde, conforme explica a seguinte fala:

A agente comunitária veio lá em casa falou que eu tinha direito, [...] daí ela me convenceu a vir. Participei da reunião, gostei e fui para casa! Ela foi duas vezes lá em casa e eu disse, não, não precisa, o medicamento não é caro, mas ela disse que eu tinha direito que era para ir à reunião [...] e estou até hoje. (E22)

Na terceira categoria, o conhecimento do programa foi identificado pela sua finalidade e funcionamento – reconhecimento das orientações (espaço para aprendizado), controle das doenças (acompanhamento) e entrega da medicação, conforme as falas a seguir:

Eu aprendi muitas coisas sobre pessoas hipertensas [...]. Esse programa serve para orientar a gente, em como deve se proceder, em todos os sentidos eles ensinam [...]. (E8)

Serve para dar remédio e tem as palestras que ajudam muito a gente. (E17)

Serve para gente não enfartar. Para não subir muito a pressão [...], para acompanhar [...]. (E27)

O conhecimento do programa foi identificado através de seu funcionamento – reuniões mensais, entrega de medicação e agendamento de consultas. As atividades do programa preferidas pelos participantes foram as reuniões mensais e a entrega de medicamentos, conforme a fala abaixo:

Das reuniões mensais sempre participo, raramente eu falto [...]. Eu acho as reuniões interessantes, bem esclarecedoras, ajuda bastante, [...] amplia o conhecimento da gente [...]. Da entrega de medicamentos eu acho excelente. (E11)

O agendamento de consulta foi relatado apenas na UBS de maior porte. Porém, nesta mesma unidade, alguns usuários declararam não possuir este agendamento, como ilustra a seguinte fala:

A consulta médica não fica agendada, diz que para mim não pode porque eu não tenho 60 anos ainda. As pessoas que tem 60 anos agendam, mas eu vou na fila. Na segunda-feira mesmo cheguei na fila 4 horas da manhã. É ruim, mas é o jeito. (E23)

A caminhada foi referida por alguns usuários, porém como atividade à parte e não integrante do Programa de HA e DM. Cinco usuários de ambas as unidades referiram não saber a respeito da caminhada como indicação da Unidade de Saúde.

A quarta categoria foi a avaliação do programa pelos usuários, visualizadas para benefício próprio, como contribuição para sua saúde, com ênfase nas orientações, conforme ilustra o discurso:

O que ajuda cuidar da saúde é a orientação, por exemplo na alimentação [...] comecei a perder peso, porque só o medicamento não resolve porque você toma ali e por 3 a 4 horas você tá bom, depois volta tudo aquela carga de novo. (E1)

A contribuição das orientações associadas ao acompanhamento realizado no programa foi citada por alguns usuários, conforme segue:

Sim, através da informação e de certa forma da cobrança que se faz para que a gente tenha os cuidados devidos com a alimentação e uma série de coisas [...]. Venho por causa do acompanhamento, não só pelo medicamento [...]. (E3)

Outros citaram como contribuição para a saúde a redução de custos, conforme exemplifica a fala abaixo:

Não acho que está bom nem ruim, mas acho que essa entrega de remédio é importante, porque nós não vencemos comprar todos os remédios, [...]. (E4)

A avaliação do programa também ocorreu com enfoque no serviço, que envolve processo, estrutura e resultados. Este fato pôde ser identificado no relato sobre as dificuldades do serviço como mudança constante na equipe, citado apenas pelos usuários da UBS de menor porte, marcação de consultas e medicação em outro local, que envolvem o processo, conforme as falas a seguir:

É difícil que hoje eles tão com um grupo, amanhã já têm outro, [...] a pessoa (o profissional) vem 2 a 3 vezes e depois não vem mais, isso dificulta para gente. (E1)

A consulta médica as vezes demora para [...] agendar, 30 a 40 dias; de 3 e 3 meses eu consulto para renovar as receitas e eu acho que tinha que ser mais curto para poder acompanhar melhor. (E28)

Acho que é difícil pegar o remédio em outro lugar, mas no mesmo instante eu não faço aquele protesto. Eu concordo. Mas acho que poderia ter todos aqui [...]. (E19)

A estrutura física e medicação em outro local, que envolvem questões da estrutura, foram identificadas nas falas abaixo:

[...] o problema é o local, [...] falta espaço mesmo [...]. (E13)

O lugar não está apropriado, porque têm algumas pessoas sentadas, outras em pé então têm que ter tudo certinho, medicamentos [...]. (E29)

A questão dos exames, que abrange os resultados, foi apontada pelos usuários da UBS de maior porte, conforme exemplifica a fala seguinte:

[...] tem bastante dificuldade, por exemplo, exame. [...] Eu fiz duas cirurgias, eu paguei todos esses exames. Se fosse pra eu esperar pelo SUS [...]. E eu não tinha condições, eu fiz financiado, sabe? Parcelado, passa o cartão lá, a mulher ia lá, passava o cartão. (E19)

Como sugestões para melhoria da qualidade do programa surgiram: agendamento de consultas, aumento do número de consultas médicas, médico fixo, arrecadação de doações de alimentos (serviço voluntário), mais uma unidade para o atendimento da população (UBS de maior porte apenas), local adequado e concentração de toda a medicação na unidade.

Quando questionados se gostariam de falar mais alguma coisa em relação ao Programa do qual participam, os usuários fizeram elogios à equipe de saúde, identificaram melhoria no atendimento de saúde se comparados há décadas atrás (acesso), reforço da necessidade da entrega dos medicamentos e de palestras em todas as reuniões, maiores informações sobre atividades físicas indicadas pela equipe e dúvidas sobre o tratamento.

DISCUSSÃO

A primeira categoria “A descoberta da doença” mostra que o diagnóstico significa um marco na vida de muitos doentes crônicos. A fala de E10 ilustra o momento da descoberta do diagnóstico, o início de uma “jornada” na qual o doente crônico precisa assumir sua condição para iniciar mudanças na vida que são determinantes do sucesso do controle da doença.

Os portadores de doenças crônicas vivenciam no cotidiano um adoecimento, no qual os sentidos e significados são construídos. É nesse cenário também que são reconstruídas formas de viver e gerenciar essa condição, permeadas por um

querer-viver espontâneo⁽¹⁰⁾. O discurso de E10 ilustra a necessidade encontrada no cotidiano, de buscar o tratamento adequado para a patologia descoberta.

Os motivos para a busca do programa, segundo E3 e E16, foram acompanhamento, orientação e tratamento para o cuidado com a saúde. O portador de doença crônica tende a desenvolver um conjunto de aprendizagens ou estratégias que lhe possibilitem conviver com a doença⁽¹¹⁾. Dessa forma, para os portadores de HA e DM, a adesão ao programa ocorreu como auxílio para o enfrentamento de sua nova condição de vida, pois podem contar com o acompanhamento e o suporte dos profissionais.

Outro motivo para participar do Programa foi para a aquisição de medicamentos, que segundo E24, contribuem para a redução dos custos, bem como a orientação realizada nas reuniões na tentativa de aderir aos cuidados e tratamentos indicados. A entrega de medicamentos, preconizada pelo Plano de Reorganização da Atenção à HA e DM, estimula a continuidade do tratamento, sendo que nas duas UBS esta atividade está associada à participação nas reuniões. Esta estratégia, enfatizada na fala de E15, vai ao encontro de um dos objetivos do Plano, o de orientar e sistematizar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos hipertensos e diabéticos inseridos na atenção básica⁽²⁾.

Para qualquer doença crônica, a finalidade do tratamento está relacionada ao controle desta. No caso dos níveis pressóricos e glicêmicos, é imprescindível a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, de modo a prevenir as complicações, comorbidades e, sobretudo, a mortalidade precoce⁽¹²⁾.

A fala de E22 ilustra a importância da equipe de saúde para adesão e continuidade do tratamento. Este fato é citado em um estudo que ressalta a regularidade do acompanhamento ao paciente pela equipe de saúde da família conforme uma ordem quanto à gravidade da patologia⁽¹³⁾. Esta fala chama atenção para o direito de informação.

O conhecimento do programa, que constituiu a terceira categoria, foi identificado pela sua finalidade e por seu funcionamento. Em relação à finalidade, a fala de E8 demonstra que os usuários reconhecem o programa como um espaço de aprendizado para o cuidado de sua saúde. O usuário E17 reconhece a importância das orientações, além da entrega de medicamentos. Por serem doenças multifatoriais, a HA e DM demandam ações de intervenção como as de educação em saúde que devem considerar aspectos individuais e coletivos⁽¹⁴⁾.

O discurso do usuário E27 demonstra a importância do acompanhamento da doença e do tratamento. Assim, compreende-se que o paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida como manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas⁽¹⁾.

Com relação ao seu funcionamento, o conhecimento do programa ocorreu através da identificação das reuniões mensais, entrega de medicação e agendamento de consultas. Todos os usuários referiram participar das reuniões mensais e da entrega de medicamentos. Na fala de E11, por exemplo, identifica-se a realização da prevenção primária juntamente com a secundária preconizada no Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM⁽²⁾.

As equipes de saúde, em especial os enfermeiros, destacam-se na abordagem da prevenção secundária, visto que são estes que desenvolvem as ações junto à população. A atenção aos indivíduos com as patologias crônicas já instaladas é essencial para evitar complicações, que prejudicam a qualidade de vida dos seus portadores, bem como das pessoas que convivem com eles.

Com relação ao agendamento das consultas, houve diferenças entre as unidades, sendo que na UBS de maior porte existe o agendamento, apesar de ser percebido e vivenciado de maneiras diferenciadas entre os usuários. Na UBS de menor porte, o agendamento das consultas não é realizado. Esta diferença é caracterizada como parte do processo e, se realizada de maneira padronizada, poderia contribuir para a melhoria da visão do usuário acerca do trabalho desenvolvido pela equipe e, assim, os resultados das ações de saúde.

Na quarta categoria, os usuários avaliaram o programa em relação ao benefício próprio que acarretou e ao serviço prestado pela equipe, identificando componentes do processo, da estrutura e dos resultados.

A contribuição referida pelos usuários em relação ao benefício próprio é percebida na fala de E1 com ênfase nas orientações. O estímulo à percepção de que a adoção de hábitos saudáveis objetiva alcançar um estilo de vida saudável torna-se essencial por parte dos profissionais⁽¹⁵⁾, pois assim podem trabalhar, junto com os usuários, o alcance desta meta.

O tratamento das doenças crônicas envolve constante vigilância e acompanhamento para adesão e possível minimização do aparecimento de complicações⁽¹⁶⁾. A aferição da pressão arterial e da glicemia como acompanhamento individualizado, bem como a cobrança da manutenção do controle das patologias demonstra a atenção que os usuários necessitam para a percepção do cuidado da equipe com sua saúde. Na avaliação de saúde, estes fatores constituem parte do processo.

Com referência à redução de custos devido à entrega de medicamentos avaliada pelos usuários, a fala de E4 contempla a Portaria/GM/MS nº 371, de 04/03/02 que institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus⁽²⁾.

A aquisição de medicamentos é considerada causa única da participação de alguns usuários ao Programa HIPERDIA. No entanto, a estratégia de vinculação da participação das reuniões a esta atividade acaba sendo uma forma que a equipe de saúde encontrou para tentar captar e incentivar mudanças de hábitos de vida dos portadores de HA e DM.

Com a realização desta atividade busca-se a percepção, por parte dos usuários, da importância das orientações associada à aquisição dos medicamentos no Programa, pois o tratamento medicamentoso, se exclusivo, acaba não atingindo os índices pressóricos e glicêmicos adequados na maioria dos casos. Estas duas medidas, em conjunto, constituem o processo associado à estrutura do serviço de saúde, avaliados pelos usuários.

Em relação à avaliação dos usuários com enfoque no serviço, houve diferenças entre as UBS de maior e menor porte. A dificuldade relatada em ambas unidades foi a marcação de consulta. Na UBS de menor porte não há agendamento e na UBS de maior porte existe o agendamento. Porém é vivenciado de maneira diferenciada pelos usuários, segundo está

explícito na fala de E28, e conforme já constatado na terceira categoria referente ao conhecimento do programa. Portanto, a marcação de consultas não ocorre da mesma maneira para todos. Esta atividade faz parte do processo na avaliação qualitativa.

A mudança constante na equipe foi uma dificuldade percebida pelos usuários da UBS de menor porte, conforme a fala de E1. A proposta da ESF destaca experiências com foco na melhoria da qualidade e na humanização do atendimento que requerem novas concepções dos serviços, expressas no acolhimento e vínculo⁽¹⁷⁾. Portanto, a mudança constante de equipe pode dificultar a criação do vínculo da população com o serviço de saúde, bem como o estabelecimento de confiança para o sucesso do tratamento.

A estrutura e os resultados foram avaliados nas dificuldades de espaço físico, medicamentos e exames pelos usuários de saúde como fatores que dificultam o acompanhamento e o tratamento de saúde que buscam no serviço.

Um estudo anterior identificou dificuldades para conseguir marcar consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na média e alta complexidade da atenção, longo tempo de espera, filas, demora no recebimento dos exames, entre outros. Na busca da integralidade da atenção, com que se depara a implementação da equipe de saúde da família, essa situação recebeu forte crítica dos profissionais e, principalmente, dos usuários como os principais prejudicados por esse funcionamento do sistema⁽¹⁸⁾. Resultado semelhante foi encontrado na atual pesquisa.

Em consonância com as dificuldades encontradas pelos usuários, emergiram sugestões para melhoria do programa conforme exposto nos resultados. Foram elencadas sugestões que compõem o processo, a estrutura e os resultados no âmbito da avaliação qualitativa. As solicitações relatadas pelos usuários encontram-se preconizadas no Plano de Reorganização da Atenção à HA e DM, bem como nas diretrizes da ESF, que determinam a criação de vínculo com a população atendida, acompanhamento de grupos de risco e utilização de recursos para o atendimento da população⁽²⁾.

Tendo em vista que questões referentes ao acesso dos serviços de saúde são contempladas nas falas dos usuários, semelhantes resultados foram relatados em relação às consultas na unidade e aos encaminhamentos, pois os usuários citaram existir grande demanda para atendimento⁽¹⁸⁾.

Os usuários sugeriram melhoria no serviço e no atendimento conforme foi observado nas falas referentes às dificuldades e às sugestões ao Programa. Em estudo anterior, os fatores referidos para melhoria do serviço foram: estrutura (21,8%); atendimento (14,6%), aumentar o número de consultas, ter a medicação disponível no serviço, bem como manter o fornecimento regular das medicações, entre outros⁽¹⁹⁾. Estes fatores também foram citados em outro estudo⁽³⁾, sendo contemplados nos resultados da atual pesquisa.

Em relação aos elogios feitos à equipe de saúde, pesquisa anterior corrobora os dados da atual, no que se refere às opiniões positivas dos usuários, dentre as quais destacaram-se: o bom atendimento (trato) da equipe; a qualidade; as ações educativas e a resolutividade⁽¹⁸⁾.

Embora os usuários não possuam conhecimento das diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM⁽²⁾, na avaliação realizada por eles emergiram aspectos que constam nestas diretrizes. A existência de uma relação profissional-usuário satisfatória e reconhecida pelos usuários pode demonstrar responsabilidade da ESF para com a população. É essa relação de respeito, compreensão e escuta que faz diferença entre as práticas das ações de saúde. Com a politização dos usuários, pode-se atingir um atendimento centrado na satisfação das necessidades e na conscientização do gestor das suas obrigações, de prestar uma assistência digna e da melhor qualidade⁽³⁾.

Esta pesquisa possui como limitação a coleta de dados, devido às entrevistas terem sido realizadas no interior das unidades de saúde, possivelmente influenciando a crítica dos usuários a um serviço do qual eles dependem. Contudo, apesar do relato de dificuldades e sugestões preocuparam-se em elogiar o serviço e o atendimento.

Deste modo, verificou-se que há necessidade de implementação efetiva da Estratégia de Saúde da Família, melhoria na estrutura física do serviço e padronização do processo de atendimento. Assim, a avaliação qualitativa em saúde contribuiu para identificar os problemas que, muitas vezes, causam diferenças nos interesses entre quem os realiza (profissionais) e entre quem os vivencia (usuários).

Portanto, novos estudos avaliativos devem ser desenvolvidos envolvendo diferentes participantes, usuários, profissionais, gestores e comunidade em geral, para que diferentes visões possam subsidiar a melhoria da qualidade do atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação realizada demonstra a percepção dos usuários acerca da contribuição do Programa de HA e DM para o cuidado à sua saúde, independente da trajetória do adoecimento. O conhecimento do diagnóstico foi o marco inicial para a procura do programa, com ênfase para a redução dos custos na aquisição dos medicamentos. Aspectos referentes à estrutura física e ao atendimento de consultas com especialistas foram pontos destacados pelos usuários, bem como a falta de padronização do atendimento. Esta pesquisa possibilitou identificar os desafios a serem transpostos da avaliação qualitativa em saúde para a efetivação de melhorias na prática assistencial.

O manuscrito trata um tema importante para o SUS, para os profissionais de saúde e para a população em geral, na perspectiva de melhor conhecer esse problema para tentar diminuir as complicações. Para isso requer esforço concentrado das pessoas adoecidas, dos profissionais e dos gestores nos diferentes níveis de atenção à saúde no país.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria e vigilância em saúde, Departamento de análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [updated 2015 Jun 22; cited 2010 Jul 20]. Available from: http://www.sbn.org.br/noticias/acoes_estrategicas.pdf
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [updated 2015 Jun 22; cited 2010 Jul 20]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mio102002.pdf>
3. Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. [Basic health unit embracement: focusing on user satisfaction]. *Rev Salud Publica (Bogota)* [Internet]. 2010 May-Jun [cited 2010 Jul 10];12(3):402-13. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf> Portuguese.
4. Coimbra VCC, Kantorski LP, Oliveira MM, Pereira DB, Nunes CK, Eslabão AD. Evaluation of users' satisfaction regarding mental health care in the Family Health Strategy. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 Oct [cited 2010 Jul 10];45(5). Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a17.pdf
5. Hartz ZMA, Santos EM, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 325-40.
6. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
7. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QBR Qual Rev Bull Internet*. 1992 [cited 2010 Jul 10];18(11):356-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1465293>
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo humanos [Internet]. Diário Oficial da União 1996 [updated 2015 Jun 22; cited 2010 Jul 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html
10. Maffesoli M. *O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva*. Porto Alegre: Sulina; 2007.
11. Novais EM, Conceição AP, Domingos J, Duque V. [People with chronic diseases and their knowledge about self-care]. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul* [Internet]. 2009 [cited 2010 Jul 10];29(1):36-44. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/7376/4964> Portuguese.
12. Mantovani MF, Mendes FRP, Ulbrich EM, Bandeira JM, Fusuma F, Gaio DM. [User's representations of chronic diseases and educational practice]. *Rev Gaucha Enferm*

- [Internet]. 2011 Dec [cited 2010 Jul 10];32(4):662-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a04.pdf> Portuguese.
13. Lima AS, Gaia ESM, Ferreira MA. [The importance of Hip-erdia Program in a Family Health Unit of the municipality of Serra Talhada – PE for adhesion of hypertension and diabetes patients to drug and dietary treatment]. *Saúde Coletiva Debate* [Internet]. 2012 Dec [cited 2010 Jul 10];2(1):30-29. Available from: <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo02.pdf> Portuguese.
14. Chaves ES, Lúcio IML, Araújo TL, Damasceno MMC. [Efficiency of health education programs for adults with high blood pressure]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006 Jul-Aug [cited 2010 Jul 10];59(4):543-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a13v59n4.pdf> Portuguese.
15. Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti ML, Santos MA. [Diabetes Mellitus: challenges related to self-care addressed in a Psychological Support Group] *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 Mar-Apr [cited 2010 Jul 10];64(2):301-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf> Portuguese.
16. Mantovani MF, Mottin JV, Rodrigues J. [Nurse Home Visit with Educational Activities in the arterial pressure treatment]. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2007 Apr [cited 2010 Jul 10];6(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/757> Portuguese.
17. Ministério da Saúde (BR). A implantação da Unidade de Saúde da Família [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000 [updated 2015 Jun 22; cited 2010 Jul 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf
18. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Sousa ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. [An assessment of the Family Health Program in municipalities of Northeast Brazil: old and new challenges]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 [cited 2010 Jul 10];24(Suppl 1):69-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/12.pdf> Portuguese.
19. Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM, et al. [User satisfaction with psychosocial healthcare services, Southern Brazil]. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 Aug [cited 2010 Jul 10];43(Suppl 1):29-35. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/en_748.pdf English, Portuguese.