

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

WAGNER KLOSTER ANTUNES

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM
RELAÇÃO À INFRAESTRUTURA, ATITUDES E CONHECIMENTOS PARA O
MANEJO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PONTA GROSSA
2024

WAGNER KLOSTER ANTUNES

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM
RELAÇÃO À INFRAESTRUTURA, ATITUDES E CONHECIMENTOS PARA O
MANEJO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Dissertação apresentada para obtenção do
título de Mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, área
de Concentração Atenção Interdisciplinar em
Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Muller.
Corientador: Prof. Dr. Denilson de Castro
Teixeira.

PONTA GROSSA
2024

Antunes, Wagner Kloster

A636 Percepções de profissionais da atenção primária em saúde em relação à infraestrutura, atitudes e conhecimentos para o manejo das doenças crônicas não transmissíveis / Wagner Kloster Antunes. Ponta Grossa, 2024.
95 f.

Tese (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Muller.
Coorientador: Prof. Dr. Crivaldo Gomes Cardoso Junior.

1. APS. 2. Educação - Saúde. 3. DCNT. 4. Obesidade. I. Muller, Erildo Vicente. II. Cardoso Junior, Crivaldo Gomes. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

CDD: 613.25

WAGNER KLOSTER ANTUNES

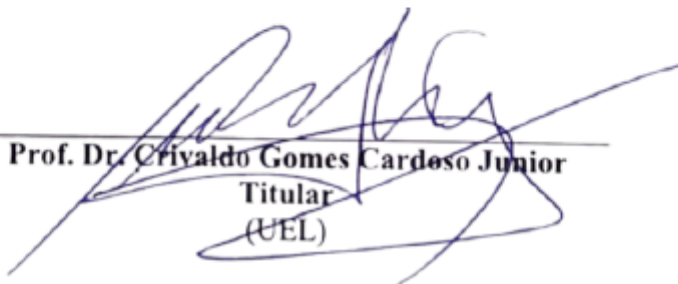
PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM RELAÇÃO
À INFRAESTRUTURA, ATITUDES E CONHECIMENTOS PARA O MANEJO DAS
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Dissertação apresentada para obtenção do
título de Mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, área
de Concentração Atenção Interdisciplinar em
Saúde.

Ponta Grossa, 02 de Agosto de 2024



Prof. Dr. Erildo Vicente Müller (UEPG)
Presidente



Prof. Dr. Crivaldo Gomes Cardoso Junior
Titular
(UEL)

Documento assinado digitalmente



POLLYANNA KASSIA DE OLIVEIRA BORGES

Data: 02/08/2024 12:13:44-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges
(UEPG) Titular

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós Graduação em Ciências da
Saúde ppgcs@uepg.br

Av. Carlos Cavalcanti, 4748 – Ponta Grossa – Paraná – Brasil – CEP: 84030-
900

Dedico a Hécio Santos, o qual me deu
amor, força e incentivo em
todo o processo deste trabalho.

Ao meu pai, Edgar Fabri Antunes (*in
memorian*), o qual nunca mediu esforços para
priorizar minha formação, tanto pessoal quanto
profissional, sempre foi um exemplo e um grande
incentivador.

AGRADECIMENTOS

Redigir essa página tem um significado muito especial, pois ao longo de toda a minha vida acadêmica, sempre tive o objetivo de chegar a este dia, em que me tornaria Mestre. Muitas pessoas passaram por minha vida, e algumas, de forma específica, contribuíram com a minha trajetória e estiveram comigo neste caminho.

Aos meus guias espirituais, que cuidam de meu caminho e firmam minha existência, por toda a proteção, firmeza, e fortalecimento durante minha jornada.

Ao meu amor e companheiro de vida, Hécio dos Santos Pinto, pelo incentivo e força, por ser meu sustento nos momentos mais difíceis, por não deixar eu esquecer que eu conseguiria e por sempre se orgulhar de mim.

Aos meus pais, Edgar Fabri Antunes (*in memorian*) e Lucimara Kloster Antunes, os quais sempre me proporcionaram caminhos para crescer enquanto ser humano e profissional.

Ao meu irmão, Leandro Kloster Antunes e cunhada Thais Pimenta Antunes, que me acolheram em momentos difíceis, estiveram ao meu lado e demonstraram seu amor por mim.

À Dolores e Afonso, por me trazerem tanto amor e pelo companheirismo em todos os momentos em que este trabalho estava sendo pensado e escrito.

Aos amigos e amigas queridas, Josméri Aparecida Ribeiro, Patrícia de Miranda Kurek, Maria da Conceição Pzybicz Siuta, Débora Neitzel Borges, Mayã Campos, Giovana Scarpini, Júlio Cesar Dias e Leonardo Colasso, pela amizade e amor, por serem família, pelo companheirismo, acolhimento e paciência nos momentos difíceis e por dividirem a vida comigo.

Aos familiares, que continuaram ao meu lado durante minha trajetória, e que de algum modo sempre me fizeram sentir importante e amado.

Ao orientador, Prof. Dr. Erildo Vicente Muller, pelas valiosas contribuições, confiança, incentivo e amizade durante o desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu Co-orientador Prof. Dr. Denilson de Castro Teixeira, pelo aceite em me acompanhar durante este trabalho e pelas sempre valiosas contribuições.

À minha banca, Prof. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges e Prof. Dr. Crivaldo Gomes Cardoso Junior, gratidão por aceitarem o convite como membros titulares da banca, pelo carinho e pelas valiosas contribuições.

Aos profissionais e participantes desta pesquisa, que foram fundamentais para o seu desenvolvimento.

Enfim, a todos que torcem verdadeiramente por mim e que de algum modo contribuíram para que eu chegasse até aqui.

*“Quem falou que eu ando só?
Nessa terra, nesse chão de meu Deus
Eu sou um mas não sou só,
Eu sou um mas não sou só”
Axé*

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por terem uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, o que podem estar associados a deficiências e incapacidades fisiológicas. Algumas pessoas com essas condições podem manter um estilo de vida ativo e saudável, desde que recebam atenção e cuidado em saúde por uma equipe capacitada e atualizada tecnicamente. O objetivo do presente estudo foi analisar o nível de conhecimento técnico sobre DCNT, percepções físicas, de pessoal e logísticas a respeito do seu trabalho, autoavaliação atitudinal e nível de estresse de profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS) de Ponta Grossa, que atuam no enfrentamento das DCNT e fatores associados. Estudo transversal, exploratório e quantitativo, com variáveis qualitativas, e ocorreu em duas etapas. A primeira etapa consistiu no levantamento do número de profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde - UBS selecionadas e na aplicação de um questionário de avaliação diagnóstica dos profissionais, no qual foi possível caracterizar e obter suas percepções sobre os temas abordados no questionário; a segunda etapa foi caracterizada pela tabulação e análise dos dados coletados. Os participantes da pesquisa foram 36 profissionais de saúde, destes, apenas 47,22% realizaram formações em DCNT nos últimos cinco anos. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as respostas em todas as categorias. Quando analisado o nível de estresse dos participantes, a pontuação sugere um nível moderado. As percepções a respeito dos conhecimentos em DCNT refletem a necessidade de fortalecer as estratégias de prevenção, tratamento e de melhorar o suporte às condições de trabalho dos profissionais, para garantir uma atenção integral e eficaz à saúde da comunidade atendida. Os resultados encontrados apontam que o fortalecimento dos profissionais através de capacitações técnicas e de um programa de educação continuada em saúde pode ter grande influência no tratamento dos usuários. Este estudo mostra a importância e relevância de um modelo de intervenção baseado na educação permanente em saúde, que sendo reproduzido na rede pública de saúde, pode ter impacto social significativo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis. Obesidade.

ABSTRACT

Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) are characterized by having an uncertain etiology, multiple risk factors, which may be associated with physiological deficiencies and disabilities. Some people with these conditions can maintain an active and healthy lifestyle, as long as they receive health care and attention from a technically trained and up-to-date team. The main objective of the present study was to analyze the level of technical knowledge about NCDs, physical, personnel and logistical perceptions regarding their work, attitudinal self-assessment and stress level of health professionals in Primary Health Care (PHC) in Ponta Grossa that work to combat NCDs and associated factors. The methodology used for this research was a cross-sectional, exploratory and quantitative study with qualitative variables and occurred in two stages. The first stage consisted of surveying the number of professionals working in the selected Basic Health Units - UBS and applying a diagnostic assessment questionnaire to the professionals, where it was possible to characterize and obtain their perceptions on the topics covered in the questionnaire; and the second stage was characterized by the tabulation and analysis of the collected data. 36 health professionals participated in the research, of which only 47.22% had completed training in NCDs in the last five years. No statistically significant difference was observed between responses in all categories. When analyzing the participants' stress level, the score suggests a moderate level. Perceptions regarding knowledge on NCDs reflect the need to strengthen prevention and treatment strategies, and to improve support for professionals' working conditions, to guarantee comprehensive and effective health care for the community served. The results found indicate that strengthening professionals through technical training can have a great influence on the treatment of users. This study shows the importance and relevance of an intervention model based on continuing health education, which, if reproduced in the public health network, can have a significant social impact.

Keywords: Primary Health Care. Health Education. Chronic non-communicable diseases. Obesity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Percepções em Relação à Infraestrutura Física, Pessoal e Logística dos Trabalhadores das UBS do Município de Ponta Grossa-PR. 2023...	46
Figura 2 -	Distribuição das Respostas sobre a Percepção dos Trabalhadores das UBSs do Município de Ponta Grossa-PR, sobre as Suas Atitudes no Desenvolvimento do Seu Trabalho, 2023.....	47
Figura 3 -	Distribuição das Respostas sobre a Percepção dos Trabalhadores das UBSs do Município de Ponta Grossa-PR, sobre o Quão se Sentem Preparados para Atuar com Conteúdos Relacionados às DCNT, 2023...	49
Figura 4 -	Percepção de Estresse Percebido dos Trabalhadores das UBSs do Município de Ponta Grossa-PR, 2023.....	51
Figura 5 -	Escore dos Questionários por Sexo preenchido pelos Trabalhadores das UBSs do Município de Ponta Grossa-PR, 2023.....	52
Figura 6 -	Escore dos Questionários em relação ao Tempo de Atuação na UBS, preenchido pelos Trabalhadores das UBSs do Município de Ponta Grossa-PR, 2023.....	53
Figura 7 -	Escore dos Questionários em relação à Carga Horária Semanal nas UBSs de Ponta Grossa-PR, 2023.....	54
Figura 8 -	Escore dos Questionários em relação à Participação em Capacitações sobre DCNT há mais de 5 Anos nas UBSs de Ponta Grossa-PR.....	55
Figura 9 -	Escore dos Questionários em relação à Participação em Capacitações sobre DCNT há Menos de 5 Anos nas UBSs de Ponta Grossa-PR, 2023.....	56
Quadro 1 -	Gastos diretos e indiretos com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	20
Quadro 2 -	Principais Estratégias de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	24

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	16
2.2	IMPACTOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	19
2.3	ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS...	22
2.4	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	29
2.5	EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	31
2.6	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	33
3	JUSTIFICATIVA.....	35
4	OBJETIVOS.....	36
4.1	OBJETIVO GERAL.....	36
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
5	METODOLOGIA.....	37
5.1	DESENHO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	37
5.2	UNIDADES DE SAÚDE ESCOLHIDAS E PARTICIPANTES DA PESQUISA...	38
5.3	INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	39
5.3.1	Avaliação diagnóstica dos profissionais das APS.....	39
5.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	41
6	RESULTADOS.....	42
7	DISCUSSÃO.....	57
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICES.....	77
	ANEXOS.....	89

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são uma realidade hoje em todo o mundo. Neste grupo de doenças estão incluídas: obesidade, doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias. Estas doenças são caracterizadas por terem uma etiologia incerta, podendo ter características genéticas ou adquiridas, múltiplos fatores de risco, grande período de latência e curso prolongado, o que em muitos casos estão associados a deficiências e incapacidades fisiológicas. Em 2019, 54,7% (n=738.371) dos óbitos registrados no Brasil foram causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Destes, 41,8% (n=308.511) ocorreram prematuramente, acometendo indivíduos entre 30 e 69 anos de idade (Brasil, 2021).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT levam de 38 milhões de indivíduos a óbito a cada ano, o que equivale a 70% das mortes no mundo. Destes óbitos, 22% ocorrem em pessoas com menos de 70 anos de idade e aproximadamente 74% em países de baixa e média renda (WHO, 2020).

O dado acima só reforça o que os estudos demonstram sobre a população mais afetada pelas DCNT, a de baixa renda. Muito disso se deve à sua vulnerabilidade social, o que a expõe a riscos de várias naturezas e ao fato de não terem acesso a serviços básicos de cuidado em saúde e práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Estas pessoas com DCNT encontram ainda a dificuldade financeira ao lidar com a doença, pois a situação de pobreza é agravada quando é necessário adquirir medicamentos ou outros gastos com a doença. Estudos mostram que determinantes sociais como região de moradia, idade, escolaridade, profissão/ocupação, renda, gênero e raça, contribuem para o aumento das DCNT, de sua gravidade e da morbimortalidade. Toda essa situação aumenta ainda mais a iniquidade em saúde e diminui a qualidade de vida desta população (Malta; Moraes Neto; Silva Junior, 2011).

As DCNT são de etiologia multifatorial e têm em comum vários fatores de risco, inclusive, em muitos casos, é comum o indivíduo possuir mais de uma DCNT. Estudos evidenciam que para deter a manifestação e crescimento destas doenças são necessárias estratégias combinadas de prevenção e controle, principalmente acerca dos fatores de risco evitáveis: sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade, diabetes, dislipidemias e consumo de bebida alcoólica

(Castro *et al.*, 2019).

É fundamental mapear e monitorar o acesso e utilização dos serviços de saúde entre pessoas com DCNT. Com este serviço, é possível conhecer o público atendido, saber quais as necessidades de saúde, bem como a gravidade e urgência da intervenção na doença. A Saúde Pública tem grande papel neste contexto, pois para que isto ocorra necessita-se a implementação de sistemas de vigilância em DCNT. Ou seja, investimento em programas que acompanhem os indivíduos em suas Unidades Básicas de Saúde, um contato direto e próximo, com foco na incidência, prevalência e em evitar o aparecimento de complicações e suas consequências na saúde dos indivíduos, garantindo assim uma vida longa e com qualidade (Travassos; Martins, 2004).

Indivíduos com DCNT tornam-se usuários assíduos dos diferentes níveis de atenção em saúde e a utilização destes serviços cresce consideravelmente nesta população. Vários motivos podem ser elencados: consultas de rotina para avaliação da condição de saúde; dúvidas em relação a sintomas ou a medicação; mas, principalmente, o surgimento de complicações agudas ou crônicas, que trazem algum tipo de incapacidade ou lesão. Outro motivo que leva frequentemente os usuários à atenção primária ou à algum serviço de saúde é para realizar a aquisição de medicamentos de forma gratuita, comumente realizado de forma contínua e automática, sem necessariamente passar por consulta médica antes (Machado-Becker; Heidemann; Kuntz-Durand, 2020).

A elevada procura e consumo de serviços de saúde requer grande planejamento das políticas públicas e adequação dos serviços e programas ofertados. Diretamente relacionados à qualidade do acompanhamento estão: experiência e conhecimento técnico dos profissionais; especialidade nas patologias atendidas; recursos físicos e humanos disponíveis; suporte financeiro e de gestão (Fernandez-Lazaro *et al.*, 2019).

Van Dongen *et al.* (2016) apontam como um dos fatores que afetam negativamente a adesão ao tratamento é a falta de ajuda e acompanhamento de uma equipe multiprofissional. Hessler *et al.* (2019) mostram que pacientes crônicos assistidos por equipe de cuidados integrativos elaboraram em conjunto um plano de ação focado na mudança de comportamento, educando nutricionalmente o indivíduo para que ocorra uma mudança em sua alimentação e incluindo a prática de atividade física para o controle do peso e melhora do quadro clínico geral, sendo que essas

ações tiveram impacto positivo no controle e melhora de sua condição.

Como forma de reduzir o impacto, a gravidade e a ocorrência das DCNT, é fundamental conhecer a realidade situacional da população, para realizar um planejamento dos programas e ações mais efetivo. O acompanhamento de uma equipe técnica qualificada também é imprescindível. Com base nos aspectos apresentados, resta evidente a necessidade de estratégias que melhorem o perfil de saúde da população brasileira, sobretudo, o controle de fatores - obesidade, alimentação não saudável, ao sedentarismo, tabagismo, entre outros fatores associados - deve ser prioridade nas equipes de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS) (Hessler *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a formação e a educação em saúde dos profissionais que atuam na APS são essenciais, principalmente no entendimento geral das patologias, a compreensão do paciente enquanto ser humano, a compreensão dos fatores de risco envolvidos nas DCNT, bem como na apropriação e utilização de ferramentas que possibilitem maior efetividade e eficácia no controle e tratamento destas condições. A educação continuada deverá manter o profissional sempre atualizado, conhecimento de diferentes frentes desde o processo de saúde-doença, doença-cotidiano, e doença-novas realidades e necessidades a serem vividas (Nunes *et al.*, 2002).

Tendo sido identificada essa necessidade, os profissionais idealizadores do projeto do trabalho em nível estadual, elaboraram um plano de Educação e Capacitação denominado “Capacita DCNT”. Tem como principal objetivo capacitar gestores e profissionais da saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) de alguns municípios do estado do Paraná a identificar, intervir e realizar a reorientação do processo de trabalho, a gestão e o monitoramento das ações voltadas à prevenção dos fatores de risco, e o tratamento da obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Além disso, visa corroborar para a inserção dos profissionais da APS dentro das estratégias nacionais de educação continuada e permanente.

A capacitação é desenvolvida por meio de uma série de encontros presenciais e online, com os profissionais de saúde e gestores das unidades, onde são realizadas formações sobre diversos temas de importância significativa para a atuação destes profissionais no enfrentamento das DCNT.

A partir destas intervenções e interações, é possível: traçar um plano para identificar e diagnosticar indicadores de ocorrência das DCNT; implementar novas

práticas na APS, criadas, e sequencialmente avaliadas, para permitir a implantação de programas mais eficazes de prevenção e controle.

O interesse em pesquisar essa temática foi despertado ao longo da minha trajetória profissional, ao identificar a necessidade e importância de se ter uma equipe capacitada no tratamento das DCNT na atenção primária. Nesse sentido, este projeto visa identificar o nível de conhecimento de profissionais de saúde de nível superior das APS do estado do Paraná, especificamente no município de Ponta Grossa e avaliar as suas repercussões, para em outras etapas do projeto incorporar novas estratégias, capacitações e intervenções focadas nos resultados encontrados e melhorar as práticas no serviço.

Espera-se, com esta pesquisa, mediante o intercâmbio e trocas de saberes e experiências entre a rede de APS e as Universidades Estaduais Paranaenses, aprimorar o processo de trabalho dessas equipes no enfrentamento das DCNT, particularmente da obesidade, hipertensão arterial e diabetes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, será apresentado o referencial teórico para o embasamento do trabalho, que contempla: Doenças Crônicas não Transmissíveis e Atenção Primária e Educação Permanente em Saúde.

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Conforme destacado, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por uma etiologia multifatorial, diversos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, não são de origem infecciosa. Entretanto, é importante ressaltar que sua associação com deficiências e incapacidades funcionais não é uma generalização válida para todos os casos. Algumas pessoas com essas condições podem manter um estilo de vida ativo e saudável, gerenciando eficazmente sua condição por meio de medicação, dieta e exercícios regulares, sem desenvolver deficiências que impactem significativamente suas atividades diárias (Brasil, 2008).

As DCNT são classificadas em doenças: congênitas, quando a pessoa nasce com a condição ou a desenvolve nos anos iniciais de vida; não congênitas, quando são desenvolvidas no decorrer da vida. A DCNT não congênita atinge pessoas em diversas faixas etárias e, frequentemente, são associadas ao estilo de vida (Malta *et al.*, 2019). Afetam vários sistemas do organismo humano, incluindo as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas (bronquite, asma, rinite), renais, cânceres, doenças metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemia) e hipertensão (WHO, 2011; Malta *et al.*, 2019). Normalmente, tem um início lento, gradual, muitas vezes de forma silenciosa e assintomática, de prognóstico incerto, de longa e até mesmo duração indefinida (Almeida *et al.*, 2018a; Barba *et al.*, 2021).

São consideradas como o maior problema de saúde mundial, sendo um dos principais desafios da área da saúde, responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no planeta (Brasil, 2011; WHO, 2011; 2014a). Representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Brasil, além de causar um grande impacto econômico, sobrecarga dos sistemas de saúde e contribuir para o aumento dos gastos com saúde e previdência social (Almeida *et al.*, 2018a; Barba *et al.*, 2021). Ademais, interferem negativamente na qualidade de vida do indivíduo,

causam incapacidades, limitações para desenvolver atividades laborais e de lazer, agravam a situação financeira do doente e da sua família (Malta *et al.*, 2014a; Almeida *et al.*, 2018a).

Os principais fatores de risco para as DCNT são: o tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável, consumo de refrigerantes, alimentos ultraprocessados, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, elitismo, sexo e predisposição genética (Brasil, 2011; Almeida *et al.*, 2018b; Malta *et al.*, 2019; Christofolletti *et al.*, 2020).

As populações com maiores graus de vulnerabilidade, como as de baixa renda e escolaridade, são as mais expostas aos riscos de desenvolver uma DCNT, devido a dificuldades financeiras para manter uma vida mais saudável e ativa, carência de atendimento de saúde, entre outras mazelas (Schmidt *et al.*, 2011; Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021), aumentando ainda mais a pobreza e as desigualdades sociais (Malta *et al.*, 2019).

Outro índice de forte relevância da DCNT é o aumento da população idosa, que está vivendo por mais tempo e usufruindo cada vez mais dos serviços de saúde (Tanaka *et al.*, 2020). Em 2010, a população brasileira na idade de 60 anos ou mais era de 19,6 milhões e, segundo estimativas, será de aproximadamente 41,5 milhões de indivíduos em 2030 (Borges; Campos; Castro, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2021), cerca de 57,4 milhões de brasileiros são acometidos por algum tipo de DCNT. De acordo com os dados da mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019, aproximadamente 50% da população brasileira acima de 18 anos é portadora de pelo menos uma DCNT (WHO, 2018), e, segundo a Organização Mundial de Saúde, as DCNT ultrapassaram as doenças transmissíveis, ocasionando a morte de aproximadamente 40 milhões de pessoas anualmente no mundo (OMS, 2022).

No Brasil, segundo dados da OMS (2022), estima-se que 75% das mortes no país são decorrentes das DCNT, distribuídas entre doenças cardiovasculares (28%), cânceres (18%), doenças infecciosas, estado materno, perinatal e nutricional (14%), doenças respiratórias crônicas (7%), diabetes (5%) e outras doenças não transmissíveis (17%).

No que diz respeito aos percentuais de mortes decorrentes de DCNT em nível mundial, observou-se um aumento expressivo nos dados encontrados. Em 2010, as DCNT eram causadoras de 63% das mortes, já em 2012 este número

subiu para 70%. A partir deste ano não houve um aumento no percentual, em 2017, 71% e em 2019, 70% (WHO, 2011; 2018; Brasil, 2011; WHO, 2014).

Segundo a OMS (2014), no ano de 2012, 38 milhões de mortes por DCNT ocorreram no mundo, já em 2017, foram 41 milhões (WHO, 2018). Ainda segundo a OMS (2014), a projeção de mortes para o ano de 2030 é de 52 milhões, o que vai ao encontro com os números de 2012 e 2017, que já apresentaram elevação na quantidade de óbitos mundiais.

No Brasil, os percentuais de mortes decorrentes de DCNT, não apresentaram grande oscilação: 2007 (72%), 2015 (75%), 2017 (76%), e 74% em 2019 (Schmidt *et al.*, 2011; Malta *et al.*, 2014b, 2020; WHO, 2021).

Observa-se nos dados acima que em todos os anos o percentual brasileiro de óbitos por DCNT foi maior do que os dados mundiais. O que é corroborado por estudos que apontam que as DCNT afetam em torno de 20% da população de países de alta renda e de 80% de países com renda baixa e média – onde se concentram a maioria da população mundial –, tendo em vista que nestes países, entre eles o Brasil, as doenças crônicas têm como forte influência a consequência da pobreza e da vulnerabilidade social, como também da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2011).

A partir da revisão bibliográfica desenvolvida neste estudo, não foram encontrados os números de mortes de 2020 e 2021, apenas uma projeção para a população brasileira, realizada em 2014, de que, provavelmente, no ano de 2020, 73% das mortes seriam derivadas das DCNT (Brasil, 2014a). No entanto, tal projeção fica prejudicada pois, no período estipulado, o Brasil, e o mundo, foram acometidos pela pandemia da COVID-19, a qual atingiu um número elevado de portadores de comorbidades, entre elas as DCNT.

Outro dado preocupante é a ocorrência de morte prematura no Brasil, na faixa etária entre 30 e 69 anos de idade, tendo as DCNT como principais causas de mortes desta população entre os anos de 1990 e 2015 (Malta *et al.*, 2017). Em 2017, foram 556.639 vidas perdidas de forma prematura no Brasil (Malta *et al.*, 2020). Segundo a OMS, em 2019, 41,8% dos óbitos foram prematuros (Brasil, 2023). Já nos países desenvolvidos, com melhores condições financeiras, de saúde e educação, as mortes prematuras correspondem a menos de 13% dos casos (Malta *et al.*, 2019).

No início do século XX, as principais causas de óbitos mundiais eram devido a doenças infecciosas. Com as melhores condições socioeconômicas e de saúde nas últimas décadas, promovendo um prognóstico promissor para várias doenças, este cenário mudou, principalmente nos países mais desenvolvidos (Assunção; França, 2020; Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021).

No entanto, nem todas as nações conseguiram evoluir de forma igual. Países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda possuem altos índices de doenças infecciosas, porém, as DCNT vêm ganhando mais espaço e acometendo cada vez mais pessoas, alcançando uma maior prevalência em comparação às demais doenças (Silva *et al.*, 2021). Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis são consideradas as grandes “vilãs” mundiais em saúde, devido a mudança de hábitos da população, da desigualdade social e dos inúmeros impactos na sociedade como um todo.

2.2 IMPACTOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A DCNT pode “[...] provocar sérios graus de incapacidade que afetam tanto os hábitos de vida e o bem-estar dos indivíduos quanto a economia do nosso país” (Asbeque *et al.*, 2023, p. 151), além de contribuir expressivamente para a morbidade e mortalidade mundial (WHO, 2020; Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021).

Pessoalmente, a DCNT afeta, significativamente, aspectos sociais e econômicos do indivíduo, estendendo-se para o ciclo familiar, dado que impacta diretamente no emocional do enfermo, reduz a qualidade de vida, limita a prática de atividades de lazer, reduz ou até mesmo impede as atividades laborais, gerando impactos extremamente negativos economicamente para a pessoa e sua família (Brasil, 2011; Asbeque *et al.*, 2023).

No que tange aos gastos com os atendimentos e, principalmente, com tratamentos a longo prazo das pessoas com DCNT, geram impactos financeiros para o governo, considerado um dos grandes desafios de saúde pública global (Brasil, 2011; WHO, 2020; Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021).

Em relação ao seu desenvolvimento no organismo dos portadores de DCNT:

Em geral, essas doenças são de longa duração, exigem acompanhamento multidisciplinar permanente, intervenções contínuas e requerem que grandes recursos materiais e humanos sejam despendidos, gerando encargos ao sistema público e também social (Asbeque *et al.*, 2023, p. 153).

Mundialmente, no período de 2006 a 2015, os gastos diretos (assistência médica, medicamentos, internações, exames, procedimentos, tratamentos de fisioterapia e de reabilitação etc.), e indiretos (perdas na produção e renda, empregos e absenteísmo), com as DCNT, atingiram aproximadamente 4 bilhões de dólares (Malta *et al.*, 2017). Os custos diretos das DCNT para os sistemas de saúde em todo o mundo representam impacto crescente, “[...] segundo o *World Economic Forum*, a carga global das perdas econômicas por DCNT entre 2011 e 2030 é estimada em até 47 trilhões de dólares, o que equivaleria a 5% do produto global bruto no período considerado” (Goulart, 2011 *apud* Asbeque *et al.*, 2023, p. 154).

No Brasil, a situação não é diferente da mundial. Em 2004, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou R\$ 30,8 bilhões somente com as doenças cardiovasculares. Segundo Asbeque *et al.* (2023, p. 156):

Mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde – SUS –, gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias. Para o sistema de saúde, os custos diretos das DCNT representam impacto crescente. No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares.

Em 2010, o gasto aproximado foi de R\$ 2,4 bilhões com as internações hospitalares. Nos anos de 2014 e 2015, as internações custaram mais de R\$ 86 milhões (Hilab, 2021 *apud* Asbeque *et al.*, 2023). No ano de 2015, 20% das internações do SUS foram diretamente ligadas à DCNT: 10,27% doenças do aparelho respiratório, 4,89% do circulatório, 3,28% de neoplasias e 1,17% das doenças endócrinas (Silva *et al.*, 2022).

No Quadro 1 estão descritos os gastos diretos e indiretos com as DCNT, no período de 20 anos, segundo diversos estudos publicados.

Quadro 1 - Gastos diretos e indiretos com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis

(continua)

Estudo	Causa	Custos	Período	Valor Gasto
Oliveira; Santos; Silva (2015)	Obesidade	Diretos	2011	R\$ 487,9 bilhões*

Quadro 1 - Gastos diretos e indiretos com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis

(conclusão)

Estudo	Causa	Custos	Período	Valor Gasto
Nilson et al. (2019)	Obesidade	Diretos	2018	R\$ 0,379 bilhões
	HAS			R\$ 2,030 bilhões
	DM2			R\$ 1,035 bilhões
Reis (2019)	Obesidade	Diretos (cirurgias bariátricas)	2008-2017	R\$ 0,440 bilhões
Oliveira et al. (2022)	Obesidade	Diretos (cirurgias bariátricas)	2009-2019	R\$ 0,514 bilhões
Florêncio et al. (2022)	DM2	Diretos (apenas hospitalizações)	2008-2019	R\$ 0,994 bilhões
Pareda et al. (2022)	DM2	Diretos (hospitalizações, atendimentos ambulatoriais e dispensação de medicamentos)	2016	R\$ 3,06 bilhões
		Indiretos (mortes prematuras)		R\$ 5,9 bilhões
Nilson; Silva; Jaime (2020)	DCVs (Associadas apenas a alta ingestão de sódio)	Diretos (Apenas hospitalizações)	2013	R\$ 0,240 bilhões
Stevens et al. (2018)	DCVs (hipertensão, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e fibrilação atrial)	Diretos e Indiretos	2015	R\$ 56,5 bilhões
Moreira et al. (2018)	DCVs	Diretos (Apenas hospitalizações)	2016	R\$ 0,514 bilhões
Nilson et al. (2020b)	DCVs	Diretos	2017	R\$ 1,88 bilhões**
		Indiretos		R\$ 2,40 trilhões
Medici (2018)	Cânceres	Diretos	1999-2015	R\$ 3,3 bilhões

Fonte: Santos (2022, p. 18).

Nota: Legenda: HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM2: Diabetes Mellitus tipo 2; DCVs: Doenças cardiovasculares.

*Valor em R\$ convertido ao câmbio de US\$ 1 = R\$ 1,81 de acordo com o valor aplicado no estudo.

**Valor em R\$ convertido ao câmbio de US\$ 1 = R\$ 3,1 de acordo com o valor aplicado no estudo.

A partir de pesquisas que estimam os custos com as DCNT é possível ter conhecimento real do público atendido, suas necessidades e peculiaridades, permitindo estabelecer prioridades de investimentos e ações por parte da gestão de saúde. Em relação aos custos:

O conhecimento acerca dos custos atribuíveis a doenças pode subsidiar o aprimoramento e a priorização das políticas de prevenção e enfrentamento das DCNT, além de fortalecer a defesa de intervenções mais robustas para prevenção dessas doenças, inclusive medidas fiscais e regulatórias (Nilson *et al.*, 2020, p. 1-2).

No Brasil, “[...] grande parte dos gastos com tratamento de doenças no SUS [...], se concentra nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, assim como dispensação de medicamentos para controle de doenças crônicas” (Nilson *et al.*, 2020, p. 2).

As DCNT possuem várias especificidades, como: fatores associados à melhora ou piora das manifestações clínicas; presença de comorbidades associadas à doença principal; doença de curso longo e irregular; agravamento da doença com necessidade de internações prolongadas etc. Tais demandas necessitam de uma abordagem multidimensional e multiprofissional até o fim da vida (Gallani, 2015).

A prevenção das DCNT e de seus fatores de risco é tarefa imprescindível para conter o crescimento dessas doenças e de suas graves consequências para o enfermo, sua família e para o sistema de saúde.

Diante da atual situação mundial, faz-se necessário que se tomem medidas de saúde pública, comprometidas com o enfrentamento e com a diminuição dos impactos desta problemática, de forma contínua, coordenada e integral (Malta *et al.*, 2014a; Silva *et al.*, 2018).

2.3 ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Apesar do grande prejuízo e impacto que as doenças crônicas não transmissíveis trazem para a humanidade atualmente, do olhar técnico, existe um fator que auxilia no enfrentamento delas: o fato de elas serem prevenidas. As principais DNCTs são as diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplásicas; possuem fatores de risco comuns e necessitam de cuidados continuados (Asbeque *et al.*, 2023).

Por se tratar de doenças caracterizadas por múltiplas causas e fatores de risco, podem apresentar longos períodos de latência, de curso prolongado, por possuírem origem não infecciosa e resultarem em graves incapacidades funcionais (Brasil, 2008), necessitam de estratégias de enfrentamento aos fatores de risco – sedentarismo, má alimentação, estresse, tabagismo, etc. – em um esforço de divulgação das intervenções recomendadas na busca da redução da mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida e saúde da população (WHO, 2011; 2017; Schmidt *et al.*, 2011).

A implantação das intervenções é viável, visto que, a maioria dos fatores de risco das DCNT são modificáveis, assim, as políticas de prevenção auxiliam no estabelecimento de metas saudáveis e acessíveis como motivação de bons comportamentos diários, através de ações governamentais que regulamentem e reduzam, como, por exemplo, a comercialização, o consumo e a exposição a produtos danosos à saúde (Brasil, 2021).

No que diz respeito ao trabalho médico-assistencial nessas doenças, observamos que: “Nas DCNT, o objetivo do trabalho médico não é curar a doença, mas geri-la, ou seja, limitar seu desenvolvimento e controlar os problemas que ela provoca da forma mais eficaz possível” (Ferreira, 2020, p. 6). “Para uma adesão ao tratamento, ele deve interferir o menos possível na vida cotidiana e não deve abalar a identidade do doente” (Ferreira, 2020, p. 7).

No entanto, em um país com grande proporção geográfica, como o Brasil, as ações de enfrentamento às DCNT são adaptadas à realidade cultural, social e financeira de cada Estado e/ou Município, apesar de existirem políticas nacionais, diretrizes e protocolos nacionais (Pedraza, 2020).

Com a crescente ampliação dos casos de DCNT no mundo, diversas iniciativas a nível mundial, assim como a nível nacional, foram desenvolvidas com o objetivo de reduzir as mortes por DCNT, assim como reduzir os impactos sociais e econômicos do longo período de tratamento das doenças.

No Quadro 2 estão descritas as principais metas de enfrentamento de acordo com os indicadores de risco das DCNT, no Brasil e no mundo.

Quadro 2 - Principais Estratégias de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

(continua)

Indicadores	Metas do Plano Nacional (2011-2022)	Metas do Plano de Ação Global da OMS (2013-2025)	Metas dos ODS (2015-2030)	Metas do Plano Opas (2014-2019)
Mortalidade prematura por DCNTs	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNTs em 2% ao ano.	Reduzir em 25% a mortalidade prematura por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas.	Reduzir em um terço a mortalidade prematura por DCNTs por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.	A
Consumo de bebidas alcoólicas	Reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool em 10%.	Reduzir em pelo menos 10% o consumo nocivo de álcool, conforme apropriado, dentro do contexto nacional.	Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e o uso nocivo do álcool.	Reduzir em 5% o consumo prejudicial de álcool, conforme o caso, dentro do contexto nacional.
Prática de atividade física	Aumentar a prevalência de atividade física no lazer em 10%.	Reduzir em 10% a prevalência da prática insuficiente de atividade física.	a	Reduzir em 5% a prevalência de atividade física insuficiente em adultos.
Uso do tabaco	Reduzir a prevalência de tabagismo em adultos em 30%.	Reduzir em 30% a prevalência do consumo de tabaco atual em indivíduos com 15 anos ou mais.	Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMSc em todos os países, conforme apropriado.	Reduzir em 30% a prevalência do consumo de tabaco atual em indivíduos com 15 anos ou mais.
Consumo de frutas e hortaliças	Aumentar em 10% o consumo de frutas e hortaliças.	a	a	A
Ingestão de sal/sódio	Reduzir para 5g o consumo médio de sal/sódio.	Reduzir em 30% a ingestão média populacional.	a	Reduzir em 30% a ingestão média populacional.

Quadro 2 - Principais Estratégias de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

(continuação)

Indicadores	Metas do Plano Nacional (2011-2022)	Metas do Plano de Ação Global da OMS (2013-2025)	Metas dos ODS (2015-2030)	Metas do Plano Opas (2014-2019)
Pressão arterial a	a	Reduzir em 25% a prevalência de pressão arterial elevada ou conter a prevalência, de acordo com as circunstâncias nacionais.	a	Aumentar para 35% a porcentagem de hipertensão controlada no nível da população (< 140/90 mmHg) entre pessoas com mais de 18 anos.
Diabetes	a	Impedir o aumento de diabetes.	a	Conter o crescimento do diabetes.
Obesidade	Deter o crescimento da obesidade em adultos.	Impedir o aumento da obesidade.	a	Conter o aumento da obesidade
Terapia medicamentos a para prevenir ataques cardíacos e derrames	a	Aumentar em 50% as pessoas elegíveis que devem receber terapia medicamentosa e aconselhamento (incluindo controle glicêmico) para prevenir ataques cardíacos e derrames.	a	A
Tecnologias básicas e medicamentos essenciais	a	Aumentar em 80% a disponibilidade de tecnologias básicas e medicamentos essenciais, incluindo os genéricos, para tratar a maioria das DCNTs nas instituições públicas e privadas.	Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis e proporcionar o acesso a medicamentos para todos.	A

Quadro 2 - Principais Estratégias de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

(conclusão)

Indicadores	Metas do Plano Nacional (2011-2022)	Metas do Plano de Ação Global da OMS (2013-2025)	Metas dos ODS (2015-2030)	Metas do Plano Opas (2014-2019)
Mamografia	Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos para 70%.	a	A	A
Exame preventivo de câncer de colo do útero	Ampliar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos para 85%.	a	A	A

Fonte: Malta (2022, p. 3-4)

Nota: Legenda: a: Indicadores e metas não contidos nos planos.

No âmbito mundial, em 2011, foi assinada uma Declaração de Alto Nível, na Organização das Nações Unidas, com a missão de deter o crescimento e reduzir as taxas de mortalidade por DCNT, a partir de prevenção dos fatores de risco e da garantia de atenção adequada à saúde (Malta; Morais Neto; Silva Junior, 2011). As recomendações são:

1. Promover a implementação do Conjunto de Recomendações da OMS sobre Comercialização de Alimentos e Bebidas não Alcoólicas para Crianças, incluindo alimentos com alta quantidade de gorduras saturadas, trans saturadas, açúcares ou sal;
2. Implementar intervenções custo-efetivas para reduzir sal, açúcar, gorduras saturadas e eliminar gorduras trans produzidas industrialmente dos alimentos a partir do desestímulo da promoção de produção e comercialização de alimentos que contribuam para dietas não saudáveis;
3. Produzir e promover produtos alimentares consistentes com dietas saudáveis, incluindo a reformulação de produtos que sejam acessíveis e disponíveis e que sigam informações nutricionais e padrões de rotulagem, incluindo a informação sobre quantidade de açúcar, sal, gorduras e, quando apropriado, gorduras trans;
4. Reduzir o uso de sal na indústria alimentar a fim de reduzir o consumo de sódio (ONU, 2011a).

Em 2013, a OMS aprovou o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle das DCNT, contendo as metas de redução das doenças e seus fatores de risco, bem como o monitoramento dessas metas até 2025. Tal plano estabeleceu o compromisso dos países membros com a redução da probabilidade de morte por DCNT em 25%, entre 2015 e 2025 (WHO, 2013).

Em 2014, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde (2014-2019), no qual foram definidas as prioridades coletivas e especificados os resultados a serem alcançados durante o período de 2014 a 2019 (OPAS, 2014).

A nível nacional, em 2011, foi instituído pelo Ministério da Saúde, o Programa Academia da Saúde (PAS) no âmbito do SUS. O PAS tinha como objetivo combater um dos fatores de risco principais da DCNT, a inatividade física. Os governos locais, através das Secretarias de Saúde dos Municípios, deveriam promover a atividade física por meio da disponibilização de estrutura específica e pessoal capacitada (Brasil, 2011). Desta forma, o PAS pode ser caracterizado como uma estratégia da Atenção Básica no desenvolvimento da promoção da saúde focado na adoção de estilos de vida saudáveis (Brasil, 2011).

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde, lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022). O plano visava promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. Ademais, visava reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade prematura por DCNT em 2% ao ano, por meio de um conjunto de ações de prevenção e promoção da saúde, associadas à detecção precoce e tratamento oportuno através da Atenção Básica de Saúde (Brasil, 2011; Malta; Morais Neto; Silva Junior, 2011).

Dez anos após, em 2021, o Ministério da Saúde lançou um novo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT. O novo plano analisou as metas estipuladas no primeiro plano, de 2011 a 2022, além de definir as novas metas para o período de 2021 a 2030. A principal meta do Plano de 2011 era reduzir a taxa de mortalidade em 2% ao ano, sendo atingida a redução de 1,64% ao ano, ou seja, meta alcançada parcialmente. O período com maior redução foi de 2010 a 2015, alcançando 3,28% ao ano e a menor redução foi de 2015 a 2019, atingindo

2,12% ao ano. No plano atual ficou estabelecida como meta a redução em 1/3 da mortalidade prematura por DCNT no país até 2030 (Brasil, 2021).

Em 2014 foi publicada a segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, onde constam as primeiras diretrizes alimentares oficiais. A primeira edição foi lançada no ano de 2006 (Brasil, 2014c). A partir da melhora da saúde, e conseqüentemente, da qualidade de vida, foi fortalecido o cuidado às pessoas, entre elas as portadoras de DCNT, baseado no incentivo da promoção de hábitos saudáveis, especialmente com relação à alimentação (Costa *et al.*, 2015).

As medidas de enfrentamento às DCNT, implantadas pelo governo brasileiro, no que cabe à atividade física e alimentação saudável, são de forte impacto na prevenção da ocorrência de DCNT. A prática do exercício físico ajuda no aumento da imunidade, o que auxilia na prevenção de infecções (Laddu *et al.*, 2021). Sobre os benefícios da prática regular do exercício físico:

A prática regular de atividade física está relacionada com a melhoria da capacidade cardiovascular e respiratória, da resistência física e muscular, da densidade óssea e da mobilidade das articulações, da pressão arterial em hipertensos, do nível de colesterol, da tolerância à glicose e da ação da insulina, do sistema imunológico, da diminuição do risco de cânceres de cólon e de mama nas mulheres, entre outros benefícios, como o controle do peso, a prevenção de osteoporose e diminuição de lombalgias, aumento da autoestima, diminuição da depressão, alívio do estresse, aumento do bem-estar e redução do isolamento social (Brasil, 2014b, p. 129).

A OMS divulgou um conjunto de evidências que apontam a importância das ações de promoção à saúde, através da implementação de políticas públicas, com o objetivo de facilitar as práticas saudáveis da população, como alimentação adequada, redução do sal nos alimentos, espaços públicos para apoiar a atividade física, ambientes livres de fumo, regulamentação da propaganda de álcool e outras (ONU, 2011b).

Assim, apesar das DCNT não ter cura, estas podem ser evitadas com ações de prevenção, acesso à saúde e de autocuidado. O autocuidado, na prevenção de DCNT, engloba a prática de atividades físicas, alimentação saudável, controle do peso corporal, redução do tabagismo e do etilismo e controle do estresse. Na ocorrência da DCNT, o mesmo autocuidado contribui para amenizar os sintomas da maioria das DCNT, em relação a este cuidado:

Dessa forma, dado o contexto de envelhecimento populacional e o fato de que as DCNT são passíveis de prevenção, tem-se a importância do

surgimento de estratégias de abordagem integral à saúde da população, as quais incluem ações de promoção, adoção de estilos de vida saudáveis, ações de vigilância e estímulo aos fatores protetores, como a alimentação saudável e a atividade física (Pereira *et al.*, 2021, p. 250).

Mesmo com o surgimento da DCNT via fatores genéticos, fator de grande relevância na determinação da suscetibilidade à doença, observa-se que, primordialmente, a DCNT é desenvolvida por fatores ambientais e estilo de vida inadequados, como maus hábitos alimentares e inatividade física. Como são fatores transformáveis, o crescimento das DCNT pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde, que possibilitam a redução dos fatores de risco e pelo atendimento e acompanhamento específico na Atenção à Saúde, proporcionando a detecção precoce e tratamento oportuno da doença (Asbeque *et al.*, 2023).

No entanto, mesmo com todas as medidas e ações de prevenção da DCNT ou na redução dos sintomas, Almeida *et al.* (2018a), alerta que tais práticas a serem desenvolvidas na saúde pública, ainda é um desafio. Há de se ter em vista a ausência de diagnóstico precoce, dificuldades com o controle dos fatores de risco, assim como, com a manutenção do tratamento, a fragmentação dos cuidados dentro das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), o subfinanciamento do SUS, entre outros fatores.

O atendimento pelos profissionais da APS deve ser pautado na humanização da saúde, com foco em determinantes sociais e nas ações intersetoriais e interdisciplinares (Viegas; Carmo; Luz, 2015). Tal vínculo favorece o cuidado integral, no qual vai se construindo laços afetivos, de confiança, de respeito e valorização (Firmo; Jorge, 2015).

Assim, o sucesso do enfrentamento às DCNT, passa efetivamente pela Atenção Primária à Saúde, que precisa estar preparada para o atendimento do doente. A compreensão do cuidado na APS com as DCNT tem um envolvimento na estratégia proposta para o envolvimento dos serviços e profissionais de saúde como uma ferramenta efetiva e sustentável de intervenção nas comunidades.

2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) “[...] representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos

aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população” (Brasil, 2010, p. 7). Sobre as APS:

A APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema (Brasil, 2010, p. 7).

No Brasil, a APS “[...] se desenvolve por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa estruturar o modelo de atenção, ao priorizar a prevenção e a promoção, sem deixar de lado o atendimento assistencial, por meio da atuação de uma equipe multiprofissional” (Machado-Becker; Heidemann; Kuntz-Durand, 2020, p. 42). A ESF tem como característica o alto grau de descentralização, por meio da atuação de uma equipe multiprofissional, focada na solução do problema baseado no território a que pertence (Brasil, 2017; Becker *et al.*, 2018).

A APS é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e, devido ao crescimento dos números de portadores com DCNT, tem atraído as atenções ao processo de trabalho voltado ao enfrentamento das DCNT. A ESF é considerada o principal modelo de ação da APS, no entanto, é carente de ações capazes de oferecer atenção integral e continuada para o atendimento dos portadores de DCNT (Medina *et al.*, 2014). Segundo o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022” (Brasil, 2011), a APS é uma estratégia importante para a produção de cuidado integral e continuado (Malta; Moraes; Silva Júnior, 2011).

Perante as necessidades específicas dos pacientes com DCNT, a APS necessita ser robusta, garantindo o enfrentamento dos fatores de risco das DCNT (Castro *et al.*, 2019). Entretanto, estudos sobre as práticas de cuidado na APS demonstram que o atendimento está longe de ser adequado, com ampla variação entre localidades, até mesmo em um mesmo país, em razão dos modelos de proteção social adotados (Fachini; Tomasi; Dilélio, 2018; Giovanella, 2018).

Pode-se afirmar que tais resultados são preocupantes, dado que “[...] a carga crescente de doenças não transmissíveis (DNTs) apresenta um novo desafio” (GBD 2016 Brazil Collaborators, 2018, p. 760), exigindo esforços da gestão da

saúde como um todo, dos profissionais de saúde e até mesmo por parte da população.

O combate às DCNT acontece, dentre tantas estratégias, através da promoção da saúde: buscando o desenvolvimento das pessoas e da educação na temática, permitindo a construção do conhecimento necessário em saúde, o qual pode contribuir para a autonomia das pessoas em seu cuidado (Koerich *et al.*, 2019). Contudo, é preciso estabelecer uma troca de conhecimentos, a fim de criar e transformar a realidade, possibilitando o efetivo alcance para as mudanças necessárias para as condições de vida e saúde das pessoas (Santos *et al.*, 2016), sendo esta troca de conhecimento transmitida a partir da educação em saúde.

2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde “[...] constitui uma fração das atividades voltadas à melhoria na qualidade de vida” (Bortoli *et al.*, 2003, p. 57). Pode ser entendida como uma forma de construção de conhecimento dos profissionais da saúde, dos gestores e de todos os cidadãos na busca pela autonomia da saúde de forma individual (Seabra *et al.*, 2019).

Machado-Becker (2020, p. 46) completa afirmando que “[...] o desenvolvimento de habilidades pessoais traz a educação em saúde, como protagonista deste campo de ação que visa capacitar as pessoas para que tenham condições de fazerem as melhores escolhas”. A Educação em saúde atua como instrumento de transformação social, proporcionando novos conhecimentos que permitem o acesso à qualidade de vida e que propiciam a adoção de hábitos saudáveis (Carvalho; Mesas; Andrade, 2006).

A educação em saúde deve ser focada na problematização do cotidiano e valorização das necessidades coletivas e individuais. Assim sendo, deve ser um processo capaz de manter e elevar o nível de saúde da população, reforçando a necessidade da manutenção de hábitos positivos de saúde. Através destes ensinamentos o indivíduo será capaz de adquirir novos hábitos para a manutenção da sua saúde, sem doenças, fazendo com que a pessoa perceba sua real situação, sendo protagonista da sua história e único responsável por suas atitudes (Reis *et al.*, 2010; Alves; Aerts, 2011).

Alves e Aerts (2011) complementam que o conhecimento em saúde motivada para a ocorrência de mudanças de hábitos de vida mais saudáveis, como, por exemplo, consumo de refeições adequadas, prática de exercícios físicos e uso adequado de medicamentos, são hábitos imprescindíveis para o enfrentamento dos fatores de risco da DCNT. Assim, a educação em saúde tem como foco permitir a construção de um trabalho que valoriza o ser humano e a diminuição da ocorrência de desfechos desfavoráveis das DCNT, como internamentos, mortalidade e sequelas.

O processo educativo inclui o diálogo entre os profissionais, gestores e usuários da saúde, reforçando os modos possíveis e corretos do cuidado em saúde, a partir da compreensão das causas e consequências de seu estado. A educação não deseja controlar a doença, mas sim, ajudar o gerenciamento da vida apesar da enfermidade (Yoshida; Andrade, 2016). Sobre conhecimento e a integração do cuidado:

A educação em saúde, combinada com acompanhamento contínuo, possibilita que os pacientes compreendam a importância da adesão ao tratamento e de mudanças no estilo de vida, promovendo melhoria na qualidade de vida e reduzindo complicações associadas. [...] É preciso que a informação e a assistência sejam possibilitadas para cada usuário do serviço de saúde, tornando-se prioritária a vigilância, orientação, avaliação e monitoramento para a efetiva promoção da saúde e cuidado integral (Lima *et al.*, 2023, p. 3254-3256).

Nesse sentido, as estratégias de educação popular em saúde, fundamentadas na abordagem do empoderamento, podem promover o desenvolvimento das práticas de autocuidado, uma vez que consideram as necessidades, objetivos e experiências das pessoas, de modo que estas desenvolvam autonomia para tomar decisões relacionadas à gestão de sua condição de saúde.

Para além de trazer benefícios diretos para o usuário do sistema de saúde brasileiro, investir na educação em saúde favorece a redução dos custos por parte do Estado ou dos próprios planos de saúde (Araújo *et al.*, 2019). Sobre a Educação em Saúde e a APS:

A educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da vida na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, pois a prevenção é menos onerosa e consegue abranger cada indivíduo como

seres multidimensionais que necessitam de apoio em todos os âmbitos da vida (Nascente *et al.*, 2023, p. 7).

A aplicação da educação em saúde pode ser considerada uma excelente estratégia para reduzir custos com as instituições, sendo possível a administração e utilização de forma mais adequada dos recursos financeiros do setor de saúde como um todo, além de proporcionar uma maior longevidade com qualidade de vida para a população.

No entanto, para que ocorra a educação em saúde, é imprescindível que seja desenvolvida a educação permanente em saúde para os envolvidos na gestão e no atendimento propriamente dito da população enferma.

2.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é definida como:

[...] um processo pedagógico que coloca o cotidiano do trabalho em saúde ou da formação em análise, partindo-se do pressuposto da aprendizagem significativa que propicia a reflexão pelos próprios profissionais de saúde da realidade vivida e dos modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, bem como dos problemas enfrentados (Ceccim, 2005, p. 162).

Entende-se a EPS como uma “prática de ensino-aprendizagem” e como uma “política de educação na saúde”. São equivalentes em muitas vertentes da educação em saúde, porém, com uma diferença crucial, enquanto a educação em saúde tem em vista a cidadania, a educação permanente em saúde tem em vista o trabalho. Sobre a educação e o trabalho em saúde:

É um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações (Ceccim; Ferla, 2006, p. 1).

No Brasil, a Educação Permanente em Saúde foi instituída pela Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, considerada como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Surgiu a partir de um momento em que se buscava por mudanças em relação às

práticas educativas nos serviços de saúde e a necessidade de avanços na integração ensino-serviço (Brasil, 2004).

Em 2007, foi lançada a Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, com novas diretrizes sobre a EPS e reiterando a compreensão e tratamento da gestão da educação na saúde, formação e desenvolvimento, com o objetivo de nortear a qualificação dos profissionais do setor público de saúde de acordo com as necessidades e dificuldades do setor (Brasil, 2007). Em relação ao trabalhador e seus autopercepções:

A proposta da EPS parte do reconhecimento de que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de autoavaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares. Considera, ainda, que é no cotidiano que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer. E, na mesma lógica, pressupõe ações articuladas com os níveis de gestão e as instituições formadoras de recursos humanos (Hupsel, 2022, p. 30).

A educação permanente em saúde “[...] tornou-se, dessa forma, a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde” (Ceccim; Ferla, 2006, p. 01). Caracteriza-se como um processo contínuo, coletivo e institucional, de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, resultando na transformação e atualização constante da realidade do trabalho, e, conseqüentemente, da saúde da população, objeto principal dos ensinamentos sobre saúde.

3 JUSTIFICATIVA

Os profissionais da saúde são motivados a aprender quando participam ativamente na incorporação do conhecimento, utilizam experiências prévias e quando o foco desta aprendizagem pode ser aplicado em situações reais. A proximidade com a realidade faz com que o conhecimento e as ações tenham mais efetividade.

Quantificar o nível de conhecimento dos profissionais envolvidos no trabalho de atendimento às pessoas com DCNT na APS em Ponta Grossa-PR, possibilitou que a Educação Continuada, por meio dos encontros técnico-científicos do “Capacita DCNT”, sejam mais focados nas necessidades dos profissionais participantes. Deve-se ter em vista as especificidades do público atendido, pois este conhecimento possibilitou uma melhor qualidade do serviço e atendimento prestado, além de uma reorganização do processo de trabalho nos programas de enfrentamento às DCNT e na formação de recursos humanos (estudantes de graduação e pós-graduação) para a atuação no ensino, pesquisa e extensão que auxiliarão na disseminação do conhecimento e também diferentes estratégias para que os usuários previnam ocorrência de DCNT e outras doenças associadas.

A educação em saúde, através da atualização técnica dos profissionais, traz fortalecimento técnico das equipes e visa auxiliar e potencializar as ações e resultados dentro da APS do Município de Ponta Grossa contribuindo para melhores atendimentos e consequente maior efetividade na melhora na qualidade de vida e na redução dos efeitos negativos das DCNT na vida dos pacientes.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o nível de conhecimento técnico sobre DCNT, percepções físicas, de pessoal e logísticas a respeito do seu trabalho, autoavaliação atitudinal e nível de estresse de profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS) de Ponta Grossa no enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis e fatores associados.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Possibilitar, por meio da investigação e identificação da realidade encontrada, a criação de novas formas de intervenções, treinamentos e capacitações.
- Buscar formas de trabalho e atuação mais efetivas, direcionadas às necessidades encontradas.
- Transmitir e disseminar os resultados do estudo para a comunidade científica, serviços de saúde e comunidade, para assim potencializar o impacto social das ações do projeto.

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Esta pesquisa trata-se de um estudo transversal, exploratório e quantitativo, com variáveis qualitativas. Integra um estudo de maior abrangência e estudo, denominado “Formação de gestores e profissionais de saúde da APS do Estado do Paraná no enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis e fatores associados: análise de efetividade a partir de abordagem quali-quantitativa.”, desenvolvido por pesquisadores vinculados à Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Universidade Estadual de Maringá (UEM) e as Prefeituras Municipais das respectivas cidades. Foi enviado para a Plataforma Brasil sendo apreciado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina, com a aprovação publicada na através do nº 5.086.586, CAAE: 52812621.0.1001.5231 (Anexo A).

A presente pesquisa foi realizada no Município de Ponta Grossa – PR. A cidade foi escolhida pela grande relevância no cenário estadual, visto que é a quarta maior cidade do Estado em população, com 358.371 mil habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2022 (IBGE, 2022). O salário médio mensal dos trabalhadores é de R\$ 3.385,20 e a cidade possui o 77º PIB per capita do estado. No âmbito da Educação no Ensino Superior, a cidade possui duas universidades públicas, uma estadual e uma federal, além de instituições do Ensino Superior privadas. Considerando todas estas instituições, nelas são contemplados cursos como: Nutrição, Farmácia, Enfermagem, Fisioterapia, Biomedicina, Medicina, Psicologia, Radiologia, Fonoaudiologia, Odontologia, entre outros.

A Atenção Primária em Saúde (APS) conta com 52 Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na área urbana e 10 na área rural. São 82 Equipes de Saúde da Família (ESF), 13 de Saúde Bucal e 01 Equipe de Atenção Domiciliar. Nestas unidades estão inseridos profissionais de diferentes categorias, que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), as equipes de Atenção Básica e as equipes de Saúde Bucal.

O município conta ainda com sete clínicas especializadas e quatro centros de atenção à saúde a saber: Centro Municipal da Mulher, Centro Municipal de Especialidades (Ambulatório de Especialidades, Central de Marcação de Consultas

e Exames/Tratamento Fora de Domicílio), Central de Agendamentos (Fisioterapia, Cartão SUS, Agendamento de transporte Via TFD) e Centro Municipal de Órtese e Prótese (Bolsas de ostomias, alimentação enteral, fraldas e oxigênio); duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Hospital Universitário, que atende ao público em geral, maternidade e infantil de toda a 3ª Regional de Saúde do Paraná e quatro hospitais privados, dois deles que prestam serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2022).

A pesquisa ocorreu em duas etapas. A primeira etapa consistiu no levantamento do número de profissionais que trabalham nas UBS selecionadas e na aplicação de um questionário de avaliação diagnóstica dos profissionais da APS. Após o convite e aceite dos participantes, houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). A segunda etapa foi caracterizada pela tabulação e análise dos dados coletados.

5.2 UNIDADES DE SAÚDE ESCOLHIDAS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

As Unidades Básicas de Saúde em que o estudo foi realizado foram selecionadas pela Gestão de Atenção Primária da Fundação Municipal de Saúde da cidade de Ponta Grossa. Teve como critério de escolha: analisou-se o perfil epidemiológico dos distritos do Município e, posteriormente, foi escolhida uma unidade de cada distrito, a que mais apresentava pacientes com DCNT.

Como critérios de elegibilidade para seleção dos participantes da pesquisa foram: profissionais da saúde com nível superior pertencentes ao quadro funcional das UBS selecionadas; obter a autorização da gestão da Fundação Municipal de Saúde para participar do projeto e não possuir previsão de desligamento do cargo ou aposentadoria durante todo o período em que ocorressem os módulos de formação técnica; e atualização dos profissionais - etapa subsequente à este estudo, prevista no estudo principal.

5.3 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi preenchido de duas formas diferentes: entregues diretamente para os profissionais para que estes pudessem respondê-los

e recolhidos posteriormente após o preenchimento, e de forma online, respondendo-o diretamente na plataforma fornecida pelo projeto.

Foi utilizado um questionário para autopreenchimento com questões para caracterização da amostra - Avaliação das Equipes APS. Todo o processo de identificação e avaliação do processo de trabalho, habilidades técnicas e pessoais, competências e atitudes dos profissionais das equipes da UBS que realizam o trabalho em APS, foi analisado a partir de três instrumentos que compõe o questionário: avaliação diagnóstica dos profissionais das APS (Apêndice B) e escala de percepção de estresse (Apêndice C).

5.3.1 Avaliação diagnóstica dos profissionais das APS

O questionário foi idealizado e elaborado pela equipe do projeto com base no “Modelo de avaliação do processo de trabalho na Atenção Básica em Saúde com foco na gestão” proposto por Fontana, Lacerda e Machado (2016) e no questionário PCATool – Brasil para profissionais médicos e enfermeiros (Brasil, 2020). Ambos os questionários eram compostos por questões distribuídas em quatro blocos, com informações a respeito da: 1) caracterização do participante e perfil nutricional; 2) percepções sobre a infraestrutura e logística; 3) autoavaliação sobre atitudes relacionadas ao enfrentamento das DCNT na APS e; 4) percepções sobre o quão se sentiam preparados em relação aos conhecimentos necessários para atuar com o enfrentamento das DCNT. Na sequência, são apresentadas as questões que foram utilizadas em cada bloco dos instrumentos:

1) Caracterização do participante

Neste bloco do questionário foram coletadas informações pessoais e profissionais dos participantes, como nome, idade, gênero, profissão, tempo de experiência na área/trabalho, regime de contratação na UBS, área de formação e grau de titulação e se possuíam algum tipo de formação na área das DCNT.

2) Infraestrutura física e logística da UBS

Bloco composto por afirmativas relacionadas à percepção dos profissionais quanto à infraestrutura da UBS e sua relação com a organização da equipe e dos

serviços oferecidos aos usuários. As respostas para cada afirmativa foram assinaladas em uma escala de Likert de cinco opções (discordo totalmente, discordo parcialmente, não concordo e nem discordo, concordo parcialmente e concordo totalmente).

3) Autoavaliação atitudinal

Bloco composto por afirmativas relacionadas à percepção dos profissionais em relação à postura e atitudes no seu trabalho na APS. As respostas para cada questão foram assinaladas em uma escala de Likert de cinco opções.

4) Conteúdos e conhecimentos sobre as DCNT e seu fatores de risco

Bloco composto por afirmativas relacionadas à percepção dos profissionais sobre o sentimento deles acerca da preparação técnica para atuarem no enfrentamento das DCNT no âmbito da APS. As respostas para cada questão foram assinaladas em uma escala de Likert de cinco opções.

Todas as afirmativas e questões presentes no questionário foram apresentadas nos resultados deste trabalho.

A versão final do questionário passou por revisão de conteúdo por dois membros da equipe com experiência na área de avaliação na saúde, que ajustaram os conteúdos e a redação dos itens.

Além da avaliação do processo de trabalho e as habilidades e competências dos profissionais para o enfrentamento das DCNT, foi avaliada nestes profissionais a percepção de estresse a partir do seguinte instrumento:

a) Escala de Percepção de Estresse: desenvolvida por Cohen., *et al* (1983), foi traduzida e adaptada para o português por Ribeiro e Marques (2009), que direcionaram para a aplicação em pessoas adultas. A percepção dos profissionais sobre estresse é avaliada por meio de dez itens, que tem como objetivo verificar o impacto no estado de saúde mental no nível de conhecimento adquirido ou na aderência ao treinamento.

5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística, inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados, com estimativa de média, mediana, desvio padrão, percentil 25% e 75% das variáveis quantitativas e frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas. Foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a aderência dos dados quantitativos à distribuição normal. Este procedimento é importante para a tomada de decisão sobre os testes a serem utilizados nas análises inferenciais. Abordagens não-paramétricas devem ser utilizadas quando o p-valor do teste de Shapiro-Wilk for $<0,05$, caso contrário são utilizadas abordagens paramétricas.

Os escores dos questionários também foram analisados em relação às características sociodemográficas dos participantes. Para as variáveis que apresentaram aderência à distribuição normal, a diferença entre dois grupos foi verificada pelo teste *t de Student*. Para as variáveis que não apresentaram distribuição normal a diferença entre dois grupos foi verificada por meio do teste U de Mann-Whitney. Este é um teste não paramétrico utilizado para comparar duas amostras aleatórias independentes, sendo uma alternativa ao teste *t de Student*, a diferença entre eles é que teste t testa a igualdade das médias já o teste U de Mann-Whitney testa a igualdade das medianas.

Para verificar a diferença entre três ou mais grupos em variáveis com distribuição normal, foi realizado o teste ANOVA, com pots hoc de Tukey. Para as variáveis sem distribuição normal, as diferenças entre três ou mais grupos foram verificadas por meio do teste de Kruskal-Wallis. Este é um teste não-paramétrico utilizado para comparar três ou mais amostras aleatórias independentes. O teste identifica se existe pelo menos um grupo que apresenta mediana significativamente diferente das demais. O teste de Kruskal-Wallis é o método não-paramétrico alternativo à ANOVA para um fator sendo utilizado nos casos em que as suposições exigidas pela ANOVA não são atendidas.

Para melhor visualização das análises foram elaborados gráficos de Likert e boxplots. O nível de significância utilizado foi de 5% e todas as análises foram realizadas no ambiente R 4.2.1 (R Core Team, 2021).

6 RESULTADOS

Os dados descritivos revelam que a amostra incluiu 36 profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Ponta Grossa. Destes, 22 (61,11%) responderam ao questionário online, enquanto 14 (38,89%) optaram por preenchê-lo presencialmente. A amostra era composta por profissionais médicos (25%), cirurgiões-dentistas (22,22%), enfermeiros (13,89%), farmacêuticos (13,89%), fisioterapeutas (5,56%), nutricionistas (5,56%) e um profissional de educação física (2,78%).

A média de idade dos participantes foi de 35,71 anos, com um índice de massa corporal (IMC) médio de 26,07 kg/m², indicando sobrepeso.

Na Tabela 1, são apresentadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) às quais pertencem os participantes, juntamente com características como sexo e raça. A UBS com o maior número de participantes foi a UBS 1, representando 27,78% da amostra. Os participantes classificados como "Outras UBS" são aqueles que pertencem a unidades de saúde distintas, mas estavam alocados nas UBS selecionadas durante a coleta de dados. Conforme observado, 77,78% dos participantes eram do sexo feminino, e 86,11% deles se autodeclararam brancos.

Tabela 1 - Distribuição de Local de Trabalho, Gênero e Etnia dos Profissionais das UBSs de Ponta Grossa-PR, 2023

Variável		N	%	IC 95%	
				Inf	Sup
UBS Ponta Grossa	UBS 1	10	27,78	15,85	43,99
	UBS 2	4	11,11	4,41	25,31
	UBS 3	5	13,89	6,08	28,66
	UBS 4	2	5,56	1,54	18,14
	UBS 5	4	11,11	4,41	25,31
	UBS 6	2	5,56	1,54	18,14
	Outra UBS	9	25	13,75	41,07
Sexo	Feminino	28	77,78	61,92	88,28
	Masculino	8	22,22	11,72	38,08
Raça	Branco	31	86,11	71,34	93,92
	Pardo	2	5,56	1,54	18,14
	Preto	2	5,56	1,54	18,14
	Amarelo	1	2,78	0,49	14,17

Fonte: O autor.

Nota: N= frequência absoluta; %= frequência relativa; Inf= intervalo de confiança inferior; Sup= intervalo de confiança superior.

Quanto à formação acadêmica dos profissionais, 97,22% afirmaram possuir um curso de graduação, enquanto 2,78% possuem mais de um curso. A graduação mais frequente foi Odontologia e Medicina, ambas com 25% (n=9), seguidas por Enfermagem com 13,89% (n=5). Em relação à realização de cursos de pós-graduação, 55,56% (n=20) dos participantes afirmaram ter cursado ao menos uma especialização, sendo Saúde da Família (8,34%) e Ortodontia (5,56%) os cursos mais frequentes. Dentre os participantes, 16,68% (n=6) eram residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva durante a aplicação do questionário.

Quanto à participação em formações e capacitações sobre DCNT, foram consideradas formações com mais e menos de 30 horas. Na Tabela 2, observa-se que 47,22% dos participantes realizaram formações nos últimos cinco anos, e 30,56% há mais de cinco anos.

Nas formações com menos de 30 horas realizadas nos últimos cinco anos, 22,22% dos participantes relataram ter participado de ao menos uma formação, enquanto 63,89% relataram não ter participado de nenhuma ou não responderam. Já para as formações com mais de 30 horas realizadas nos últimos cinco anos, 11,11% dos participantes relataram participação de ao menos, e 77,78% relataram não ter participado de nenhuma ou não responderam.

Nas formações com mais de 30 horas realizadas há mais de cinco anos, 5,56% dos participantes relataram participação de ao menos uma formação, e 88,89% relataram não ter participado de nenhuma formação ou não responderam. Quanto às formações com menos de 30 horas realizadas nos últimos cinco anos, 13,89% dos participantes relataram participação de ao menos uma formação, enquanto 80,55% relataram não ter participado de nenhuma formação ou não responderam.

Tabela 2 - Informações sobre as capacitações DCNT dos Trabalhadores das UBSs de Ponta Grossa- PR, 2023

(continua)

Variável		N	%	IC 95%	
				Inf	Sup
Capacitações DCNT < 5 anos	Não	17	47,22	31,99	62,99
	Sim	17	47,22	31,99	62,99
	Não informado	2	5,56	1,54	18,14

Tabela 2 - Informações sobre as capacitações DCNT dos Trabalhadores das UBSs de Ponta Grossa- PR, 2023

(conclusão)

Variável		N	%	IC 95%	
				Inf	Sup
< 30 horas	0	4	11,11	4,41	25,31
	1	8	22,22	11,72	38,08
	2	3	8,33	2,87	21,83
	3	1	2,78	0,49	14,17
	4 ou mais	1	2,78	0,49	14,17
	Não possui/informado	19	52,78	37,01	68,01
> 30 horas	0	9	25	13,75	41,07
	1	4	11,11	4,41	25,31
	2	3	8,33	2,87	21,83
	4 ou mais	1	2,78	0,49	14,17
	Não possui/informado	19	52,78	37,01	68,01
Capacitações DCNT > 5 anos	Não	22	61,11	44,86	75,22
	Sim	11	30,56	18	46,86
	Não informado	3	8,33	2,87	21,83
< 30 horas	0	3	8,33	2,87	21,83
	1	5	13,89	6,08	28,66
	2	1	2,78	0,49	14,17
	3	1	2,78	0,49	14,17
	Não possui/informado	26	72,22	56,01	84,15
> 30 horas	0	6	16,67	7,87	31,89
	1	2	5,56	1,54	18,14
	2	1	2,78	0,49	14,17
	4 ou mais	1	2,78	0,49	14,17
	Não possui/informado	26	72,22	56,01	84,15

Fonte: O autor.

Nota: N= frequência absoluta; %= frequência relativa; Inf= intervalo de confiança inferior; Sup= intervalo de confiança superior.

Ao serem questionados sobre o diagnóstico de alguma DCNT, 22,22% dos participantes responderam positivamente. Dentre esses, a DCNT mais frequente foi Hipertensão Arterial, relatada por 11,11% dos participantes.

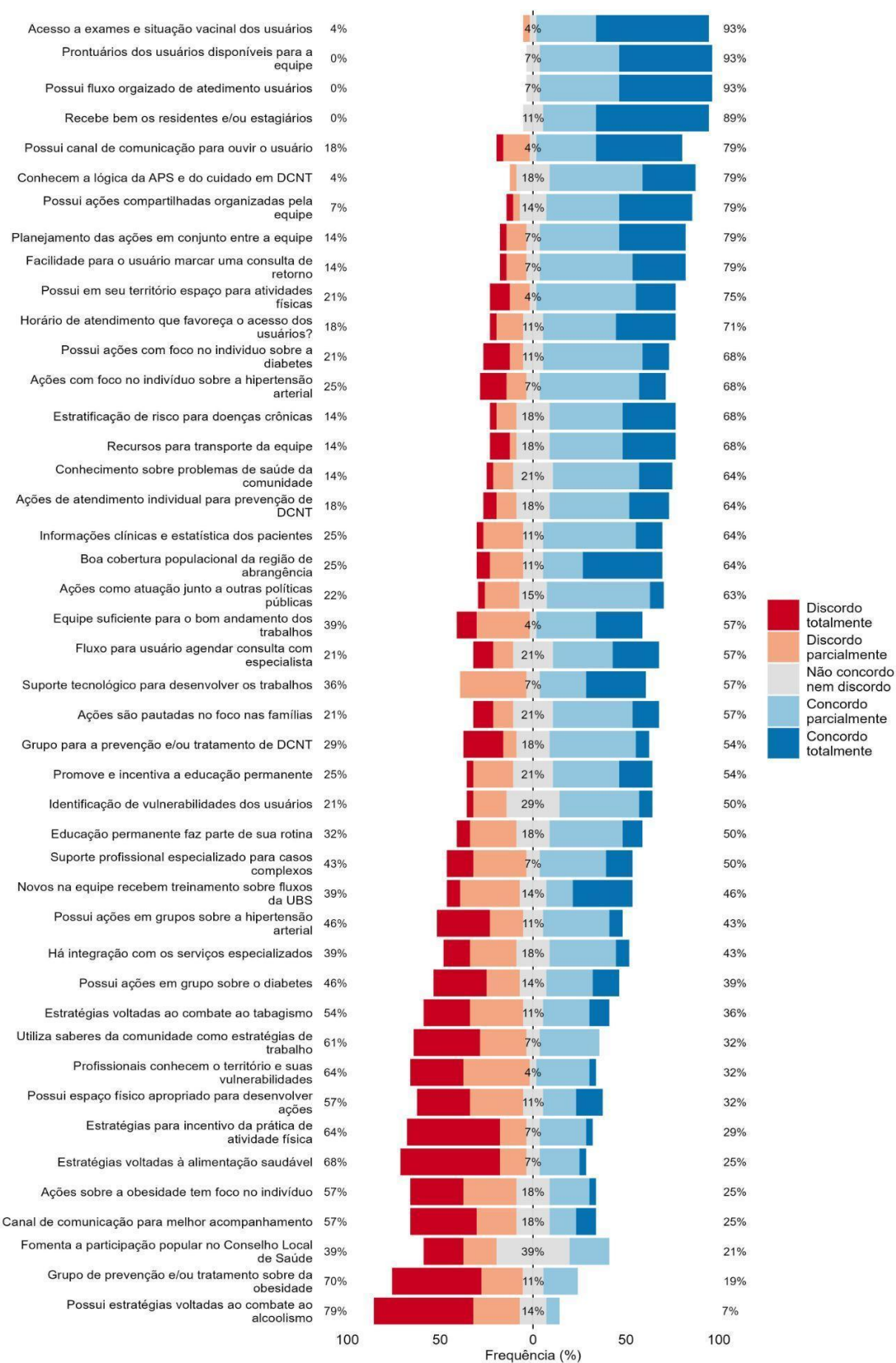
Na Figura 1, são apresentadas as frequências de respostas sobre as percepções dos profissionais em relação à infraestrutura física, pessoal e logística das Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde trabalham, no que diz respeito ao enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Foram consideradas 28 respostas para este questionário.

Observa-se, de maneira geral, que a maioria concorda que as unidades de saúde onde trabalham possuem boa infraestrutura para o desenvolvimento das suas atividades. As percepções que geraram mais concordância foram sobre a estrutura da unidade, como: acesso aos dados dos usuários (93%); fluxo organizado de atendimento (93%); canal de comunicação eficiente com os usuários (79%); profissionais que conhecem a logística da APS e do cuidado em DCNT (79%); planejamento das ações em conjunto com a equipe (79%); ações com foco no indivíduo sobre diabetes e hipertensão (68%); estratificações de risco para doenças crônicas (68%); conhecimento sobre os problemas de saúde da comunidade atendida (64%); atendimento individual para prevenção de doenças crônicas (64%); equipe em número adequado para o bom andamento dos trabalhos (57%); fluxo que permite ao usuário agendar consulta com especialista (57%); ações pautadas com foco na família (57%); ações em grupo para a prevenção e/ou tratamento de doenças (54%); promoção e incentivo à educação permanente (54%).

As percepções que geraram mais discordância foram sobre: estratégias voltadas ao combate ao alcoolismo (79%); ações em grupo de prevenção e/ou tratamento sobre a obesidade (70%); estratégias voltadas à alimentação saudável (68%); estratégias voltadas à prática de atividade física (64%); tempo dos profissionais para conhecer o território e suas vulnerabilidades (64%); utilização dos saberes da comunidade como estratégias para prevenção de DCNT (61%); ações sobre obesidade com foco no indivíduo (57%); canal de comunicação para melhorar o acompanhamento (57%); espaço físico apropriado para desenvolver ações (57%).

Essas percepções refletem a necessidade de fortalecer as estratégias de prevenção e tratamento de doenças, especialmente aquelas relacionadas às DCNT e de melhorar o suporte e as condições de trabalho dos profissionais de saúde, para garantir uma atenção integral e eficaz à saúde da comunidade atendida.

Figura 1 - Percepções em Relação à Infraestrutura Física, Pessoal e Logística dos Trabalhadores das UBS do Município de Ponta Grossa-PR. 2023

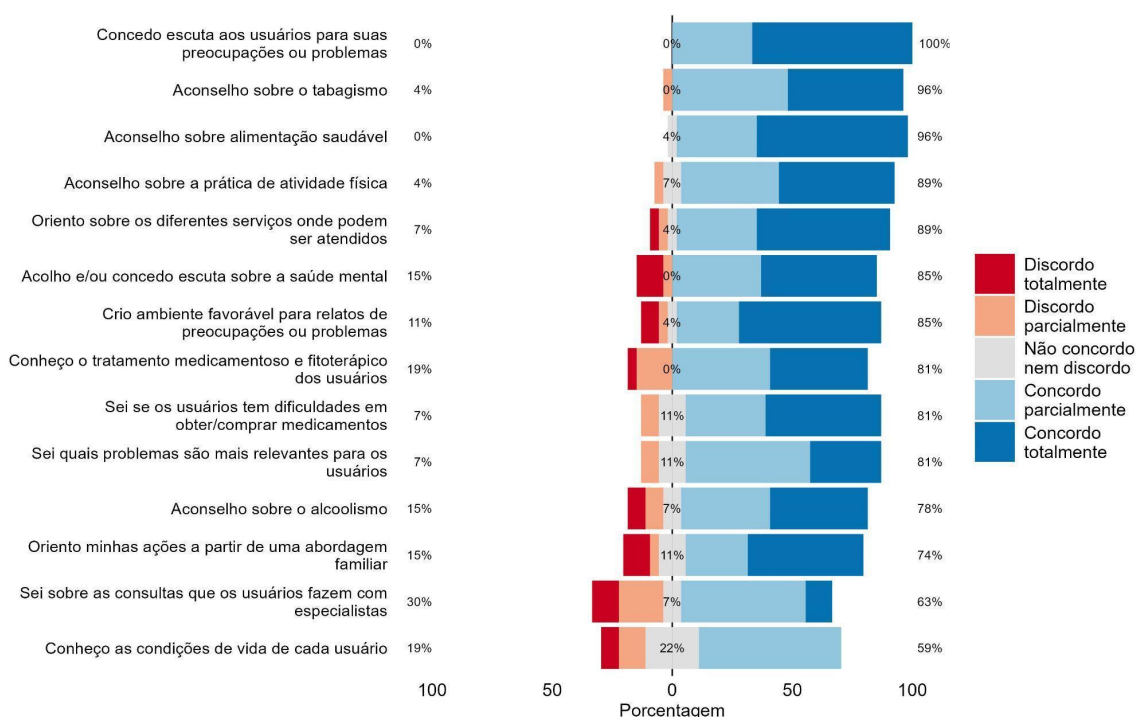


Fonte: O autor.

Na Figura 2, são apresentadas as percepções atitudinais dos profissionais sobre o desempenho e desenvolvimento de seu trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Foram analisadas 27 respostas para este questionário. Todos os participantes (100%) afirmaram conceder escuta aos usuários para suas preocupações ou problemas. A maioria dos profissionais concorda que realizam aconselhamento sobre tabagismo e alimentação saudável (96%), assim como sobre a prática de atividade física (89%), e fornecem orientações sobre os diferentes serviços disponíveis para os usuários (89%). Entretanto, houve discordância em relação ao conhecimento sobre as consultas dos usuários com especialistas (30%), conhecimento sobre as condições de vida de cada usuário (19%) e conhecimento sobre o tratamento medicamentoso e fitoterápico dos usuários atendidos (19%).

No espaço destinado para os participantes escreverem comentários a respeito de sua percepção em relação à infraestrutura física, pessoal e logística das UBS, não foram obtidas respostas.

Figura 2 - Distribuição das Respostas sobre a Percepção dos Trabalhadores das UBSs do Município de Ponta Grossa-PR, sobre as Suas Atitudes no Desenvolvimento do Seu Trabalho, 2023

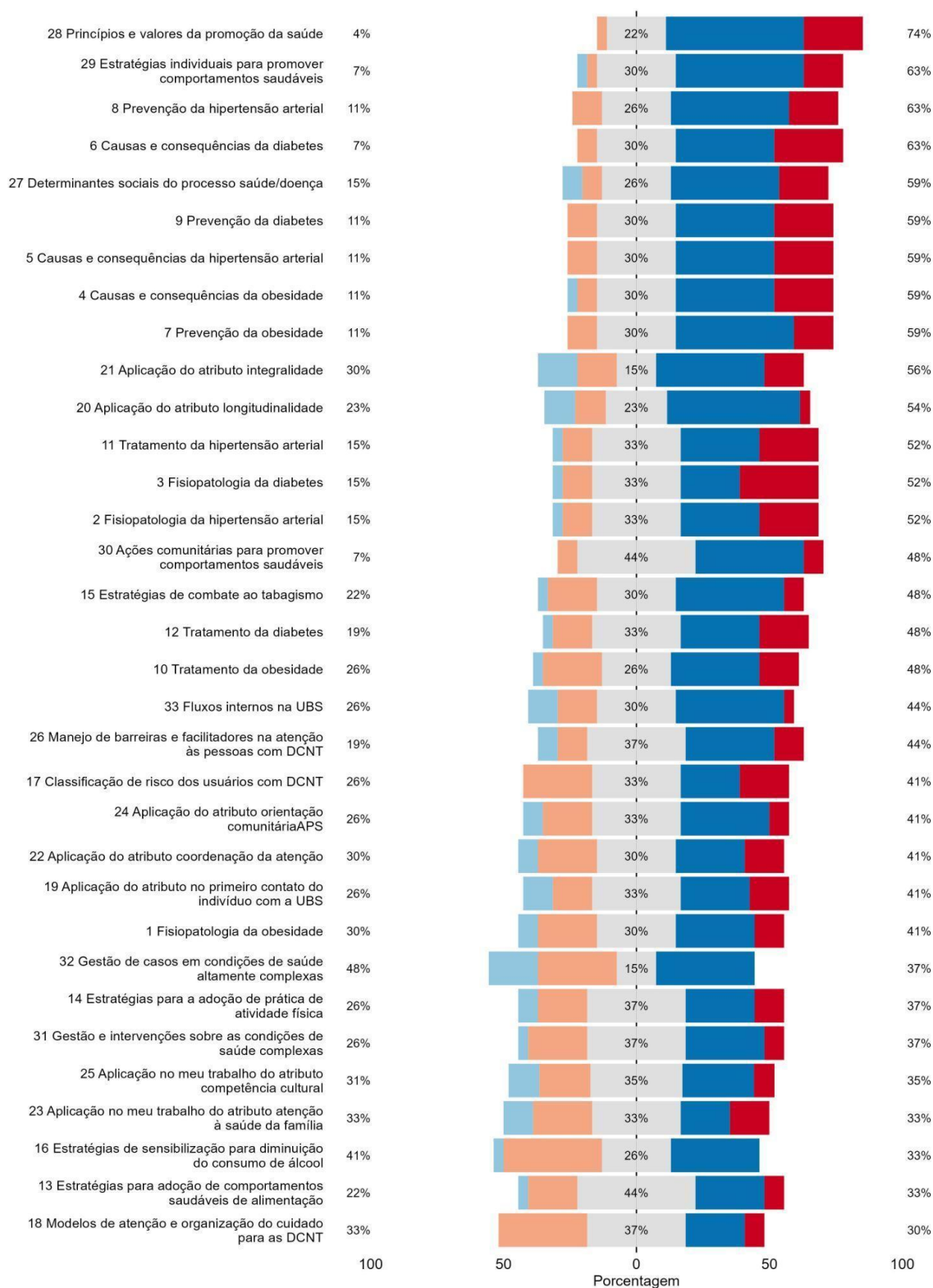


Fonte: O autor.

Os resultados relativos ao grau de preparo dos profissionais em relação aos conteúdos e conhecimentos técnicos no enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - com um total de 27 respostas para este questionário - revelam que apenas 42% dos conteúdos listados são considerados pelos profissionais como áreas em que se sentem suficientemente preparados ou altamente preparados. Os tópicos em que os profissionais se perceberam mais bem preparados incluem: princípios e valores da promoção da saúde (74%); estratégias individuais para promover comportamentos saudáveis (63%); a prevenção da hipertensão arterial (63%); e o conhecimento das causas e consequências da diabetes (63%). Por outro lado, os conteúdos em que se sentem menos preparados abrangem: o desenvolvimento de gestão em casos de condições de saúde altamente complexas (48%); as estratégias de sensibilização para redução do consumo de álcool (41%); os modelos de atenção e organização do cuidado para as DCNT (33%); e a identificação e tratamento de doenças crônicas menos prevalentes (33%).

Não foram obtidas respostas no espaço destinado para os participantes escreverem comentários a respeito de suas atitudes no desenvolvimento do seu trabalho.

Figura 3 - Distribuição das Respostas sobre a Percepção dos Trabalhadores das UBSs do Município de Ponta Grossa-PR, sobre o Quão se Sentem Preparados para Atuar com Conteúdos Relacionados às DCNT, 2023



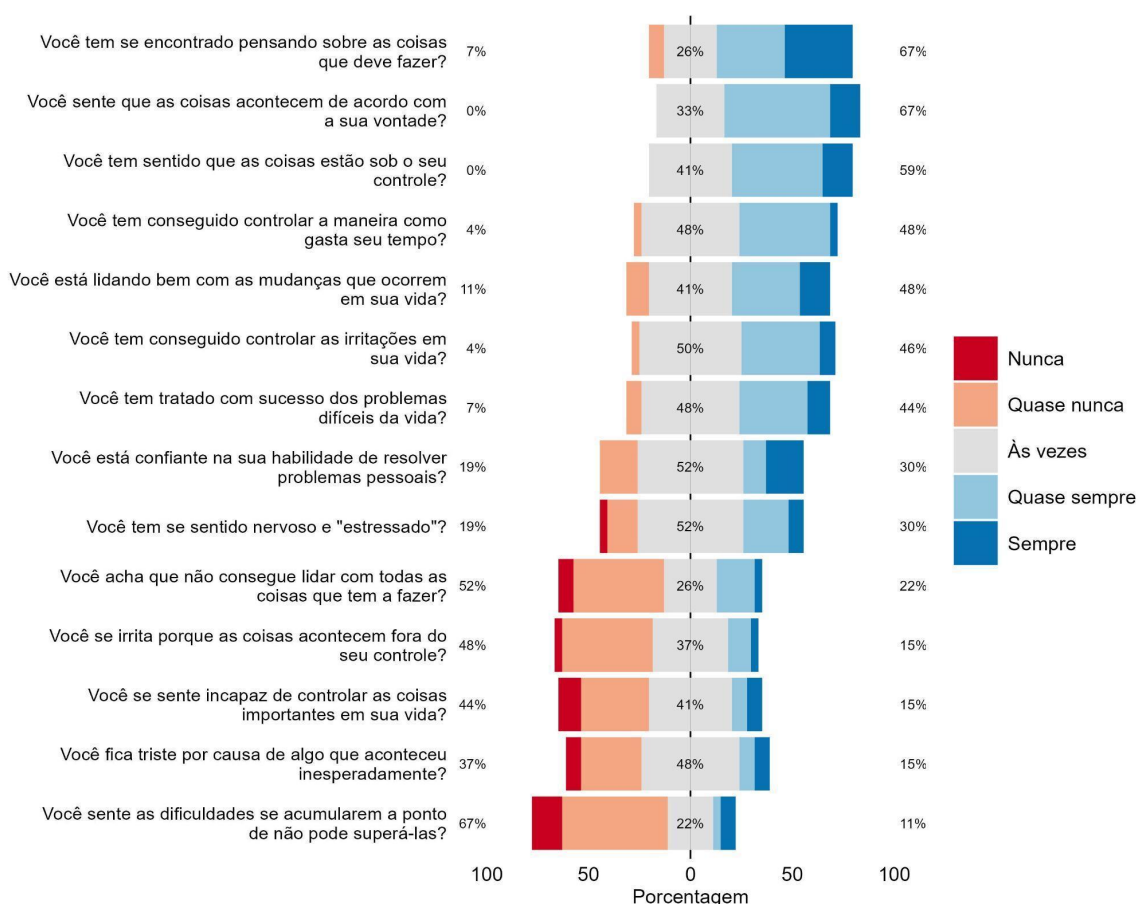
Fonte: O autor.

Na Figura 4, são apresentadas as percepções sobre o nível de estresse ao qual os profissionais estão submetidos, com um total de 27 respostas para este questionário, onde os participantes deveriam selecionar uma das opções (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre) para cada uma das perguntas.

As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) tiveram sua pontuação somada de forma invertida. As questões que receberam mais respostas positivas, ou seja, "quase sempre" ou "sempre", foram: "Você tem se sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?" (67%); "Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?" (59%); "Você está lidando bem com as mudanças que ocorrem na sua vida?" (48%) e "você tem conseguido controlar a maneira como gasta o seu tempo" (48%). Em contrapartida, 19% dos participantes assinalaram "nunca" ou "quase nunca" ao questionamento: "Você está confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?".

Quanto aos questionamentos com conotação negativa, destacou-se o item: "Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?" (67%), assinalado como "sempre" ou "quase sempre" pelos participantes. Por fim, os questionamentos negativos que receberam menos respostas positivas, ou seja, "nunca" ou "quase nunca", foram relacionados a sentir que as dificuldades se acumulam a ponto de não poder superá-las (67%), achar que não consegue lidar com todas as tarefas (52%), ficar irritado porque as coisas acontecem fora do controle (48%), e se sentir incapaz de controlar aspectos importantes da vida (44%).

Figura 4 - Percepção de Estresse Percebido dos Trabalhadores das UBSs do Município de Ponta Grossa-PR, 2023



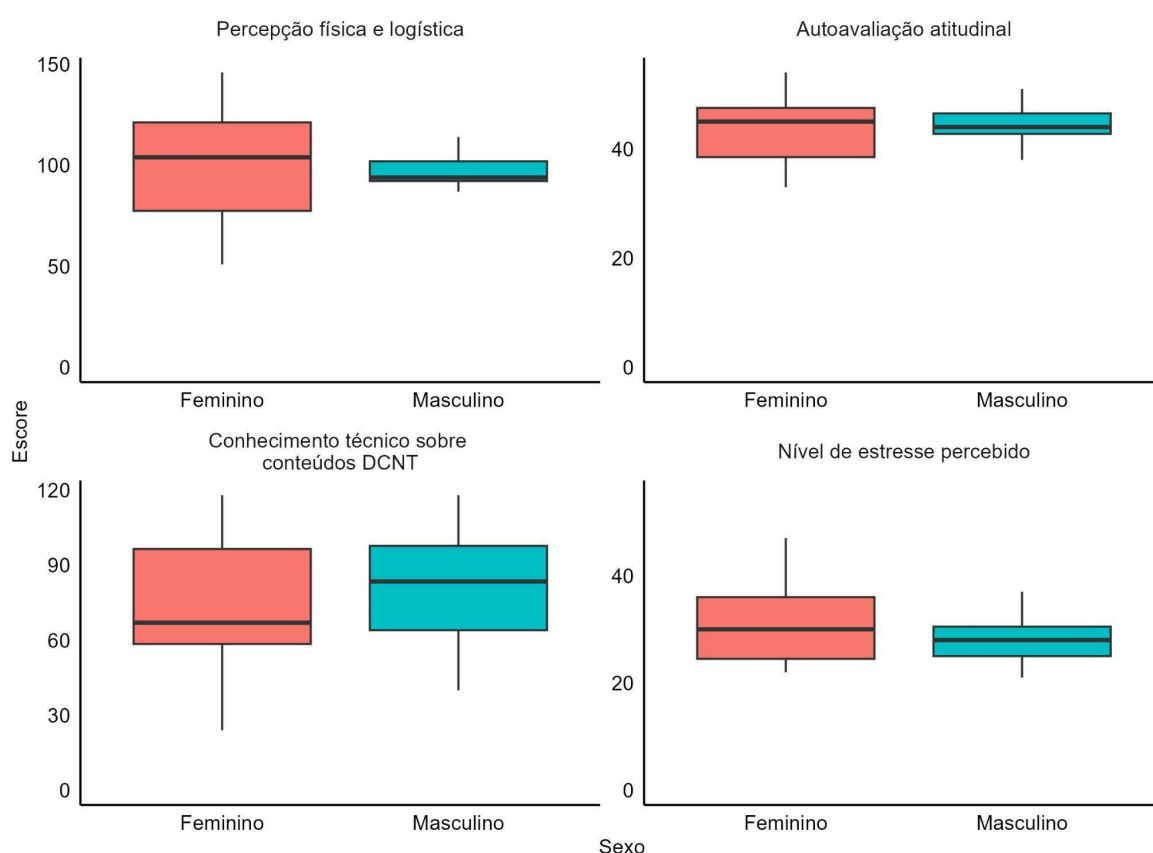
Fonte: O autor.

A mediana da pontuação na escala de estresse percebido corresponde a 28. A pontuação total da escala é a soma das pontuações das 14 questões, variando de zero a 56. Quanto mais próxima de zero, menor é a percepção de estresse, enquanto mais próxima de 56, maior é a percepção de estresse. Portanto, a pontuação encontrada sugere um nível moderado de estresse entre os participantes da pesquisa.

A Figura 5 apresenta a comparação entre os sexos em relação à mediana das escalas: percepção física, pessoal e logística, autoavaliação atitudinal, conteúdo e conhecimentos técnicos para atuarem no enfrentamento das DCNT e escala de estresse. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre mulheres e homens em nenhuma das escalas avaliadas, com todos os valores de p sendo maiores que 0,05.

Quando analisado acerca dos conhecimentos em DCNT, a mediana que define o conhecimento, observou-se que o sexo masculino se destacou em relação ao sexo feminino, no que diz respeito as percepções da realidade física, pessoal e logística. As participantes do sexo feminino têm uma melhor percepção, e, ao analisar o nível de estresse dos trabalhadores, as mulheres demonstraram estar com nível de estresse maior do que os homens.

Figura 5 - Escore dos Questionários por Sexo preenchido pelos Trabalhadores das UBSs do Município de Ponta Grossa-PR, 2023

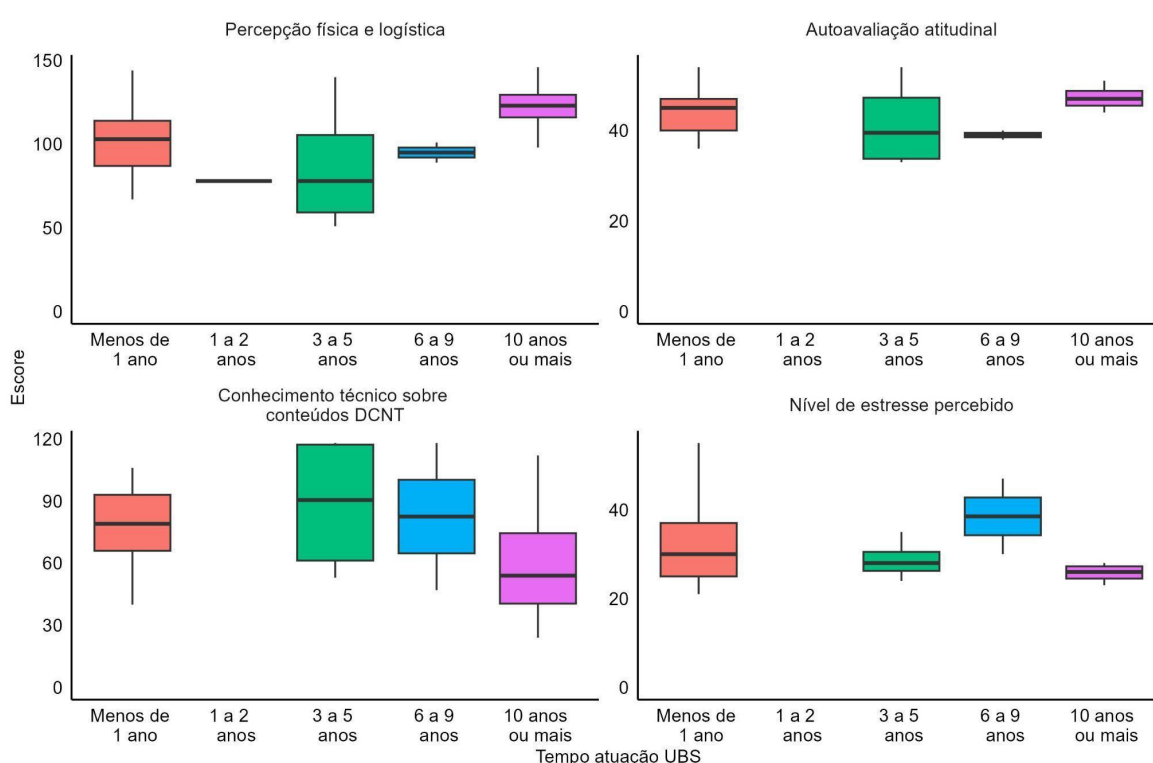


Fonte: O autor.

Na Figura 6, é apresentada a comparação segundo o tempo de atuação na UBS em relação à mediana das escalas: percepção física, pessoal e logística, autoavaliação atitudinal, conteúdo e conhecimentos técnicos para atuarem no enfrentamento das DCNT, e escala de estresse. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as categorias em nenhuma das escalas avaliadas, com todos os valores de p sendo maiores que 0,05. Quando analisado acerca da percepção física, pessoal e logística, observa-se que os trabalhadores

com 10 anos ou mais apresentam uma opinião mais positiva. Este mesmo público também se destaca quando questionado sobre sua avaliação atitudinal no trabalho. Os profissionais que trabalham de 3 a 5 anos apresentaram um número maior de respostas positivas em relação aos demais, quando questionados sobre o seu conhecimento técnico em DCNT. O grupo que trabalha de 6 a 9 anos demonstraram estar com nível de estresse maior em relação aos demais profissionais.

Figura 6 - Escore dos Questionários em relação ao Tempo de Atuação na UBS, preenchido pelos Trabalhadores das UBSs do Município de Ponta Grossa-PR, 2023



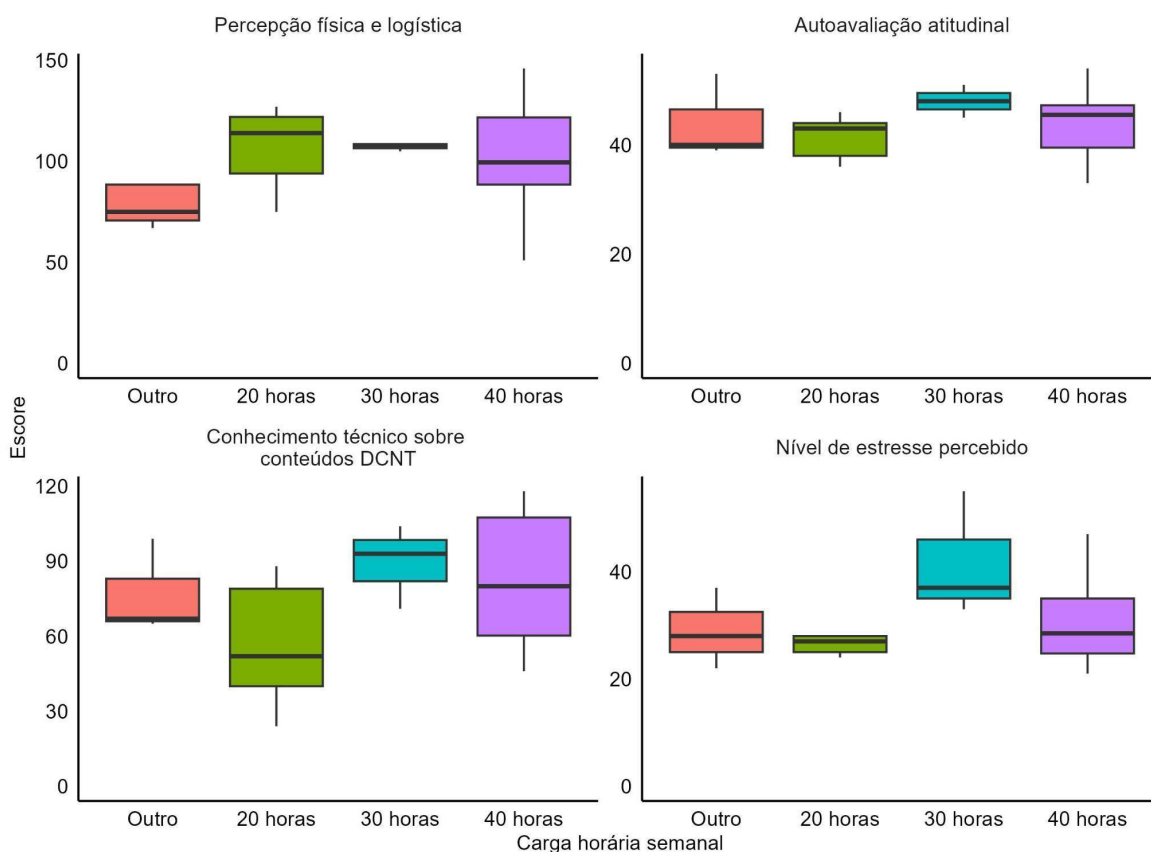
Fonte: O autor.

Na Figura 7, são apresentados os escores e a comparação segundo a carga horária semanal na UBS em relação à mediana das escalas: percepção física, pessoal e logística, autoavaliação atitudinal, conteúdo e conhecimentos técnicos para atuarem no enfrentamento das DCNT, e escala de estresse.

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as respostas relacionadas à carga horária semanal, com todos os valores de p sendo maiores que 0,05. Os profissionais que trabalham 20 horas semanais apresentaram maior mediana em suas respostas sobre percepção física, pessoal e logística. Os profissionais que trabalham 30 horas semanais se destacaram em suas respostas

quando questionados sobre sua autoavaliação atitudinal, conhecimentos técnicos sobre DCNT e sobre seu nível de estresse.

Figura 7 - Escore dos Questionários em relação à Carga Horária Semanal nas UBSs de Ponta Grossa-PR, 2023

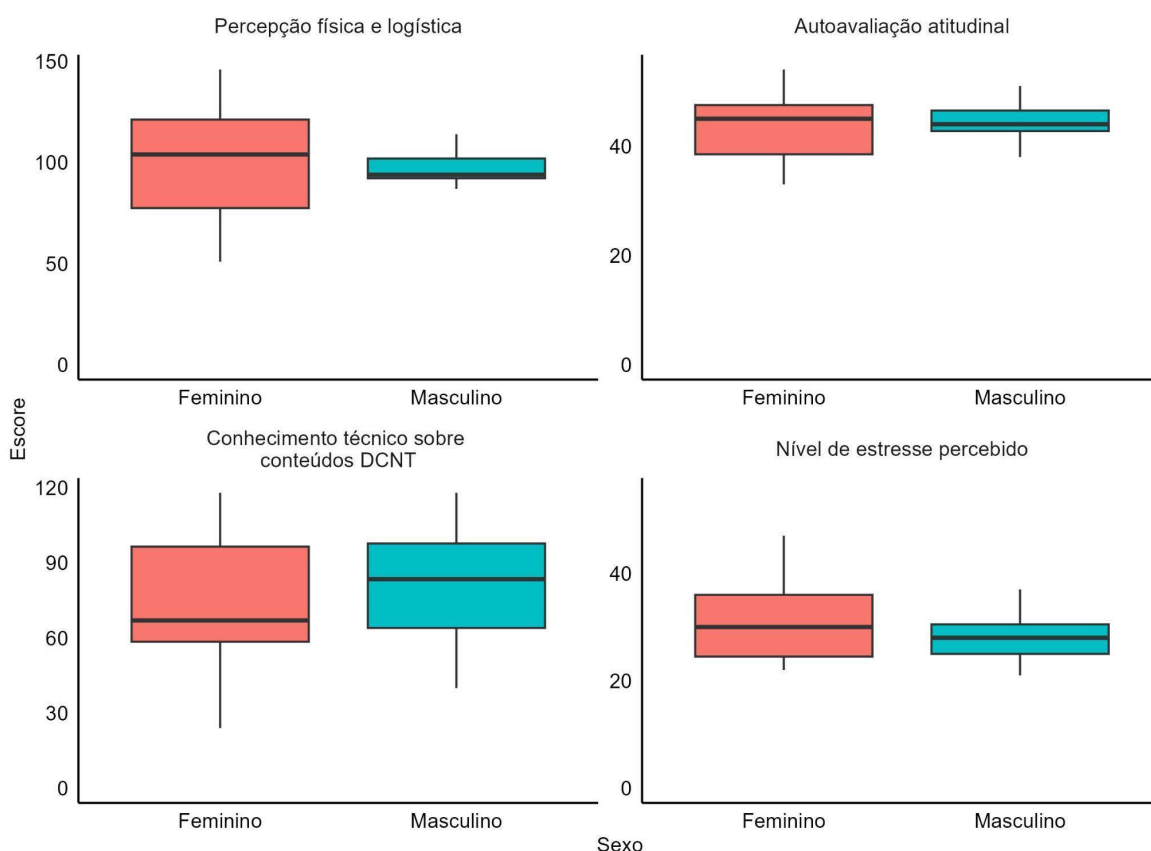


Fonte: O autor.

Na Figura 8, são apresentados os escores e a comparação segundo o critério de os participantes terem realizado capacitações sobre DCNT há mais de 5 anos em relação à mediana das escalas: percepção física, pessoal e logística, autoavaliação atitudinal, conteúdo e conhecimentos técnicos para atuarem no enfrentamento das DCNT, e escala de estresse. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as respostas, com todos os valores de p sendo maiores que 0,05.

Quando analisado acerca dos conhecimentos em DCNT, a mediana dos participantes que responderam como “sim” se destaca em relação à resposta negativa. Nos demais questionários, a mediana da resposta “não” se destaca em todas, com maior percentual de diferença na avaliação de estresse percebido.

Figura 8 - Escore dos Questionários em relação à Participação em Capacitações sobre DCNT há mais de 5 Anos nas UBSs de Ponta Grossa-PR



Fonte: O autor.

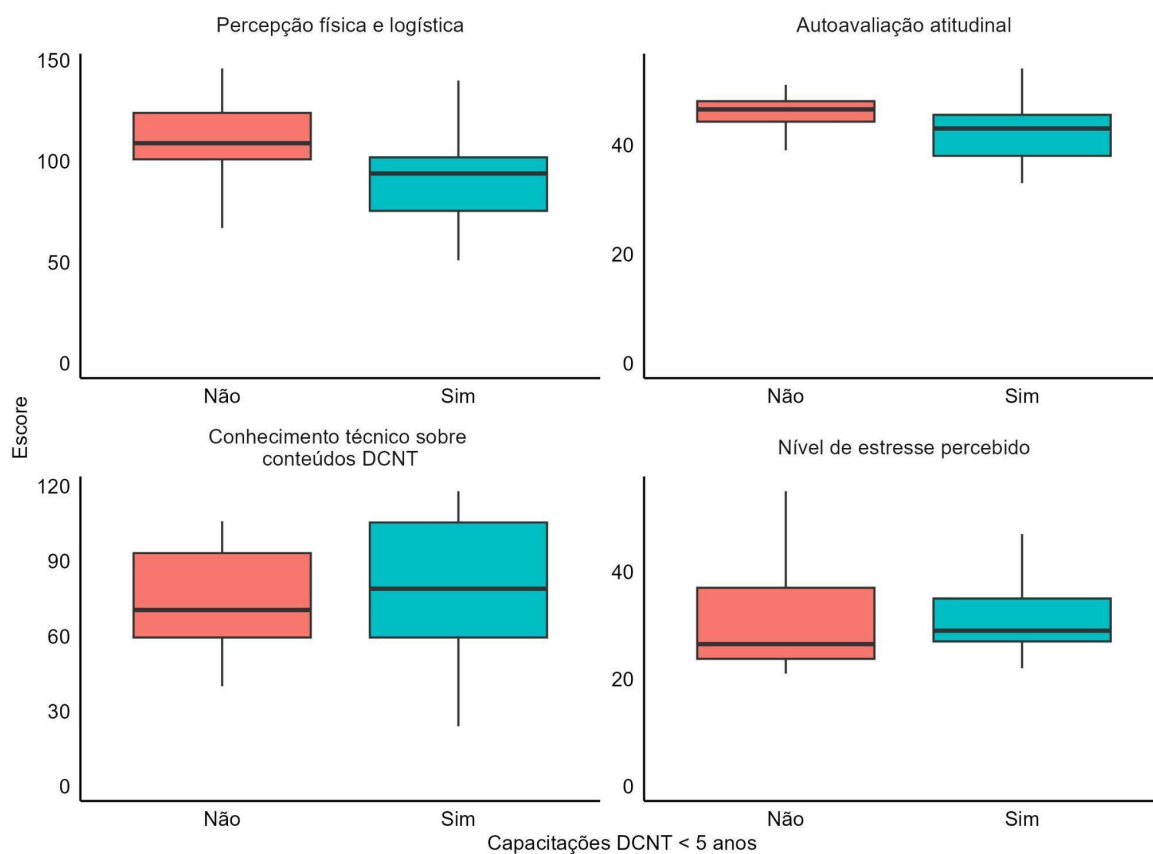
Na Figura 9, são apresentados os escores e a comparação segundo o critério de os participantes terem realizado capacitações sobre DCNT há menos de 5 anos em relação à mediana das escalas: percepção física, pessoal e logística, autoavaliação atitudinal, conteúdo e conhecimentos técnicos para atuarem no enfrentamento das DCNT e escala de estresse. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as respostas, com todos os valores de p sendo maiores que 0,05.

No espaço destinado para os participantes descreverem se haveria “algum outro tipo de preparo-técnico e/ou conteúdo que não foi abordado anteriormente e que gostaria que fosse trabalhado no curso”, não foram obtidas respostas.

Quando analisado acerca da percepção física, pessoal e logística, a mediana dos participantes que responderam como “não” se destaca em relação à resposta positiva; o mesmo acontece na autoavaliação atitudinal. Em relação aos

conhecimentos técnicos sobre DCNT e o nível de estresse percebido, temos destaque nas mediana da resposta “sim”.

Figura 9 - Escores dos Questionários em relação à Participação em Capacitações sobre DCNT há Menos de 5 Anos nas UBSs de Ponta Grossa-PR, 2023



Fonte: O autor.

7 DISCUSSÃO

No presente estudo, dos 36 entrevistados, 77,78% são do sexo feminino. Esta tendência é consistente com os achados de várias outras pesquisas. Por exemplo, Sousa e Araújo (2015) identificaram que 81,9% dos participantes eram mulheres. De forma semelhante, no estudo de Becker, Loch e Reis (2017), 70% dos respondentes eram do sexo feminino. Dias *et al.* (2023) encontraram uma prevalência ainda maior, com 83,8% de mulheres em sua amostra, enquanto Silva *et al.* (2023a) e Silva *et al.* (2023b) registraram 55% e 72% de participantes do sexo feminino, respectivamente.

Esses resultados destacam o processo de feminilização na área da saúde, refletindo um histórico em que as práticas de cuidado foram tradicionalmente atribuídas às mulheres. Segundo Sousa e Araújo (2015, p. 192), "[...] o processo de feminilização na área reflete o processo histórico que atribui às práticas de cuidado à figura feminina", uma observação que ainda é relevante na atualidade.

Estes mesmos autores relatam que a alta representatividade feminina nos estudos sobre saúde pode ser vista como um reflexo das características culturais e históricas que vinculam as mulheres às funções de cuidado. Esta tendência sublinha não apenas a prevalência das mulheres nas profissões de saúde, mas também a continuidade das dinâmicas sociais que moldaram essas práticas ao longo do tempo.

Portanto, a elevada proporção de mulheres participantes em estudos sobre saúde destaca a importância de considerar o impacto das normas e expectativas de gênero na escolha de carreiras e na participação em atividades relacionadas à saúde e ao cuidado. Compreender essa dinâmica é crucial para desenvolver políticas e práticas que reconheçam e apoiem a contribuição feminina na área da saúde, promovendo ao mesmo tempo a equidade de gênero.

Dos entrevistados do nosso estudo, 22,22% relataram ser portadores de alguma doença crônica não transmissível (DCNT), sendo que 11,11% informaram ter hipertensão arterial. Dias *et al.* (2023) analisaram o perfil epidemiológico das DCNT em agentes comunitários de saúde e os fatores associados, através de uma pesquisa com 674 participantes no município de Montes Claros, MG. Nesse estudo, 43,32% dos entrevistados autorreferiram a presença de alguma doença crônica, com

destaque para as doenças respiratórias crônicas (18,2%) e hipertensão arterial sistêmica (14,8%) como as mais prevalentes.

Esses achados são consistentes com a prevalência mundial de DCNT, pois a hipertensão arterial se destaca como uma das principais doenças presentes na população, responsável por 28% das mortes entre os portadores de DCNT (OMS, 2022).

A partir da observação dos dados sobre a presença de DCNT nos profissionais entrevistados, percebe-se a importância da capacitação sobre este tema. Tal capacitação não só aprimora o preparo técnico dos profissionais para atuar no atendimento aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS), como também contribui para o autocuidado dos próprios profissionais. A obtenção de conhecimento, a troca de informações e vivências durante as aulas e encontros presenciais podem estimular a adoção de novos hábitos e práticas saudáveis, beneficiando diretamente suas próprias condições de saúde. A educação em saúde, portanto, desempenha um papel crucial na promoção de uma vida mais saudável para os profissionais de saúde, melhorando sua qualidade de vida e a eficácia no atendimento aos pacientes.

Capacitação em saúde pode ser definida como: “um processo de aprendizagem deliberado e contínuo que visa desenvolver competências individuais para contribuir para o desenvolvimento institucional”; já educação permanente: “é uma proposta político-pedagógica que visa a formação de pessoas por meio de ações de capacitação e profissionalização. A educação permanente é uma forma de educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.” (Brasil, 2007)

Com relação à formação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 47,22% dos entrevistados realizaram capacitações com o objetivo de aprofundar seu conhecimento, permitindo uma maior compreensão e capacidade de repassar informações e orientações específicas para a prevenção e cuidados em DCNT aos usuários atendidos nas unidades de saúde. Esse número pode ser considerado relativamente baixo, dado a importância do aprendizado contínuo e atualizado sobre DCNT.

O resultado pode refletir falta de estímulo por parte dos profissionais entrevistados, o que deve ser revisto pela gestão da atenção primária. É necessário buscar estratégias e planos de ação para implementar programas de educação permanente nas unidades. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de

Silvino *et al.* (2022), que investigaram o conhecimento dos gestores de saúde em relação à formação para o enfrentamento dos diversos desequilíbrios nutricionais, principalmente a obesidade, no estado de Goiás. Foram entrevistados 102 gestores da Atenção Básica, que citaram como estratégias de formação as capacitações na modalidade presencial e semipresencial (44%). Na formação à distância, 58% utilizam o Telessaúde, 42% a plataforma UNA-SUS e 47% a plataforma AVASUS, com capacitações realizadas de forma presencial ou à distância. Outro modelo de formação citado por 48% dos participantes foram as oficinas temáticas ou rodas de conversa.

Os dados coletados ressaltam a importância da formação contínua e diversificada para os profissionais de saúde, visando melhorar a qualidade do atendimento e a efetividade das estratégias de prevenção e controle das DCNT. A gestão da atenção primária deve, portanto, investir em programas de educação permanente, utilizando diversas modalidades de ensino para garantir a atualização constante dos profissionais.

A procura por outras opções de formação também foi abordada nos estudos de Silva *et al.* (2023a; 2023b). Silva *et al.* (2023a) avaliaram o conhecimento sobre Tradução do Conhecimento entre profissionais da atenção básica, focando nos cuidados a indivíduos com DCNT no município de Santa Cruz - RN. A pesquisa envolveu 20 profissionais de saúde, dos quais 90% afirmaram não receber apoio da gestão para participar de capacitações sobre DCNT, recorrendo a artigos científicos para obterem conhecimento a ser transmitido aos pacientes.

O estudo de Silva *et al.* (2023b) investigou a compreensão e aplicabilidade da tradução do conhecimento no cuidado das DCNT na perspectiva de gestores e profissionais da APS na V Região de Saúde Trairi e Potengi (V URSAP), do estado do Rio Grande do Norte. Constatou que 93,2% dos 74 participantes não realizaram formação ou capacitação na área, buscando informações sobre DCNT em meios formais de comunicação, principalmente em artigos científicos publicados.

A educação em saúde promove a autonomia da equipe como um todo e "[...] contribui para o desenvolvimento do profissional, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente em seu cotidiano de trabalho" (Leite *et al.*, 2015, p. 2266). Representa a construção do conhecimento que capacita o indivíduo a fazer as melhores escolhas (Seabra *et al.*, 2019), alcançando qualidade de vida através de hábitos saudáveis e enfrentando os fatores de risco das DCNT.

Considerando a interação direta da equipe de saúde com a população, "[...] exercendo a função de mobilizadores sociais, intermediando e construindo saberes" durante a prática profissional, promover a formação é essencial para melhorar a qualidade e fundamentar as ações de saúde, especialmente em conscientização dos usuários (Rocha; Bevilacqua; Barletto, 2015, p. 598).

Durante a pandemia de COVID-19, foi perceptível o grande impacto da falta de interação interpessoal entre os profissionais de saúde e os pacientes das UBS. Chudassama *et al.* (2020) descreveram que a principal forma de cuidado em saúde durante a pandemia, no contexto da atenção primária, ocorreu por meio do tele-atendimento, como consultas online, e-mail ou telefone (86%). Esses autores também observaram uma mudança na qualidade da atenção aos pacientes com DCNT durante esse período, resultante da falta de recursos humanos dedicados a ações de promoção e atenção à saúde e da redução dos investimentos financeiros nessas áreas. Segundo os profissionais de saúde entrevistados, a diabetes mellitus (38%) foi a patologia mais afetada pela redução de recursos durante a pandemia de COVID-19. Outras doenças afetadas incluíram doença pulmonar obstrutiva crônica (9%), hipertensão arterial (8%), doenças cardiovasculares (7%), asma (7%), neoplasias malignas (6%) e transtornos depressivos (6%).

Palmer, Monaco e Kivipelt (2020) discutiram os efeitos negativos sobre a vida dos pacientes, devido à mudança na atenção à saúde, incluindo o agravamento do quadro clínico, baixa adesão ao tratamento medicamentoso e incompreensão do próprio estado de saúde, uma vez que a adesão e comprometimento com o tratamento dependem do acompanhamento dos profissionais de saúde.

Concordando com essa afirmação, Chudasama *et al.* (2020) relataram que 67% dos profissionais de saúde acreditam que seus pacientes sofreram efeitos moderados ou severos no seu quadro de saúde, devido à interrupção dos serviços de atenção em saúde. Becker, Loch e Reis (2017) buscaram identificar barreiras para a tomada de decisão, baseada em evidências na prevenção de DCNT, segundo a percepção dos administradores de saúde no Paraná. Dos 20 diretores regionais de saúde participantes da pesquisa, todos ressaltaram a necessidade de capacitar a equipe de trabalho, envolvendo uma equipe multiprofissional e agentes de saúde. Para os autores, "[...] fica clara a importância da educação permanente dos profissionais de saúde para o desenvolvimento e planejamento das ações em saúde" (Becker; Loch; Reis, 2017, p. 5).

Com base nos dados encontrados nos estudos mencionados, é evidente a importância da educação em saúde e da realização efetiva de formações nos processos de trabalho em DCNT. Os números do presente estudo sugerem que muitos profissionais não buscam essa atualização, indicando a necessidade urgente de estratégias para inserir esses profissionais em programas de educação permanente, especialmente porque muitos já estão na linha de frente desses atendimentos.

Quando questionados sobre a qualidade do atendimento e cuidado prestado aos pacientes com DCNT, 48% dos profissionais de saúde classificaram os cuidados como razoáveis e 26% como bons. Becker, Loch e Reis (2017) destacam que a obtenção de conhecimento técnico e a correta aplicabilidade prática trazem confiança aos profissionais de saúde, impactando diretamente na qualidade dos atendimentos.

Em relação à percepção sobre a logística e infraestrutura das UBS, a maioria dos participantes concordou que a unidade possui boa infraestrutura para o desenvolvimento de suas atividades. No entanto, Silva (2009), ao avaliar a organização do processo de trabalho na APS em Araçuaí-MG, encontrou resultados diferentes, destacando a infraestrutura inadequada e a falta de capacitação dos profissionais como principais carências. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Belo *et al.* (2022), que identificaram fatores que prejudicam o desenvolvimento de ações de prevenção e controle da obesidade em municípios do Rio de Janeiro, como falta de informação (54%), mudança de gestão e rotatividade de profissionais (52,5%), equipe insuficiente (51,7%) e espaço físico inadequado (47,9%).

Essas respostas evidenciam as diferenças na gestão, capacidade e qualidade do atendimento nas UBS brasileiras, variando conforme as particularidades de cada Estado. No entanto, a quantidade de estudos disponíveis ainda é insuficiente para uma análise abrangente da situação em todos os estados.

Belo *et al.* (2022) enfatizam que a estrutura do local de trabalho e as ferramentas disponíveis estão diretamente relacionadas à qualidade do serviço e ao estímulo dos profissionais. Um profissional bem equipado está mais motivado e consegue aplicar suas técnicas e conhecimentos de forma eficaz.

Na avaliação do desempenho no enfrentamento das DCNT, 27 dos 36 participantes consideraram seu desempenho adequado, destacando o

aconselhamento sobre tabagismo e alimentação saudável (96%), prática de atividade física (89%) e orientação sobre os serviços disponíveis (89%). Essas percepções foram mais positivas em relação à infraestrutura física e logística.

Os participantes também se consideraram aptos em conhecimentos técnicos para o enfrentamento das DCNT, especialmente em: princípios e valores da promoção da saúde (74%); estratégias individuais para promover comportamentos saudáveis (63%); prevenção da hipertensão arterial (63%) e causas e consequências da diabetes (63%).

Resultados compatíveis foram encontrados na pesquisa de Silvino *et al.* (2022), onde 53% dos gestores relataram sentir ter formação suficiente na prevenção e cuidado das DCNT. Eles afirmam que “[...] no serviço público, o gestor despreparado é um empecilho para o desenvolvimento adequado das atividades, sendo necessário constante atualização por meio de cursos e outras estratégias de formação” (Silvino *et al.*, 2022, p. 24).

Os autores supracitados também relatam que um amplo conhecimento e vivência sobre os temas tornam o profissional mais apto a atender a diversos casos, influenciando positivamente a vida dos pacientes.

O Ministério da Saúde, através do UNA-SUS, oferece regularmente cursos de capacitação, como “Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde” e “Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde - Autoinstrucional”, de forma gratuita e contínua. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) também disponibiliza cursos nesta área, como o “Autocuidado em saúde e a Literacia para a promoção da saúde e a prevenção das doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde”, oferecido anualmente e gratuitamente.

Os dados analisados ressaltam a importância da infraestrutura adequada e da educação em saúde de forma contínua para melhorar a qualidade do atendimento a pacientes com DCNT nas UBS. A falta de apoio e recursos impacta negativamente tanto os profissionais quanto os pacientes. Portanto, investir em programas de educação permanente e na melhoria das condições de trabalho é essencial para promover a saúde e a qualidade de vida da população.

Fortalecer o SUS e seus profissionais é um dos principais objetivos do projeto “Capacita Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (Capacita DCNT). Este trabalho identificou e apontou os temas que necessitam de aprofundamento e capacitação. Esses temas serão abordados no Capacita DCNT, onde a realidade

situacional de cada profissional e região será detalhada e contextualizada, garantindo que os profissionais sejam capacitados para uma atuação mais eficaz. Essa iniciativa é fundamental para contribuir com a formação contínua e qualificada dos profissionais de saúde.

Outra questão importante e que pode interferir no atendimento dos usuários é a saúde mental do profissional de saúde, em que o estresse a que estão submetidos é considerado um dos principais fatores de adoecimento. Os profissionais de saúde relataram diversos desafios relacionados ao estresse no trabalho: baixa confiança na habilidade de resolver problemas; preocupação constante com as tarefas a serem desenvolvidas; sentimento de incapacidade para superar dificuldades acumuladas; dificuldade em lidar com todas as responsabilidades; irritação ao ver situações fora do seu controle e sensação de incapacidade de controlar as coisas importantes da sua vida.

Os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde em relação ao estresse no trabalho destacam a pressão constante e a sobrecarga emocional que acompanham suas responsabilidades. Essas dificuldades podem impactar negativamente tanto no ambiente de trabalho quanto na vida pessoal, ressaltando a importância de medidas de apoio e gerenciamento de estresse para garantir seu bem-estar e eficácia profissional.

Barbosa *et al.*, (2022) descrevem sobre a seriedade dos problemas de saúde mental que o ambiente de trabalho pode trazer ao profissional de saúde, dentre eles o estresse e o aumento da probabilidade de ocorrência de distúrbios de ansiedade e quadros de Síndrome de Burnout.

O desenvolvimento desses quadros está diretamente ligado às condições de trabalho que o profissional de saúde está inserido, também relacionado à insatisfação em relação ao ambiente, às atividades desenvolvidas ou à exposição frequente a agentes estressores, independente da profissão ou atividade desenvolvida (Santana *et al.*, 2016).

Castro *et al.*, (2022) apontam que a exposição frequente e acúmulo da vivência dos episódios de estresse ou excesso de trabalho podem gerar desgaste físico e malefícios à vida social do trabalhador, afetando inclusive o convívio e relações familiares e amorosas.

Paschoalini (2008, p. 492) sugere intervenções nestes profissionais com o objetivo de diminuir as consequências citadas acima. Dentre essas ações, o autor

cita realização de formações: “[...] esclarecendo sobre o que são os agentes estressores e qual a melhor forma de enfrentá-los”; “como é a organização hierárquica e funcional dentro do ambiente de atenção à saúde; como manejar as relações indivíduo-equipe e indivíduo-paciente”.

Miquelim (2004, p. 29) condiciona a oferta de condições de trabalho mais satisfatórias como iniciativas para diminuir o aparecimento de situações que levam ao aumento do estresse. Dentre estas condições podemos citar: “[...] melhorias e adequações no ambiente/espço físico, nas escalas de trabalho (diário, mensal e de férias), melhores salários e melhora das relações dentro da equipe de trabalho, principalmente entre chefia e subordinados”.

Sousa e Araújo (2015) descrevem que a comunicação eficiente e o trabalho multiprofissional são fundamentais para que os fluxos de trabalho sejam mais efetivos e ocorra uma menor sobrecarga no trabalho. A gestão deve incentivar a autonomia profissional e estimular a participação ativa nas decisões da equipe multiprofissional.

A estafa mental e física dos trabalhadores, pode favorecer e estimular o adoecimento mental e/ou físicos nos trabalhadores da área da saúde. O que o prejudica como indivíduo e pode trazer consequências para a população atendida por este profissional, como: atendimentos acidentados de trabalho; erros de prescrição ou medicação; exaustão; sobrecarga laboral e absenteísmo (Gomes, Ferreira, Rodrigues, 2020).

Segundo o estudo de Sousa e Araújo (2015, p. 912), que investigaram sobre estresse e resiliência entre profissionais da área da saúde, e, a partir das respostas de 92 profissionais, concluiu-se que “[...] entre as populações de trabalhadores estudadas, os profissionais de saúde têm sido frequentemente apontados como um grupo de risco ao adoecimento físico e mental”. Tal informação pode ser explicada pela alta exigência psicológica do trabalho desenvolvido por estes profissionais, consequentemente gerando altos níveis de estresse.

Além de trazer danos à saúde dos profissionais, o estresse é um dos fatores de risco para a ocorrência de DCNT. A educação em saúde em DCNT proporcionará conhecimentos e habilidades aos profissionais de saúde, para que estes se exponham menos a situações de estresse durante o trabalho, auxiliando assim diretamente no seu autocuidado e qualidade de vida (Miquelim, 2004). Os gestores das UBS devem estar atentos ao funcionamento de suas unidades e à organização

de sua equipe, para que não haja sobrecargas ou desconfortos que venham causar impacto na saúde dos profissionais. Cuidar de quem cuida, é um grande passo na construção de um sistema de saúde eficiente e humanizado.

Embora o estudo tenha revelado uma ausência de diferenças estatisticamente significativas nas respostas, é importante considerar algumas limitações que podem ter influenciado esses resultados. Notavelmente, o número reduzido de participantes ($n = 36$), com algumas questões tendo uma amostra ainda menor ($n = 27$), devido a ausências de respostas em certos questionamentos, pode ter impactado a robustez das conclusões. No entanto, é encorajador destacar que a coleta de dados ocorreu de maneira metódica e com muita atenção, e as respostas obtidas fornecem percepções valiosas sobre a percepção dos participantes. Embora haja espaço para melhorias metodológicas em estudos futuros, este trabalho fornece uma base sólida para investigações posteriores sobre o tema. Em resumo, houve algumas limitações no estudo, mas os resultados ainda oferecem contribuições significativas para o entendimento do fenômeno em questão.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu que as percepções dos profissionais de saúde pudessem ser analisadas. A partir disso, foi reconhecido o perfil, a realidade das formas de trabalho, a preparação técnica em relação aos seus conhecimentos sobre DCNT e análise sobre o seu estado psicológico, para compreender como são suas vivências e o impacto destes fatores em suas atuações dentro das UBS. Essas informações são fundamentais para nortear novos caminhos dentro do cuidado integral e efetivo em DCNT e para o fortalecimento do SUS.

Estar ciente do cotidiano dos serviços e inserido na realidade da população atendida proporciona um olhar humanizado e realista, que aproximam a equipe do paciente e trazem um atendimento mais focado e resolutivo.

A incorporação de recursos mais modernos e tecnológicos e de práticas reflexivas do próprio contexto em que está inserido, são essenciais no atendimento da APS. O modelo tradicional assistencialista é perpetuado e enraizado nas práticas de muitas UBS, porém, há a inclusão de novos recursos, com ações e práticas voltadas a estimular um movimento dos trabalhadores de saúde para mudança de comportamento e visão, aperfeiçoando assim a sua atuação profissional, levando a que, conseqüentemente, haja impacto na qualificação dos serviços de saúde. É neste contexto que a instituição da Educação Permanente em Saúde (EPS) de fato deve acontecer e ser implementada na APS de Ponta Grossa-PR.

Os resultados do presente estudo demonstraram uma significativa carência de atualização em DCNT por parte dos profissionais. Mesmo que muitos tenham relatado ter algum tipo de formação, deve-se considerar que a saúde é um ramo da ciência que está sempre em movimento e atualização. Uma equipe que se mantém cientificamente atualizada, é uma equipe que terá muito mais potencial para impactar positivamente a saúde de seus pacientes.

A Educação Permanente em Saúde deve ser implementada no contexto do SUS como um movimento de política educativa, que deve ser consolidada pelos trabalhadores da saúde no cenário das práticas do cuidado em saúde. Estas ações e estratégias são fundamentais para o fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, visto que seu foco são os serviços da APS.

Para efetivação das propostas de Educação Permanente em Saúde, ferramentas devem ser fornecidas para auxiliar o gestor a operacionalizar o proposto

na Política. Com uma melhor articulação entre os níveis de gestão, muitos profissionais serão qualificados por meio da adesão a essas ferramentas educacionais, principalmente pelo melhor planejamento e execução pelos gerentes de unidades, buscando sempre uma fidelização da equipe e reduzindo a rotatividade dos profissionais; assim, mudanças muito efetivas serão observadas nas unidades.

Diante de todo o exposto nesta pesquisa, é inegável que a intervenção a respeito do conhecimento e das práticas de cuidado aos indivíduos com DCNT na Atenção Primária à Saúde necessitam de mudanças: de gestores focados em melhorar as condições de trabalho de sua equipe; focar no cuidado em qualidade de vida e saúde mental no ambiente de trabalho; profissionais tecnicamente preparados para atuarem no cuidado às doenças crônicas e abertos às realidades que lhes forem apresentadas diariamente em suas Unidades de Saúde; de políticas públicas e incentivos que deem suporte para a operacionalização desse modelo em todos os âmbitos, e de campanhas que busquem tornar os usuários dos serviços de saúde ativos, participativos, empoderados e corresponsáveis.

Para além disso, é crucial a defesa e o incentivo da pesquisa, da extensão, da universalidade, da resolutividade, da equidade e da acessibilidade de forma gratuita das práticas de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, spe 1, p. 244-260, 2018a. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Network integration and care coordination: the case of Chile's health system. **Cien Saude Colet**, v. 23, p. 13-28, 2018b.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 1, p. 319-25, 2011.
- ARAÚJO, M. T. *et al.* Análise de custo da prevenção e do tratamento de lesão por pressão: revisão sistemática. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, 2019.
- ASBEQUE, A. C. F. *et al.* O impacto nos cofres públicos com doenças crônicas não transmissíveis: revisão integrativa. *In*: MORAIS, M J. de D. *et al.* (orgs.). **Estudos e Escrita Científica Multidisciplinar em Ciências da Saúde**. v. 1. São Paulo: Científica Digital, 2023. p. 151-159, cap. 13.
- ASSUNÇÃO, A.; FRANÇA, E. Anos de vida perdidos por DCNT atribuídos aos riscos ocupacionais no Brasil: estudo GBD 2016. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 28, 2020.
- BARBA, M. L. *et al.* Os desafios para o manejo de doenças crônicas na população em situação de rua. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 9257-9273, 2021.
- BARBOSA, Katiuscia Nascimento Borges *et al.* A atuação de enfermagem junto ao paciente portador de anemia falciforme. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 35, 2022.
- BECKER, L. A.; LOCH, M. R.; REIS, R. S. Barreiras percebidas por diretores de saúde para tomada de decisão baseada em evidências. **Rev Panam Salud Publica**, v. 41, e147, 2017. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.147>
- BECKER, R. M. *et al.* Práticas de cuidados dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 6, p. 2643-2649, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0799>
- BELO, C. E. da C. *et al.* Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no Estado do Rio de Janeiro: o olhar de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Demetra**, v. 17, e69119, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2022.69119>
- BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; CASTRO, L. G. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. *In*: ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (orgs.). **Mudança demográfica no**

Brasil no início do século XXI: subsídios para projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. p. 138-151.

BORTOLI, D. *et al.* Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. **Rev. Pública. UEPG, Ciência Biológica e Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. ¾, p. 56-65. 2003.

BRASIL. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica:** Diabetes Mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS, 2008. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Ministério da Saúde, 13 de fevereiro de 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, 20 de agosto de 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf. Acesso em: 03 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Cenário das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/fact-she-et-cenario-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-vigitel/view>. Acesso em: 02 abr. 2024.

CARVALHO, V. L. R.; MESAS, A. E.; ANDRADE, S. M. Aplicação e análise de uma atividade de educação em saúde bucal para idosos. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 7, n. 2, 2006.

CASTRO, M. A. M *et al.* Assistência de enfermagem as vítimas de violência sexual. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e38011225817-e38011225817, 2022.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: The first 30 years and prospects for the future. **Lancet.**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, 16, p. 161-168, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, v. 6, n. 3, p. 107-112, 2006.

CHRISTOFOLETTI, M. *et al.* Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. 487, 2020.

CHUDASSAMA, Y.V.; GILLIES, C.L.; ZACCARDI, F. Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. **Diabetes Metab Syndr.**, v. 14, n. 5, p. 965-967 2020.

COHEN, S. *et al.* A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 20, n. 4, p. 385–396, 1983.

DOI: <https://doi.org/10.2307/2136404>

COSTA, C. G. A. *et al.* Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em unidades básicas de saúde. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 10, p. 3099-10, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00352015>

DIAS, L. S. A. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores associados em agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Med Trab.**, v. 21, n. 4, e2021921, 2023.

FACHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, spe 1, p. 208-223, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>

FERNANDEZ-LAZARO, C. I. *et al.* Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2019.

FERREIRA, J. Doenças crônicas não transmissíveis e os dilemas do cuidado: a teoria da ordem negociada revisitada. **Saúde Soc.**, v. 29, n. 4, e190149, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190149>

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Cien Saude Colet**, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021.

FIRMO, A. A. M.; JORGE, M. S. B. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 217-231, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100017>

FONTANA, Karine C.; LACERDA, Josimari T. de; MACHADO, Patrícia M. de O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016.

GALLANI, M. C. B. J. O enfermeiro no contexto das doenças crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem Editorial**, v. 23, n. 1, p. 1-2, 2015.

GBD 2016 BRAZIL COLLABORATORS. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: A systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet.**, v. 392, n. 10149, p. 760-775, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31221-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31221-2)

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00029818, 2018. DOI: <http://doi.org/10.1590/0102-311x00029818>

GOMES, A. V.; FERREIRA, R. K. A.; RODRIGUES, C. F. do C. A saúde na vida do cárcere no Brasil e no Tocantins. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e981998067, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.8067. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8067>. Acesso em: 18 abr. 2024.

HESSLER, D.M. *et al.* Self-management support for chronic disease in primary care: frequency of patient self-management problems and patient reported priorities, and alignment with ultimate behavior goal selection. **BMC Family Practice**, v. 20, n. 1, p. 1- 10, 2019.

HUPSEL, A. C. de O. L. P. **Estratégia de educação em saúde para promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários da UBS José Araújo Silva**. Orientadora: Sabrina Joany Felizardo Neves. 2022. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

KOERICH, C. *etal.* Recursos e competências para gestão de práticas educativas por enfermeiros: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, e20180031, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180031>

LADDU, D. R. *et al.* Atividade física para proteção da imunidade: inoculando populações com medicamentos para uma vida saudável em preparação para a próxima pandemia. **Progresso em doenças cardiovasculares**, v. 64, p. 102, 2021.

LEITE, M. T. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 2, p. 2263-76, abr./jun., 2015.

LIMA, M. L. R. *et al.* Promoção da saúde no contexto das doenças crônicas não transmissíveis: projeto de extensão. **Revista Sociedade Científica**, v. 6, n. 1, p. 3251-3258, 2023.

MACHADO-BECKER, R.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; KUNTZ-DURAND, M. Promoção da saúde e atenção primária no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível. **Rev. Salud Pública**, v. 22, n. 1. p. 41-47, 2020.

MALTA, D. C., MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>

MALTA, D. C. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, 2014a. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>

MALTA, D. C. *et al.* Monitoramento das metas dos planos de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. 1-17, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200008.especial>

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014b. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças não transmissíveis no Brasil, 1990 a 2015, segundo estimativas do estudo de Carga Global de Doenças. **São Paulo Med J.**, v. 135, n. 3, p. 213-221, 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. bras. epidemiol**, v. 22, e190030, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>

MALTA, D. C. *et al.* Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. **Popul Health Metr**, v. 18, Suppl 1, p. 1-14, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00216-1>

MEDINA, M. G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, v. 38, n spe, p. 69-82, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>

MIQUELIM, J. D. L. *et al.* Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de hiv-aids. DST – **Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n. 3, p. 24-31. 2004. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista16-3-2004/3.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2024.

NASCENTE, A. F. O. *et al.* Educação em saúde focado na obesidade. **Revista Professare**, Caçador, v. 12, n. 1, p. e2971, 2023.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 32-40, 2020.

NUNES, Mônica de Oliveira. *et al.* O agente comunitário de saúde: Construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

OMS. **World Health Statistics 2022**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356584/9789240051140-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 mar. 2024.

ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Resolução AGNU A/RES/66/2** – Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre Prevenção e Controle de DCNT. Organização das Nações Unidas, 2011a. Disponível em:

<https://bioeticaediplomacia.org/resolucao-agnu-a-res-66-2-declaracao-politica-da-reuniao-de-alto-nivel-da-assembleia-geral-sobre-prevencao-e-controle-de-dcnt-2011/>. Acesso em: 25 mar. 2024.

ONU. **Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases**: sixth session: agenda item 117. Organização das Nações Unidas, 2011b. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/710899>. Acesso em: 30 mar. 2024.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **Plano Estratégico da Organização Pan-Americana de Saúde, 2014-2019**. Em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 2014. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2017/paho-strategic-plan-por-2014-2019.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2024.

PALMER, K; MONACO, A; KIVIPELTP, M. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. **Aging Clin Exp Res.**, v. 32, n. 7, p. 1189-1194, 2020.

PASCHOALINI, B. *et al.* Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v. 21, n. 3, p. 487-492, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/apv/v21n3/pt_17.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

PEDRAZA, C. C. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, e121, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.121>

PEREIRA, B. D. *et al.* O enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil no contexto da pandemia de COVID-19. **RESU-Revista Educação em Saúde**, v. 9, supl. 3, p. 245-250, 2021.

R CORE TEAM. R: A Language and Environment for Statistical Computing. **Vienna: R Foundation for Statistical Computing**, 2021. Disponível em: <https://www.R-project.org>. Acesso em: 16 jun. 2024.

REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010.

RIBEIRO, José Pais; MARQUES, T.M.P.F.S. A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 10, n. 2, p. 237-248, 2009.

ROCHA, N. H. N.; BEVILACQUA, P. D.; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 13, n. 3, p. 597-615, set./dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00056>

SANTANA, L. L. *et al.* Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rge/v37n1/0102-6933-rge-1983144720160153485.pdf revista psicologia ciência e profissão. Acesso em: 14 abr. 2024.

SANTOS, F. P. A. *et al.* Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1124-1131, 2016. DOI: <http://dx.doi.org.10.1590/0034-7167-2016-0273>.

SANTOS, V. R. dos. **Custos de doenças crônicas não transmissíveis para o Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da literatura.** Orientadora: Dra. Patrícia Vasconcelos Leitão Moreira. 2022. 41 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Nutrição) - Departamento de Nutrição, da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet.**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011. Disponível em: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)

SEABRA, C. A. M. *et al.* Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, 2019.

SILVA, A. *et al.* Monitoramento e projeções das metas de fatores de risco e proteção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras. **Cien Saude Colet**, v. 26, n. 4, p. 1193-1206, 2021.

SILVA, L. E. S. *et al.* Prevalence of heavy episodic drinking in the Brazilian adult population: National Health Survey 2013 and 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 1, p. 1-15, 2022.

SILVA, M. E. A. *et al.* Chronic disease in childhood and adolescence: family bonds in the health care network. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>

SILVA, R. S. B. *et al.* Tradução do conhecimento como ferramenta no cuidado às doenças crônicas não transmissíveis. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 21, e20238890, 2023a. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol21.e20238890>

SILVA, R. S. B. *et al.* Tradução do conhecimento e doenças crônicas não transmissíveis: perspectiva de gestores e profissionais da atenção primária à saúde. **BOLETIM DE CONJUNTURA**, ano V, v. 16, n. 46, p. 161-177, 2023b.

SILVA, V. M. **Principais desafios para organização do trabalho dos enfermeiros na estratégia de saúde da família na cidade de Araçuaí-MG.** Orientadora: Maria Terezinha Gariglio. 2009. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí, 2009.

SILVINO, R. C. A. S. *et al.* Formação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da obesidade na Atenção Básica: perspectiva dos gestores de saúde em Goiás. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Cândido Santiago”**, v. 8, e80003, p. 23-26, 2022.

SOUSA, V. F. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicol Cienc Prof.**, v. 35, n. 3, p. 900-915, 2015.

TANAKA, A. K. S. da R. *et al.* **Manual de educação sobre doenças crônicas não transmissíveis baseado em evidências**. Porto Alegre: UFRGS, 2020.
TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica**, v. 20, 2004.

VAN DONGEN, J.J.J. *et al.* Developing interprofessional care plans in chronic care: a scoping review. **BMC Family Practice**, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2016.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde soc.**, 24, n. 1, p. 100-112, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>.

WHO. World Health Organization. **‘Best buys’ and Other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO. World Health Organization. **Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2014a.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva: World Health Organization, 2014b.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases progress monitor 2020**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WHO. World Health Organization. **Time to deliver**: report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization, 2018.

YOSHIDA, V. C.; ANDRADE, M. G. G. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 597-610, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0611/reuerj.2014.15509>

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**FORMAÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA APS DO ESTADO DO PARANÁ NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ANÁLISE DE EFETIVIDADE A PARTIR DE ABORDAGEM QUALI-QUANTITATIVA**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **Formação de profissionais de saúde da APS do estado do Paraná no enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis: análise de efetividade a partir de abordagem quali-quantitativa**, a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios de Londrina, Maringá e Ponta Grossa.

O objetivo da pesquisa é capacitar profissionais da saúde de nível superior de equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, 1) identificar, intervir e realizar a reorientação do processo de trabalho, a gestão e o monitoramento das ações voltadas à prevenção dos fatores de risco e o tratamento da obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial e 2) avaliar a efetividade desse processo de formação na reorganização da gestão e do serviço das APS a partir de indicadores internos (percepção dos profissionais capacitados) e externos (usuários das unidades participantes).

Desta forma os aspectos relacionados à efetividade do processo de formação serão avaliados mediante a aplicação de questionários e a participação em grupos focais (rodas de conversa). A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma e em 3 etapas:

1ª Etapa: Avaliação inicial que será composta pela aplicação de um questionário com as percepções dos profissionais das equipes das APS participantes sobre 1) a Infraestrutura física, pessoal e logística da UBS as quais trabalham, 2) a autoavaliação sobre o seu desempenho na equipe da APS no que diz respeito à prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, 3) as suas percepções sobre o quão se sente preparado para atuar com esse contexto.

2ª Etapa: participação no curso de formação (capacitação) de 180 horas em 12 meses, com média de 15 horas por mês. As intervenções serão semipresenciais com 144 horas remotas (síncronas e assíncronas) e 36 horas presenciais.

3ª Etapa: Após seis meses do término da capacitação será reaplicado o questionário utilizado na 1ª Etapa e os profissionais participarão do grupo focal, de forma presencial, que terá aproximadamente uma hora de duração e será aplicado na forma de “roda de conversa”, ou seja, o pesquisador lançará questões sobre o processo de capacitação e suas repercussões sobre o processo de trabalho para que os profissionais participantes possam expressar as suas percepções e opiniões. As informações do grupo focal serão coletadas mediante gravação para que posteriormente possam ser transcritas. As gravações obtidas por meio das entrevistas e grupo focal serão apagadas após as transcrições. Pedimos autorização para que seus dados sejam utilizados em pesquisas futuras, pois seus dados serão tabulados e armazenados em programa do Excel, pedimos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Como benefícios advindos desta pesquisa, você terá a oportunidade de participar gratuitamente de um programa de capacitação profissional, incentivado e financiado pelo Ministério da Saúde, para a atuação com as DCNT obesidade, hipertensão arterial e diabetes. A sua participação efetiva lhe dará direito ainda a um certificado emitido pela Universidade Estadual de Londrina. Quanto aos riscos, esses são mínimos pois os dados serão obtidos por meio de formulários e grupo focal realizados por pesquisadores treinados em momentos previamente agendados, mas se você se sentir cansado(a) para responder as perguntas, o(a) pesquisador(a) poderá agendar outro dia para continuar a entrevista, ou se não quiser terminar de responder, a entrevista será finalizada sem qualquer ônus ou prejuízo à você. Todo e qualquer risco que porventura acontecer serão acolhidos e avaliados pela equipe multiprofissional do projeto e atendido individualmente.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (pesquisador responsável: Denilson de Castro Teixeira; endereço: Rodovia Celso Garcia Cid - Pr 445 Km 380 - Campus Universitário, Londrina - PR, 86057-970 – Centro de Educação Física e Esportes - CEFE; telefone:

(43)3371-4238 acrescentar cel (43)98804-0583; e-mail: denict@uel.br, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Ponta Grossa, ____ de _____ de 20____.

Denilson de Castro Teixeira

Pesquisador Responsável - RG: 4.203.273-5

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

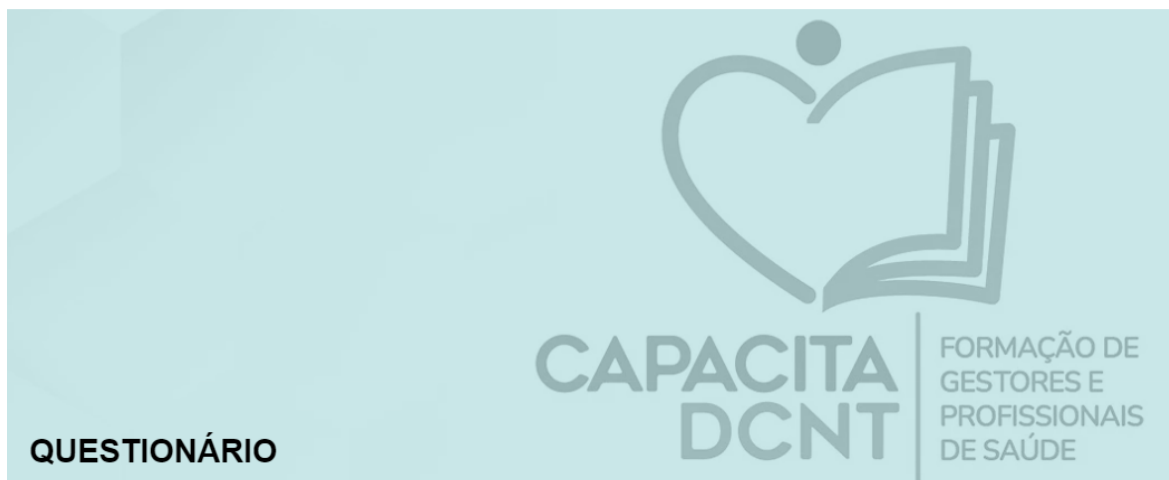
Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado, atendendo, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.



APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO DAS EQUIPES APS



1. Dados de identificação

Nome: _____
 Idade: _____
 Sexo: _____
 Profissão: _____
 Tempo de experiência na área de atuação: _____
 Regime de trabalho na UBS: _____
 Formação: () graduação () especialização () mestrado () doutorado ()
 pós-doutorado
 () outro _____

2. Informações sobre participação em formações na área das DCNT

2.1) Você já participou de algum tipo de capacitação/formação na área das DCNT?
 () sim () não - Se respondeu sim vá para a questão 2.1.1

2.1.1) Tipo: () palestra () evento/congresso () curso de curta duração
 (até 30h)
 () curso de média duração () curso de longa duração () especialização
 () participação em projeto de extensão. Qual: _____
 () desenvolvimento de pesquisa. Qual: _____

Ano(s) de conclusão da(s) capacitação(ões): _____

3. A UBS que você trabalha possui certificação de qualidade?

() sim () não () não sei - Se respondeu sim vá para a questão de 3.1.2

3.1.2) () selo bronze () selo prata () selo ouro () outro tipo de certificação. Qual:
 _____. Ano da certificação _____

4. Infraestrutura física, pessoal e logística da UBS

Responda as questões abaixo selecionando um dos campos de respostas. Ao final de cada bloco das questões há espaços para se você quiser fazer comentários e/ou complementação das respostas.

A UBS que trabalho possui...	concordo totalmente	concordo não totalmente	não tenho opinião	discordo não totalmente	discordo totalmente
1. espaço adequado para o desenvolvimento das ações necessárias (ex.: sala de observações e de atendimento coletivo).					
2. suporte tecnológico suficiente para o desenvolvimento adequado dos trabalhos (ex.: computador disponível com acesso a internet).					
3. recursos para a mobilidade da equipe (veículos disponíveis conforme necessidade da equipe).					
4. possui fluxo adequado para o acolhimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários.					
5. disponibilidade para o acesso dos usuários (horário de funcionamento que favoreça o atendimento de todos os segmentos de usuários, inclusive os trabalhadores).					
6. facilidades para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, checkup).					
7. possui uma logística que ajuda o paciente a marcar consultas com especialistas.					
8. canal de comunicação por telefone ou virtual (ex.: whatsapp, skype, e-mail) em que os pacientes conseguem aconselhamento de forma rápida.					
9. um telefone de contato ou canal de comunicação virtual (ex.: whatsapp, skype, e-mail) a serem utilizados quando a unidade está fechada, para atender os pacientes que adoecem.					
10. um serviço que, se os pacientes têm uma pergunta sobre a própria saúde, eles podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, skype, e-mail) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que os conhecem melhor.					
11. canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas, reclamações e sugestões.					
12. equipe com número adequado de pessoal para o bom andamento dos trabalhos.					
13. suporte de profissionais especializados					

para a resolução de casos complexos.					
14. programas de educação permanente para os profissionais (cursos do SUS, Tele-Saúde, troca de experiências).					
15. os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis para serem utilizados no atendimento.					
16. boa cobertura populacional da região de abrangência.					
17. possui Informações clínicas do próprio serviço (ex.: número de pacientes hipertensos, diabéticos, obesos, tabagistas, etc.).					
18. estratégias para a identificação de vulnerabilidades dos usuários (mapa inteligente com identificação de grupos de agravos e áreas de risco)					
19. há integração, como troca de informações sobre os pacientes com os serviços especializados.					
20. uma organização que permite o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida.					
21. planejamento das ações em conjunto entre a equipe.					
22. ações compartilhadas (agenda organizada pela equipe).					
23. normatização do cuidado, como estratificação de risco para doenças crônicas, particularmente hipertensão arterial, diabetes e obesidade.					
24. ações de atendimento individual para a prevenção de doenças crônicas, particularmente hipertensão arterial, diabetes e obesidade.					
25. ações de atendimento em grupo para a prevenção e/ou tratamento de doenças crônicas, particularmente hipertensão arterial, diabetes e obesidade					
26. ações comunitárias para a prevenção de doenças crônicas, particularmente hipertensão arterial, diabetes e obesidade.					
27. os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro.					
28. atendimento com foco na família.					
29. ações intersetoriais como atuação junto a outros setores da comunidade (associação de moradores, lideranças comunitárias, escolas, entidades religiosas etc.).					
30. participação popular nas decisões (Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular).					

31. em sua região, há espaços públicos de lazer e/ou vias públicas adequadas, que favoreça a prática de atividades físicas.					
---	--	--	--	--	--

Comentários:

5. Autoavaliação atitudinal

No desenvolvimento do meu trabalho eu...	concordo totalmente	concordo não totalmente	não tenho opinião	discordo não totalmente	discordo totalmente
1. concedo aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas?					
2. crio um ambiente favorável para que meus pacientes se sintam confortáveis para relatarem as suas preocupações ou problemas.					
3. sei quais problemas são mais importantes para os meus pacientes.					
4. procuro conhecer a história clínica (história médica) completa de cada paciente.					
5. sei e/ou pergunto sobre todos os medicamentos que os meus pacientes estão tomando.					
6. procuro saber se os meus pacientes possuem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados					
7. sei de todas as consultas que os meus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados.					
8. oriento os pacientes que necessitam de encaminhamento sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos.					
9. solicito aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames					

de laboratório).					
10. faço aconselhamento sobre nutrição e dieta.					
11. faço aconselhamento sobre o alcoolismo e tabagismo.					
12. faço aconselhamento sobre a prática de atividade física.					
13. faço aconselhamento sobre a saúde mental (ansiedade e depressão).					
14. realizo atendimento com foco na família.					

Comentários:

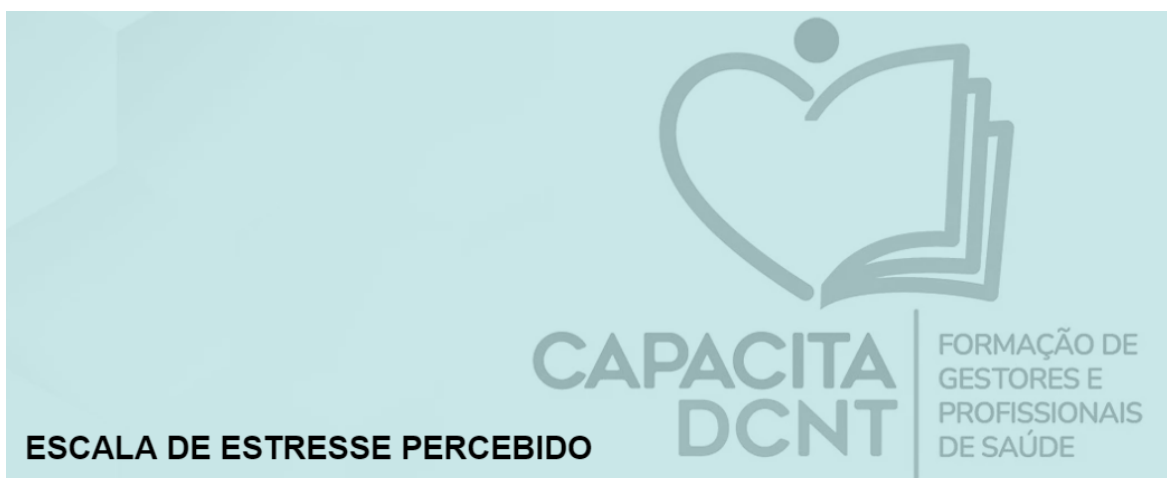
6. Conteúdos e conhecimentos técnicos voltados às DCNT.

Aponte o preparo técnico-científico que você considera que possui para o atendimento nas DCNT	Altamente Preparado 1	Suficiente 2	Não sei opinar 3	Moderadamente suficiente 4	Insuficiente 5
1. Fisiopatologia das DCNT (diabetes, hipertensão e obesidade).					
2. Causas e consequências das DCNT.					
3. Prevenção das DCNT.					
4. Tratamento das DCNT.					
5. Estratégias para sensibilização para a adoção de comportamentos saudáveis (nutrição, atividade física, tabagismo).					
6. Classificação de risco das DCNT.					
7. Modelos de atenção e organização do cuidado para a DCNT.					
8. Aplicação dos Atributos essenciais e derivados da atenção básica no meu trabalho (Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação da Atenção, orientação comunitária, competência cultural, atenção à saúde centrada na família).					

9. Lidar com as barreiras e facilitadores para organizar a atenção às pessoas com DCNT.					
10. Modelo de Atenção às Condições Crônicas.					
11. Níveis de atenção nas DCNT e suas respectivas intervenções.					
12. Intervenções de promoção da saúde, incluindo determinantes de saúde.					
13. Intervenções de prevenção das condições crônicas, incluindo comportamentos e estilos de vida.					
14. Gestão da condição crônica, incluindo intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos individuais e sobre as condições de saúde.					
15. Gestão da condição da saúde, incluindo intervenções sobre as condições de saúde complexas.					
16. Gestão de Caso, incluindo intervenções sobre as condições de saúde altamente complexas.					
17. Fluxo na rede de atenção à saúde.					
18. Fluxos internos na UBS, incluindo fluxos de agudização, fluxo de atenção programada e fluxo para microprocessos e outras demandas.					

6.1 Escreva aqui algum outro tipo de preparo-técnico e/ou conteúdo que não foi abordado anteriormente e que você gostaria que fosse trabalhado no curso.

APÊNDICE C - ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS)



Itens e instruções para aplicação:

As questões desta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

- 0= nunca
- 1= quase nunca
- 2= às vezes
- 3= quase sempre
- 4= sempre

Neste último mês, com que frequência...	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3. Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4

5. Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11. Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

Instrução

O avaliador deve ler a primeira frase: “neste último mês, com que frequência você...” e se certificar que o avaliando entendeu que as perguntas se referem a como ele vinha se sentindo no último mês. As opções de respostas da escala (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre) devem ser repetidas no final de todas as perguntas, caso a escala seja aplicada em forma de entrevista. No caso de utilização da PSS como questionário autoaplicável, é necessário que o respondente leia atentamente as instruções antes de responder à escala.

Pontuação e Correção

As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA APS DO ESTADO DO PARANÁ NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES ASSOCIADOS: ANÁLISE DE EFETIVIDADE A PARTIR DE ABORDAGEM QUALI-QUANTITATIVA.

Pesquisador: DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52812621.0.1001.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ
Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.086.586

Apresentação do Projeto:

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm aumentado em todo o mundo e tem impactado negativamente a saúde e qualidade de vida da população. Dentre elas destaca-se a obesidade, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial por estarem intimamente relacionadas a fatores modificáveis como o estilo de vida. Sendo assim, há necessidade de tornar mais eficaz a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento dessas comorbidades. Este projeto tem como objetivos 1) capacitar gestores e profissionais da saúde de nível superior de equipes da APS de municípios do estado do Paraná a identificar, intervir e realizar a reorientação do processo de trabalho, a gestão e o monitoramento das ações voltadas à prevenção dos fatores de risco e o tratamento da obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial e 2) avaliar a efetividade desse processo de formação na reorganização da gestão e do serviço das APS a partir de indicadores externos dos usuários e dos próprios atores (profissionais). Participarão do projeto gestores e profissionais de saúde de nível superior, respectivamente de 153 e 17 UBS dos municípios de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, totalizando 153 gestores e 250 profissionais de saúde. Em relação aos usuários, estima-se atingir 1064 participantes com as DCNTs (obesidade, hipertensão

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serem Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.086.586

arterial e diabetes) nas equipes de APS das três cidades (n=447, n=338 e n=279, respectivamente, em Londrina, Maringá e Ponta Grossa). Os critérios de elegibilidade foram municípios com população maior que 300.000

habitantes, e com prevalências de obesidade acima da média do estado. Serão selecionadas equipes de APS de todas as macrorregiões dos municípios supracitados, inclusive da zona rural. As formações serão realizadas de forma semipresencial, com encontros e tarefas presenciais e remotas. Os conteúdos programáticos serão ministrados seguindo os quatro eixos exigidos no Edital (avaliação diagnóstica, formação, avaliação e difusão e tradução do conhecimento) e as orientações de protocolos, guias e instrumentos para o cuidado de pessoas com DCNT preconizados pelo Ministério da Saúde e órgãos internacionais. As metodologias utilizadas no processo de formação consideraram os profissionais como o centro da

aprendizagem, oferecendo estratégias diversificadas de ensino como, oficinas, produção de material didático para os usuários das APS, coleta e interpretação de dados, estudos de casos e resolução de problemas levantados no cotidiano do serviço. A efetividade do da formação na reorganização da gestão e do processo de trabalho será avaliada durante todo o processo de formação com instrumentos quantitativos e qualitativos. A equipe do projeto é composta por 22 profissionais de três instituições de ensino superior do estado do Paraná (UEL, UEM e UEPG), das áreas da saúde e de outras correlatas, com expertises pertinentes ao desenvolvimento de todas as etapas do projeto. Também farão parte da equipe estudantes de graduação e pós-graduação como bolsistas e voluntários. Espera-se com o desenvolvimento desse projeto a reorganização da gestão e o processo de trabalho das APS dos municípios participantes e impactos relevantes nos campos científicos, tecnológicos, de inovação, formativos e sociais, que contribuirão para a prevenção e o tratamento da obesidade, da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Capacitar gestores e profissionais da saúde de nível superior de equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) de municípios do estado do Paraná a identificar, intervir e realizar a reorientação do processo de trabalho, a gestão e o monitoramento das ações voltadas à prevenção dos fatores de risco, e o tratamento da obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Objetivo Secundário:

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



CONSELHO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.086.586

- Celebrar parcerias com as secretarias municipais de saúde dos municípios selecionados para o desenvolvimento do projeto.- Levantar as necessidades e potencialidades no serviço em relação à estrutura e qualificação da força de trabalho.
- Caracterizar problemas situacionais relacionados ao contexto da formação (obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial) com os gestores e profissionais da saúde dos municípios e/ou comunidades selecionados para o projeto.
- Capacitar a equipe do projeto para a formação dos gestores e profissionais da saúde de nível superior das equipes de APS (eSF, eAP e NASF) dos municípios e/ou comunidades selecionados para o projeto.- Trabalhar com a formação dos gestores e profissionais da saúde de nível superior das equipes de APS (eSF, eAP e NASF) dos municípios e/ou comunidades selecionados, na implementação de ações voltadas à prevenção e tratamento da obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial.
- Avaliar o usuário dos municípios e/ou comunidades participantes como tarefas realizadas na formação dos gestores e profissionais de saúde, a fim de identificar necessidades específicas em relação à prevenção e tratamento da obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial.
- Realizar levantamento de prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, diabetes tipo 2 e hipertensão) entre os usuários atendidos pelo projeto.
- Elaborar material instrucional (impresso e digital) para a formação dos gestores e profissionais da saúde
- Desenvolver um aplicativo para smartphone, no âmbito da formação com a participação dos profissionais de saúde e usuários das suas equipes de APS, com a finalidade de incentivar a população adulta a adotar hábitos de vida saudável e o combate à obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial.
- Avaliar a efetividade do processo de formação dos gestores e profissionais da saúde participantes do projeto e suas repercussões na organização do processo de trabalho e institucionalização da sua prática.
- Disseminar os resultados do projeto em congressos e por meio de publicações científicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Profissionais e gestores: Os riscos são mínimos pois os dados serão obtidos por meio de formulários e o grupo focal será realizado por pesquisadores treinados em momentos previamente

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



COMISSÃO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.086.586

agendados. Se o participante se sentir cansado(a) para responder as perguntas, o(a) pesquisador(a) poderá agendar outro dia para continuar a entrevista, ou se o participante não quiser terminar de responder, a entrevista será finalizada sem qualquer ônus ou prejuízo para o respondente. Todo e qualquer risco que por ventura acontecer serão acolhidos e avaliados pela equipe multiprofissional do projeto e atendido individualmente. Usuários das equipes de APS participantes: Os riscos são mínimos pois os dados serão obtidos por meio de formulários realizados por pesquisadores treinados em momentos previamente agendados, mas se o participante se sentir cansado para responder as perguntas, o pesquisador poderá agendar outro dia para continuar a entrevista. Caso o participante não queira terminar de responde-las, a entrevista será finalizada sem qualquer ônus para o respondente. Todo e qualquer risco que por ventura acontecer serão acolhidos e avaliados pela equipe multiprofissional do projeto e atendido individualmente.

Benefícios:

Profissionais e gestores: Oportunidade de participar gratuitamente de um programa de capacitação profissional, incentivado e financiado pelo Ministério da Saúde, para a atuação com as DCNTs obesidade, hipertensão arterial e diabetes. O profissional que cumprir a carga horária mínima dos cursos de formação receberá um certificado emitido pela Universidade Estadual de Londrina. Usuários das equipes de APS participantes:

Avaliação gratuita da saúde física e mental e recebimento dos resultados e orientações para melhorar o seu estado de saúde e qualidade de vida.

Mediante o processo de formação e a colaboração dos usuários em sua avaliação, há perspectivas de melhora na qualidade dos serviços prestados pelas equipes de APS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de intervenção e pesquisa relevante pois propõe capacitação e avaliação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos presentes e devidamente assinados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.086.586

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1823478.pdf	25/10/2021 18:14:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Capacitacao_APS_Parana_251021.pdf	25/10/2021 18:13:40	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_251021.pdf	25/10/2021 17:10:46	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_ponta_grossa.pdf	25/10/2021 17:09:52	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_usuarios_2010121.docx	25/10/2021	DENILSON DE	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.086.586

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios_2010121.docx	00:49:32	CASTRO TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_201021.docx	25/10/2021 00:47:27	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores_211021.docx	25/10/2021 00:47:14	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_londrina.pdf	25/10/2021 00:43:48	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_maringa.pdf	25/10/2021 00:34:14	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
Declaração do Patrocinador	Termo_de_Outorga.pdf	25/10/2021 00:25:11	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 08 de Novembro de 2021

Assinado por:

Karina Elaine de Souza Silva
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br