



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO

DARLA LUSIA ROPELATO FERNANDEZ

**DESAFIOS DO PROGRAMA HIPERDIA E IMPLICAÇÕES PARA A
ENFERMAGEM**

BELÉM
2014

DARLA LUSIA ROPELATO FERNANDEZ

**DESAFIOS DO PROGRAMA HIPERDIA E IMPLICAÇÕES PARA A
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem: **Área de Concentração** – Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Sandra Helena Isse Polaro

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico.

**BELÉM
2014**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Fernandez, Darla Lusia Ropelato, 1975-
Desafios do programa hiperdia e implicações
para a enfermagem / Darla Lusia Ropelato
Fernandez. - 2014.

Orientadora: Lúcia Hisako Takase Gonçalves;
Coorientadora: Sandra Helena Isse Polaro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal
do Pará, Instituto de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém,
2014.

1. Enfermagem. 2. Cronicidade. 3. Hipertensão
Arterial Sistêmica. 4. Diabetes Mellitus -
Cuidados com os doentes. 5. Atenção Primária à
Saúde. I. Título.

CDD 22. ed. 614

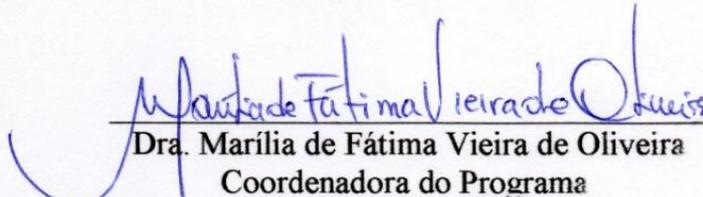
DARLA LUSIA ROPELATO FERNANDEZ

**DESAFIOS DO PROGRAMA HIPEDIA E IMPLICAÇÕES PARA A
ENFERMAGEM**

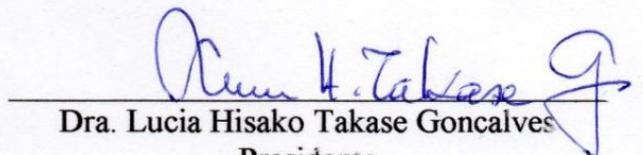
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em 27 de junho de 2014, atendendo normas da legislação vigente da Universidade Federal do Pará, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico


Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira
Coordenadora do Programa

Banca examinadora:


Dra. Lucia Hisako Takase Goncalves
Presidente

Dra. Angela Maria Alvarez
Membro PEN/UFSC


Dra. Sandra Helena Isse Polaro
Membro FAENF/UFPa

**BELEM
2014**

Obs: A participação do Membro Externo, Dra. Angela Maria Alvarez da Universidade Federal de Santa Catarina, foi por vídeo conferência.

*À minha pequena Bia.
Ao meu grande amor Eduardo.*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, em primeiro lugar, pelo dom da vida, pela graça de ter chegado até aqui, por me fortalecer nos momentos difíceis dessa trajetória, dando-me luz, discernimento e inspiração.

À minha filha **Beatriz Ropelato Fernandez**, que tão encantadora trouxe luz prá minha vida e, mesmo tão pequenina, soube se comportar como uma “lady” nesse momento de tanto esforço e dedicação.

Ao meu esposo **Eduardo Calcuchimac da Nova Fernandez**, por ter sido tão companheiro no enfrentamento das inúmeras dificuldades que encontramos nessa caminhada; por ter cuidado tão bem de nossa filha nos momentos de minha ausência; e por seu amor. Sem você eu não teria conseguido.

A meus pais, **Moacir José Ropelato e Maria Ropelato** que num momento delicado desta trajetória souberam abdicar da companhia um do outro para que minha mãe pudesse sair do sul do país e estar presente em Belém, para auxiliar no cuidado de minha filha então com cinco meses de vida, carente de tanta atenção, amor e carinho, que só uma avó poderia suprir, e assim o fez.

A minha querida orientadora, **Professora Doutora Lúcia Hisako Takase Gonçalves**, por ser tão generosa no compartilhamento de seus conhecimentos, por sua incansável dedicação e principalmente pela compreensão nos momentos de dificuldades pelos quais passei. Jamais irei esquecer a maneira especial com que a Senhora soube conduzir o meu caso, sem a qual eu não teria chegado até o fim.

À **Professora Doutora Sandra Helena Isse Polaro**, co-orientadora desta dissertação, por seu incentivo de sempre e contribuições.

À **Universidade Federal do Pará – UFPA**, pela viabilização e apoio ao curso de Mestrado em Enfermagem – PPGENF / UFPA.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF / UFPA, **Professora Doutora Marília de Fátima Vieira de Oliveira e demais professores deste Mestrado**, que de muitas formas contribuíram para minha formação e para a construção deste estudo.

À **Professora Msc. Hilma Solange Lopes Souza**, coordenadora da UFPA no laboratório de habilidades humanas na Unidade cenário do estudo, por sua imensa contribuição e esmero em intermediar o contato com as pessoas necessárias para a realização desta pesquisa.

À **banca examinadora** pela dedicação em analisar este trabalho e contribuir para seu refinamento.

Ao **Centro Universitário do Estado do Pará**, instituição na qual exerci cargo de docência no curso de enfermagem, na pessoa da **Professora Ana Rosa Botelho Pontes**, pelo imenso incentivo e apoio.

Aos **profissionais da saúde e usuários do Programa HIPERDIA estudado**, participantes da pesquisa, pela gentileza em contribuir com este estudo.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram na trajetória e conclusão deste estudo e do curso de Mestrado em Enfermagem. Muito obrigada!

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Programa HIPERDIA foi implantado em 2001 na atenção básica devido à gravidade epidemiológica da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), afecções que podem acarretar sérias complicações inculcando limitações e sofrimento na vida de seus portadores e suas famílias. Nesse contexto, ressalte-se a importância da prevenção primária dessas afecções e de suas complicações. Passado mais de uma década de sua implementação, cabe refletir acerca do impacto nas condições de saúde que o Programa tem gerado entre seus usuários. **OBJETIVOS:** Elucidar os princípios, a filosofia e a política norteadora do Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde (MS); descrever como funciona o atendimento do usuário pela equipe de saúde de um Programa HIPERDIA; explorar os comportamentos de vida e saúde demonstrados pelos usuários do HIPERDIA após sua inserção no Programa. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um Estudo de Caso segundo Yin (2010) cujo objeto de estudo foi um Programa HIPERDIA executado numa Unidade Básica de Saúde da periferia de Belém-PA. Os dados foram obtidos por meio de entrevista com usuários, equipe e gestores do Programa, além da observação direta do campo, consulta de prontuários e da documentação oficial do MS. A análise dos dados obtidos foi feita por meio da estratégia analítica “Contando com Proposições Teóricas” e da técnica analítica “Combinação de Padrão”. **RESULTADOS:** A precarização da gestão do Programa HIPERDIA ilustrada por deficiências na infraestrutura, insumos, medicamentos e fragilidades na rede de referência e contrarreferência, a demanda espontânea excessiva que sobrecarrega a equipe de saúde alocada em número insuficiente e o contexto de pobreza e violência urbana em que os usuários vivem contribuem para a baixa adesão ao regime terapêutico e limitam a equipe em sua atuação interdisciplinar e integral. Ademais, o modelo de atenção vigente é pautado no tradicional, baseado em consultas e prescrições e que não tem se demonstrado suficiente para atender integralmente às necessidades de atenção ao portador de condição crônica, que requer cuidados prolongados com adoção de estilos de vida mais condizentes e saudáveis. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Grandes desafios se desenham diante dos dados emergidos deste estudo e envolvem ações macrogovernamentais e intersetoriais que promovam melhorias nas condições de vida da população o que requer vontade política para investimento dos recursos necessários. Não obstante a isso, a enfermagem pode dar sua contribuição promovendo cuidado cultural e ações de autocuidado, personalizando o plano de ação e trazendo a corresponsabilidade do usuário e sua família na melhoria de sua condição de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Cronicidade; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Atenção Primária de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The HIPERDIA Program was established in 2001 in primary care because of the severity of epidemiological Hypertension (HBP) and Diabetes Mellitus (DM), conditions that can lead to serious complications instilling limitations and suffering in the lives of their patients and their families. In this context, it is worth mentioning the importance of primary prevention of these diseases and their complications. Past more than a decade of implementation, it is worth to reflect on the impact on health conditions that the program has generated among its users. **OBJECTIVES:** To elucidate the principles, philosophy and the guiding policy of HIPERDIA Program of the Ministry of Health (MH); describe how the patient care works, by a health team of HIPERDIA Program; explore the life and health behaviors demonstrated by users of HIPERDIA after its insertion into the program. **METHODOLOGY DESCRIPTION:** This is a Case Study second Yin (2010) whose object of study was a HIPERDIA Program executed in a Basic Health Unit outskirts of Belém. Data were obtained through interviews with users, staff and managers of the program, in addition to direct field observation, consultation records and official documentation of MS. The data analysis was performed by the analytical strategy "Relying on Theoretical Propositions" and the analytical technique "Standard Combination". **RESULTS:** The deterioration of the HIPERDIA program management illustrated by deficiencies in infrastructure, supplies, medicines and weaknesses in the reference and counter reference network, excessive spontaneous demand that overloads the health team allocated insufficient in number and the context of poverty and urban violence in users living contribute to poor adherence to treatment regimen and limit the team in its interdisciplinary and integral action. Furthermore, the current model of care is grounded in traditional, based on consultations and prescriptions and that has not proved sufficient to fully meet the needs of care to people with chronic condition requiring long-term care by adopting lifestyles more consistent and healthy. **FINAL THOUGHTS:** Big challenges are drawn against the data emerged from this study and it involves governmental and intersectoral actions that promote improvements in the living conditions of the population which requires political will to investing the necessary resources. Notwithstanding this, the nurse can make a contribution by promoting cultural care and self-care actions, customizing the plan of action and bringing the responsibility of the user and their families in improving their health condition.

Keywords: Nursing; Chronicity; Hypertension; Diabetes Mellitus; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. OBJETIVOS	13
2. SUPORTE TEÓRICO	14
2.1. CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE.....	14
2.2. A ENFERMAGEM E O CUIDADO AOS PORTADORES DE CONDIÇÃO CRÔNICA	19
3. METODOLOGIA	25
3.1. ABORDAGEM DE PESQUISA	25
3.2. O CONTEXTO DO ESTUDO	26
3.3. PROCEDIMENTOS DE OBTENÇÃO DOS DADOS	28
3.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	30
3.5. CUIDADOS ÉTICOS DE RESPEITO HUMANO COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	32
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROGRAMA HIPERDIA ESTUDADO	33
4.1. PROGRAMA HIPERDIA – PROPOSIÇÃO TEÓRICA	34
4.1.1. Histórico de implementação do HIPERDIA	34
4.1.2. Protocolo de atendimento do Programa HIPERDIA	35
4.2. A PRECARIZAÇÃO DA GESTÃO DO HIPERDIA	41
4.3. OS USUÁRIOS DO HIPERDIA E A FALTA DE ADESÃO ÀS PRÁTICAS DE CONTROLE DA(S) DOENÇA(S)	50
4.4. OS USUÁRIOS DO HIPERDIA E O ENFRENTAMENTO DE SUA CONDIÇÃO DE CRONICIDADE	61
4.5. A PRECARIZAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO	77
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	85
ANEXOS	90
APÊNDICES	96

1. INTRODUÇÃO

Mudanças no perfil da população – que envelhece mais rapidamente – somadas aos avanços na saúde propiciando melhores condições de vida às populações nos últimos tempos têm configurado importante alteração no perfil epidemiológico de doenças que acometem as pessoas em todo o mundo. Atualmente as protagonistas são as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), presentes no cenário da morbimortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) já enfatizava, em 2005, que além de óbitos, as DCNTs acarretam prejuízo na qualidade de vida e limitação no trabalho e nas atividades de lazer das pessoas afetadas (FARIAS, 2007; BRASIL, 2011a; OMS, 2005).

Dentre as DCNTs destacamos neste estudo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM), por se constituírem importante problema de saúde pública, podendo acarretar, em longo prazo, complicações graves e incapacitantes, levando mais sofrimento e limitação a seus portadores. Doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, retinopatia diabética, neuropatia diabética e pé diabético figuram entre suas principais complicações (BRASIL, 2006a; 2006b).

Nesse contexto, adultos com DM aumentam o risco para doença cardiovascular e acidente vascular cerebral em duas a quatro vezes, e o diabetes representa a causa mais comum de amputações de membros inferiores de causa não traumática e cegueira irreversível. Por fim, ao ser associado com a hipertensão arterial, o diabetes é responsável pela primeira causa de mortalidade e hospitalizações no Brasil. Quanto à HAS, suas consequências são devastadoras, uma vez que sozinha é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, representam a principal causa de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a; 2006b).

Diante da possibilidade de consequências tão devastadoras que podem ser ocasionadas por essas duas afecções, meu olhar de enfermeira para o problema identifica a importância da prevenção primária da HAS e da DM e, caso venham a instalar-se, que seus portadores vivam com qualidade de vida, cientes de sua cronicidade e da necessidade de controlá-las para prevenir agravos e complicações.

No âmbito da prevenção e do controle das DCNTs, o Ministério da Saúde (MS) tem publicado manuais técnicos para esse fim. É o caso das diretrizes contidas no Programa HIPERDIA, implantado desde 2001, direcionado para a HAS e a DM; e, mais recentemente, do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNTs para o período de 2011 a

2022. Tais documentos reforçam a importância da prevenção pautada em ações que incluem estímulo à atividade física, alimentação saudável, diminuição do tabagismo e atenção integral para o envelhecimento ativo. Além disso, há o reconhecimento da necessidade de esforços intersetoriais com ações integradas e fica assegurada a ampla cobertura no atendimento em saúde aos portadores de afecções crônicas em todos os níveis de atenção, incluindo referência e contrarreferência com vistas à continuidade no atendimento e integralidade na atenção (BRASIL, 2001; 2011b).

O Programa HIPERDIA foi implantado em 2001 devido à gravidade epidemiológica da HAS e do DM, ambos com alta prevalência na população brasileira e etiológicamente relacionadas com o elevado número de casos de doenças cardiovasculares – principal causa de morbimortalidade no país. O Programa estabeleceu ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde da atenção básica para detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para essas duas patologias (BRASIL, 2001).

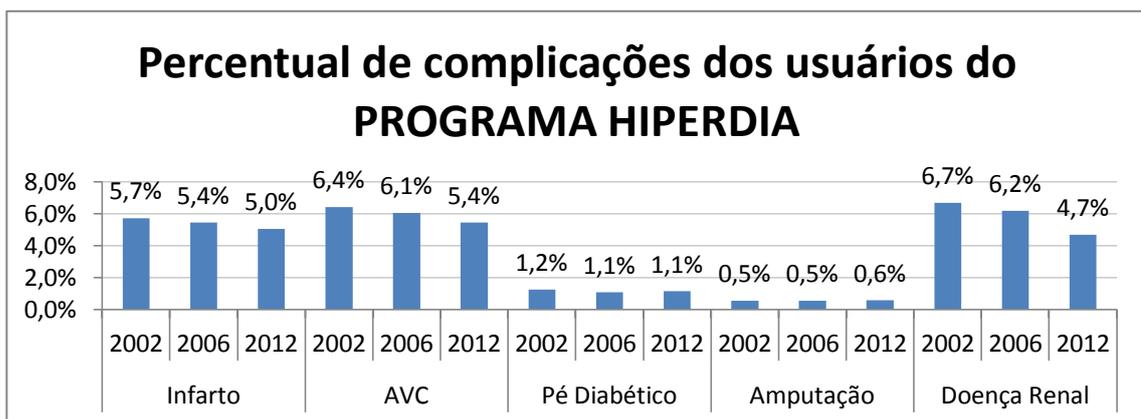
Mais de uma década após sua implantação, cabe refletir se o impacto do referido Programa sobre os usuários tem sido positivo. No quesito prevenção de complicações em decorrência de HAS e DM, por exemplo, realizei um levantamento na base de dados do MS – DATASUS, sobre a variação de porcentagem de pacientes do Programa HIPERDIA que apresentaram complicações, no ano de 2001 (ano de implantação do Programa), 2006 (ano da publicação das últimas diretrizes para o Programa HIPERDIA pelo MS) e 2012 (ano mais recente com dados disponíveis no sistema), em todo o território nacional*.

Os dados demonstraram que praticamente não houve diminuição na porcentagem de pacientes por complicação apresentada na comparação dos anos de 2001, 2006 e 2012. No ano de 2001, do total de pacientes cadastrados no Programa, 5,7% tiveram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); em 2006 ficou em 5,4% e onze anos após a implantação do Programa, em 2012, a porcentagem permaneceu na mesma faixa, tendo acometido 5,0% do total de pacientes cadastrados. Também a complicação denominada Pé Diabético manteve o mesmo percentual de 1,2% de incidência entre os diabéticos cadastrados no Programa em 2001 e 1,1% em 2006, sem variar em 2012. O número de amputações de membros inferiores (em

*Exceto Distrito Federal, para o qual o sistema disponibilizou dados só até 2010.

decorrência do Pé Diabético) aumentou ligeiramente, passando de 0,5% de incidência em 2001 e 2006 para 0,6% em 2012. As complicações que demonstraram queda na porcentagem de pacientes acometidos foram Acidente Vascular Cerebral (AVC), passando de 6,4% em 2001 para 6,1% em 2006 e baixando para 5,4% em 2012, e Doença Renal, com 6,7% em 2001 passando para 6,2% em 2006 e baixando 4,7% em 2012, sem registrar, de qualquer modo, drástica diminuição no número de casos registrados no período de 11 anos (DATASUS, 2014).

Gráfico 01: Percentual de complicações dos usuários do Programa HIPERDIA



Fonte: DATASUS - Ministério da Saúde - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

Convém salientar que a análise desses dados exigiria uma visão mais aprofundada do que a aqui apresentada, porquanto inúmeras variáveis poderiam influenciar tais valores, como, por exemplo, o aumento da população brasileira no período pesquisado e a ampliação do próprio Programa nos últimos anos, o que poderia acarretar elevação automática do número de casos registrados. Contudo, a título de informação, e apesar de demonstrarem certa melhora, os dados apresentados merecem a reflexão de que ainda são preocupantes, pois os usuários do Programa HIPERDIA continuam adoecendo, apresentando complicações.

No presente estudo, os usuários do Programa HIPERDIA foram considerados como membros de uma subcultura emergente de sua própria condição de integrantes do referido Programa, por se tratar de uma coletividade de pessoas portadoras de mesmo tipo de patologia – hipertensão e ou diabetes – e que enfrentam modos de vida particulares, em função da cronicidade determinada por sua(s) doença(s) e inseridos num mesmo contexto de programa de saúde. A saber: o contexto de mudanças impostas na alimentação, necessidade de realizar atividade física regular, dependência de medicamentos de uso contínuo, periodicidade de acompanhamento por profissionais da saúde com realização de exames também periódicos e

supressão de tabagismo e de etilismo, entre outros. Em função de todas essas regras e necessidades em comum para o controle de sua(s) doença(s), é esperado que eles apresentem características e comportamentos da vida e saúde muito semelhantes, caracterizando-os, assim, como uma subcultura específica – a de usuários do Programa HIPERDIA.

Tais reflexões nos levaram a elaborar a seguinte questão de pesquisa: como o Programa HIPERDIA vem sendo executado na atenção básica e que repercussões suas ações têm provocado no comportamento de vida e saúde de seus usuários?

Para tanto, estabelecemos como objetivos deste estudo os apresentados a seguir.

1.1. OBJETIVOS

- Elucidar os princípios, a filosofia e a política norteadora do Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde.
- Descrever como funciona o atendimento do usuário pela equipe de saúde de um Programa HIPERDIA.
- Explorar os comportamentos de vida e saúde demonstrados pelos usuários do HIPERDIA após sua inserção no Programa.

2. SUPORTE TEÓRICO

2.1. CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE

As doenças crônicas foram definidas pela *Commission on Chronic Illness* (1956) como aquelas causadas por alterações patológicas do corpo que são irreversíveis, permanentes, podendo trazer incapacidade residual e caracterizadas por períodos de recorrência e de remissão, o que muito comumente demandam longo período de supervisão, observação, cuidados e reabilitação. As doenças crônicas impactam a vida das pessoas, tanto do ponto de vista físico quanto psicológico, familiar, social, profissional e econômico, indo além do domínio da ciência médica tradicional, que foca essencialmente na cura (FUNK, *et al.*, 1993).

Em 2003 a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar a expressão condição crônica, ampliando a visão mais tradicional que até aquela época vigorava, em que as doenças eram classificadas como transmissíveis e crônicas não transmissíveis. O conceito de condição crônica passou então a englobar não somente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) como, por exemplo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma e câncer, mas também algumas doenças como HIV/AIDS e tuberculose, que são transmissíveis, porém têm evolução crônica. Também alguns distúrbios mentais e deficiências físicas igualmente foram incluídos na expressão condição crônica, ampliando, assim, a dimensão clássica de doença crônica (OMS, 2003; MENDES, 2012).

Condições crônicas incluem afecções com evolução lenta e comumente são de causa múltipla, “incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Geralmente não possuem um padrão regular ou previsível de evolução e levam a um quadro de mais sintomas e à perda de capacidade funcional” (MENDES, 2012, p. 33).

Pacientes e famílias são onerados com os custos econômicos das condições crônicas que podem incluir gastos com tratamento, redução na atividade laboral e até mesmo perda do emprego. Além disso, sentem o impacto na sua vida cotidiana causado pela incapacidade em consequência da doença e da redução da qualidade de vida. Comportamentos e padrões de consumo não saudáveis podem fazer surgir condições crônicas ou agravá-las e complicá-las. Elas costumam instalar-se principalmente por abuso de álcool, tabagismo, dieta pouco saudável, sedentarismo, práticas sexuais inseguras e estresse social (MENDES, 2012; OMS, 2003).

No Brasil, com a situação atual de progressivo envelhecimento populacional, a situação das condições crônicas se agrava, pois no caso dos idosos, pode-se dizer que “envelhecer sem doença crônica é uma exceção”, o que torna a saúde dos idosos um importante foco de atenção. À medida que a pessoa envelhece, aumentam as chances de contrair uma doença crônica. O envelhecimento por si só já diminui a capacidade funcional do ser humano, e as doenças crônicas tendem a acelerar esse processo. Segundo os dados do PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009), quase a metade (48,9%) das pessoas com 60 e mais anos de idade era portadora de mais de uma doença crônica e, no estrato de 75 e mais anos, a proporção chegou a atingir mais da metade, com 54,0% (IBGE, 2010).

No presente estudo, observou-se que 50% dos entrevistados usuários do Programa HIPERDIA são idosos. *Diabetes Mellitus* (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são condições crônicas comumente encontradas na velhice e, junto com as modificações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento, contribuem para o aparecimento de complicações. Além disso, a condição crônica de saúde agrega à velhice alguns estressores, como o regime terapêutico, as mudanças no estilo de vida, na energia física e na aparência pessoal, que acabam sendo determinantes na mudança de comportamentos e atitudes em face das novas limitações impostas pela doença (LENARDT, *et al.*, 2014).

Dentro do contexto das condições crônicas, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) têm assumido papel de destaque no Brasil por seu contínuo crescimento e se configuram como a principal causa de morbimortalidade, constituindo-se, assim, num problema de saúde de grande magnitude. Atingem especialmente populações consideradas mais vulneráveis, como idosos e pessoas de baixa renda e de baixa escolaridade (BRASIL, 2011a; 2011b).

No universo das condições crônicas torna-se imperiosa a aplicação de políticas de atenção em saúde organizadas de modo a oferecer cuidado permanente com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos portadores desse tipo de afecção. Mendes (2012) reforça essa ideia e destaca a importância de um sistema de saúde que ofereça ações consentâneas com as necessidades dos portadores de condições crônicas, o que requer atenção contínua e proativa, focando não apenas a doença em si, mas as pessoas e suas famílias, contemplando um planejamento de cuidado elaborado em conjunto pela equipe de saúde e pelos usuários do serviço.

O Brasil tem elaborado e divulgado, na esfera federal do governo, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs – 2011/2022, que define e prioriza ações e

investimentos para enfrentar a cronicidade e deter tais doenças, quando possível. Esse Plano está fundamentado em três linhas de ação que incluem a **vigilância**, a **promoção da saúde** e o **cuidado integral**. A essência da **vigilância** para as DCNTs consiste em dar sequência às ações de monitoramento dessas doenças que já existem e seus fatores de risco, além de ampliar novas ações em termos de inquéritos populacionais mais amplos, com o intuito de gerar informações e conhecimentos sobre o processo saúde-doença e seus determinantes sociais. Já as ações de **promoção da saúde**, que visam ao enfrentamento das DCNTs, devem originar diferentes ações intersetoriais, envolvendo ministérios e secretarias, além de organizações não governamentais, empresas e sociedade civil. As principais intervenções para promover a saúde previstas no Plano são: programas para estimular a atividade física; estímulo para alimentação saudável; ações para diminuir o tabagismo e uso abusivo do álcool e atenção integral para o envelhecimento ativo (BRASIL, 2011b).

Por fim, as ações de **cuidado integral** para o enfrentamento das DCNTs envolvem cuidado integrado pelo SUS, entre as quais se destacam as seguintes:

“I – Linha de Cuidado de DNCT: criação e implementação de protocolos e diretrizes clínicas os quais vinculam portadores ao cuidador e à equipe da atenção primária, baseados em evidências de custo-efetividade, garantindo referência e contrarreferência, prestigiando a continuidade e integralidade na atenção. II – Capacitação em telemedicina: expansão de recursos para a telemedicina com capacitação das equipes da Atenção Primária em Saúde. III – Medicamentos gratuitos: ampliação do acesso pela população dos medicamentos e insumos estratégicos. IV – Câncer de colo do útero e mama: aprimoramento do rastreamento desse tipo de câncer com universalização do acesso aos exames, reduzindo desigualdades e garantindo 100% de acesso ao tratamento as lesões precursoras de câncer. V – Saúde Toda Hora, que engloba: a) atendimento de urgência: engloba o fortalecimento da urgência e emergência ao portador de doenças do aparelho circulatório na rede de urgência por meio da integração das unidades de promoção, prevenção e atendimento à saúde visando atendimento mais rápido e eficaz; b) atenção domiciliar: amplia o atendimento em domicílio de pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisem de cuidados intensivos, mas não de hospitalização, com o cuidado ambulatorial ou hospitalar em casa, ampliando o atendimento dos profissionais da atenção básica; c) unidades coronarianas e de acidente vascular encefálico (AVE): qualificação dos hospitais e sua estrutura para atendimento em urgência e emergência, sem restrição de porta de entrada, com priorização no atendimento ao trauma, problemas cardíacos e AVE, por meio da criação de unidades especializadas, evitando espera nas portas dos hospitais” (BRASIL, 2011b, p. 16-17).

Dentre as DCNTs, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM) também por serem problemas de saúde pública. No que concerne à DM, uma epidemia mundial dessa doença está em curso, uma vez que “em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo e esse número cresceu para 135 milhões em 1995,

atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030”. Cerca de dois terços das pessoas que convivem com diabetes estão nos países em desenvolvimento (OLIVEIRA e VENCIO, 2014, p. 01).

No Brasil, “no final dos anos 1980, estimou-se que o DM ocorria em aproximadamente 8% da população entre 30 e 69 anos residentes em áreas metropolitanas. Em 2005 atingiu 11% da população igual ou superior a 40 anos, representando, na época, cerca de 05 milhões e meio de portadores de DM no país” (BRASIL 2006b, p. 09).

O número de indivíduos diabéticos cresce em razão do crescimento e do envelhecimento populacional, além da maior urbanização e do aumento na prevalência de obesidade e sedentarismo. Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, mas não apenas do ponto de vista econômico. Existem custos intangíveis, como a dor, a ansiedade e a perda da qualidade de vida que representam importante impacto na vida dos portadores de diabetes e de suas famílias. Além disso, muitos portadores de DM são levados a parar de trabalhar em decorrência de complicações crônicas ou permanentes ligadas com alguma limitação no seu desempenho profissional. Estimar o custo social de tal perda de produtividade não é tarefa simples (OLIVEIRA e VENCIO, 2014).

As consequências humanas, sociais e econômicas decorrentes do diabetes são devastadoras: em 2006 essa patologia representava 9% da mortalidade mundial total, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo em razão dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo, das complicações, como, por exemplo, a doença cardiovascular, a diálise por doença renal crônica e amputação de membros inferiores. Contudo, o maior custo recai sobre os portadores e seus familiares, uma vez que é considerável o impacto dessa patologia na redução da expectativa e da qualidade de vida. A expectativa de vida é reduzida no diabetes tipo I em 15 anos, e na tipo II em 05 a 07 anos (BRASIL, 2006b).

Já a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também representa grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, por ser um dos mais importantes fatores de risco para que os indivíduos sejam acometidos por complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Em 2006, no Brasil, estimaram-se cerca de 17 milhões de portadores de HAS, representando 35% da população brasileira da época, acima de 40 anos ou mais. O controle da HAS é geralmente baixo, em função de seu curso geralmente assintomático, com diagnóstico e tratamento frequentemente negligenciados e com baixa adesão do paciente ao tratamento prescrito. Fatores relacionados a hábitos e

estilos de vida pouco saudáveis que continuam a crescer na sociedade têm levado a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS (BRASIL, 2006a).

Com alta prevalência e baixas taxas de controle, a implantação de medidas preventivas da HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. A prevenção primária e a detecção precoce são as medidas mais eficazes e precisam ser as metas prioritárias. Para tanto, hábitos saudáveis de vida precisam ser adotados desde a infância, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. Assim, a prevenção primária deverá incluir alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool e combate ao sedentarismo e ao tabagismo (ANDRADE, *et al.*, 2010).

Em razão de todo esse contexto, HAS e DM requerem um programa próprio de atenção à saúde voltada para os portadores dessas afecções. Nesse quesito o Programa HIPERDIA do MS, vigente na atenção básica desde 2001, determina as diretrizes para atuação da equipe de saúde com o intuito de diagnosticar tais afecções entre a população e efetuar o controle adequado (BRASIL, 2001). Detalhes do funcionamento desse Programa, segundo as diretrizes traçadas pelo MS, é objeto de estudo desta autora e está exposto no capítulo 04 do presente trabalho.

2.2. A ENFERMAGEM E O CUIDADO AOS PORTADORES DE CONDIÇÃO CRÔNICA

As situações crônicas têm sido preocupação mundial por parte das organizações de saúde nacionais e internacionais e gestores de saúde e sociedade, uma vez que suas consequências têm trazido transtornos ao cotidiano de vida das pessoas. A cronicidade mina sua autonomia e independência no viver diário e por vezes trazem a dor física por tempo prolongado, emergindo daí reações e sensações de impotência e impedindo que indivíduos vivam em plenitude e com qualidade. Situações de cronicidade tornam os indivíduos mais vulneráveis às agudizações, às restrições definitivas ocasionadas pelas próprias doenças de base, a precários recursos para se proteger e enfrentar problemas (BERARDINELLI, *et al.*, 2010).

A condição de cronicidade por si só já mobiliza no indivíduo fantasias de impotência, em razão do caráter de irreversibilidade de um estado. Nessas circunstâncias, o sujeito deve aprender a lidar com suas emoções e conseguir reconhecer situações que o levam a desequilíbrios. Assim, na iminência de qualquer agravo, ele conseguirá adaptar-se a suas restrições. Mas o esperado é que isso aconteça não de modo meramente passivo, resignado, mas numa atitude ativa, em que ele seja o protagonista de suas ações (BERARDINELLI, *et al.*, 2010).

Mantovani e Mendes (2014) refletem que o aumento exponencial da cronicidade tem tido fortes implicações na concepção tradicional da prestação de cuidados, já que as características das condições crônicas escapam ao esquema habitual de abordagem profissional mais certa que envolve sintomas, diagnóstico, tratamento, cura ou morte. O momento do diagnóstico da condição crônica é pautado pela incerteza, trazendo com isso um conjunto de sentimentos, percepções e atitudes de certa complexidade na organização terapêutica. Essa complexidade, por sua vez, desafia os modelos convencionais de produção de cuidados de saúde e requerem qualificações mais exigentes. É esperado que o diagnóstico de doença crônica traga ao seu portador, em primeira instância, uma profunda sensação de choque. Não pelo diagnóstico em si, ou pela gravidade da afecção, mas especialmente porque a pessoa se percebe portadora de uma doença que não tem cura e com a qual terá de viver pelo resto da vida.

Para as autoras, tal contexto de condição crônica de saúde acarreta, em seus portadores, “alterações disruptivas de identidade” com mudanças importantes nos modos de enfrentar a vida e necessidade de rever comportamentos, além de rupturas no sistema de

explicação e estrutura de significação acionados pelo indivíduo em face do adoecimento. A natureza das afecções crônicas que envolvem a incerteza de sua trajetória e as limitações que impõem inúmeras mudanças no cotidiano do paciente e daqueles que o cercam, são elementos de significativo impacto em suas vidas. Em consequência disso, os portadores de afecções crônicas podem apresentar diversos sentimentos que podem incluir culpa, remorso, fúria, revolta, tristeza, angústia, sofrimento, ansiedade, medo e até mesmo vergonha em relação à situação em que se encontram.

Nesse emaranhado de sentimentos, ainda segundo as autoras, a disrupção da identidade pode ser percebida a partir do momento em que o portador de doença crônica passa a viver como se o problema crônico fosse sempre o mediador de todas as suas ações. A reconstrução dessa identidade rompida só acontecerá com a superação dos abalos provenientes da doença, e a partir do momento em que o doente passe a administrar a situação, assumindo o real papel de protagonista no enfrentamento da condição de cronicidade. É ele quem deve lidar em seu cotidiano com a doença e seu controle. Para tanto, o indivíduo precisa aprender qual o padrão dos sintomas, quando aparecem e quanto tempo duram, como diminuir sua intensidade e como preveni-los. Esse aprendizado permite que ele possa tomar decisões e organizar toda sua vida diante das exigências da doença.

Viver a cronicidade requer que o indivíduo conheça suas possibilidades e limitações, pois ao aprender a conviver com ela, poderá traçar suas metas e buscar atingir seus objetivos. Contudo, as pessoas não se adaptam às condições de cronicidade tão rapidamente em suas vidas; elas passam por um processo, que por vezes envolve sentimentos de revolta e negação, até chegarem à aceitação das mudanças necessárias. Nesse contexto, o apoio que recebem de suas famílias, de outras pessoas mais próximas, além dos profissionais da saúde e de organizações e instituições, especialmente as de saúde, é um dos principais fatores que influenciam o modo como os doentes lidam com sua condição. Assim, estão implícitas as diferentes possibilidades de cada indivíduo diante do tipo de apoio que recebe no enfrentamento de sua doença (SOUZA *et al.*, 2014).

Nos últimos anos a família tem sido vista pelos profissionais da saúde como forte aliada na condução do processo saúde-doença de seus membros. As famílias que convivem com pessoas portadoras de doenças crônicas em seu núcleo passam a apresentar uma dinâmica diferente das que não têm esse problema. Na presença da doença crônica, as atividades giram em torno da busca de respostas para satisfazer as necessidades relativas à enfermidade, como, por exemplo, orientações, apoio, informações e ajuda para desenvolver o cuidado, entre outros. A família sofre com a condição crônica de um de seus membros, mas o

ambiente familiar é muito significativo para a adesão do paciente ao tratamento e pode ser determinante para a mudança de seu comportamento. A crença da família no potencial da saúde do familiar doente contribui para sua melhora, trazendo-lhe mais qualidade de vida (MARCON, *et al.*, 2014).

O cuidado à pessoa em condições crônicas representa um grande desafio, e as relações entre profissionais e pacientes crônicos requerem ferramentas renovadas e o exercício da criatividade no seu processo educativo, destacando-se a necessidade de acolhimento voltado ao portador de condição crônica e a sua família, a necessidade de potencializar o cuidado de si e o reconhecimento de que pessoas em condições crônicas requerem cuidado distinto, o qual se constitui de um leque de ações diversificadas e de longa duração (TRENTINI, PAIM, GUERREIRO, 2014).

A enfermagem pode desempenhar papel fundamental no cuidado aos portadores de afecção crônica por meio de cuidados de longa duração e pode atuar em hospitais, na comunidade e no domicílio cuidando de pessoas de todas as faixas etárias e contribuindo para que esses pacientes e seus familiares aumentem sua qualidade de vida. Enfermeiros também podem lidar com os episódios agudos da doença crônica e otimizar as transições necessárias entre domicílio ou comunidade e a hospitalização, quando necessária, além de contribuir para a promoção da independência funcional desses pacientes (FUNK *et al.*, 1993).

McBride (1993) reforça que os enfermeiros podem encarar o gerenciamento da cronicidade como um dos seus principais focos de atuação profissional. A enfermagem tem todas as condições para estar presente no enfrentamento das doenças crônicas pelos pacientes, em razão de uma sobreposição de valores que ela nutre como essenciais e que vêm ao encontro das necessidades apresentadas por portadores de condição crônica. A busca pela qualidade de vida, por exemplo, muito preconizada pela enfermagem, independentemente da condição de saúde que o paciente apresente, pode ser muito significativo no gerenciamento da cronicidade. A enfermagem pode tirar proveito da subjetividade do conceito de qualidade de vida e do modo como cada indivíduo a almeja e idealiza, em prol do próprio paciente, enfatizando a experiência vivida por cada um e procedendo a partir da perspectiva do paciente. Isso é importante na condição crônica porque muitas intervenções de enfermagem não conseguem eliminar situações indesejáveis, mas podem ajudar os pacientes a se sentirem melhor apesar de seus problemas.

Além disso – segue a autora – a enfermagem pode se destacar no gerenciamento da cronicidade pela sua capacidade de buscar o ajuste ambiente-pessoa: tradicionalmente a enfermagem procura promover saúde ajustando o indivíduo ao ambiente que o circunda. A

enfermagem sempre procura considerar o indivíduo e sua saúde como que embutido em uma série de contextos, como, por exemplo: o ambiente familiar, cultural, social e até mesmo político, o que pode ser fundamental no manejo de condições crônicas. Assim, ao considerar os contextos ambientais e tentando ajustar os cuidados de saúde necessários a cada indivíduo conforme os vários ambientes aos quais ele estará sujeito, a enfermagem poderá executar o diferente papel de auxiliá-lo a enfrentar suas situações crônicas de saúde.

A visão adotada no presente estudo quanto aos usuários do Programa HIPERDIA é de que eles formam uma subcultura, porquanto, por sua condição crônica de saúde e em função de suas patologias, devem controlar suas doenças por toda a vida, com assistência periódica continuada. Desse modo, esses usuários passam a formar uma subcultura emergente em vida real própria de sua condição de cronicidade e submetida a normas de conduta nos modos de viver a cronicidade da HA e ou DM, ditadas pelo Programa HIPERDIA.

Para fundamentar esse entendimento de subcultura emergente neste estudo, destacamos as concepções de Mendes (2012, p. 413-414), em que o autor exemplifica que no ambiente de uma organização de saúde convivem diferentes culturas, existindo subculturas dentro de uma cultura. Numa subcultura existem “modos tácitos, estabelecidos e aceitos de condutas e práticas que criam um ambiente seguro e familiar que promove a noção de afiliação grupal”. E o sentir-se pertencente a um grupo social é uma necessidade do ser humano, nutrida principalmente por “complexos processos sociais e culturais cujo principal veículo é o uso do ritual, sendo este uma forma de ação simbólica para comunicar informações sobre valores e padrões culturais”.

Usuários do Programa HIPERDIA vivem modos subentendidos de condutas, estabelecidas e aceitas por todos e que são muito peculiares entre eles, pelo fato de serem portadores de uma mesma condição crônica. Nesse caso, condição crônica decorrente de patologias pré-existentes (Diabetes e Hipertensão) e usuários de um Programa de atenção de saúde comum, o que os leva a criar padrões de comportamento que os identificam como membros e pertencentes a um grupo específico: os usuários do Programa HIPERDIA. E, como tal, seguem normas e condutas muito particulares que podem ser vistas como verdadeiros rituais.

A propósito, a enfermagem transcultural da enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger comporta muito bem essa visão cultural. Para a autora, os indivíduos vivem num mundo multicultural e são capazes de informar, e até mesmo orientar, suas necessidades. Sob a perspectiva da autora, a cultura compreende os modos de vida, as crenças e os valores regidos por um padrão, subjetiva e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem,

apoiam, facilitam ou habilitam outro indivíduo ou grupo a manter a sua saúde e bem-estar, a melhorar a sua condição humana e seu modo de vida. Portanto, para que o atendimento em saúde seja relevante e alcance bons resultados é necessário registrar o mundo do cliente e utilizar os seus pontos de vista, conhecimentos e práticas como base para a tomada de decisões e ações a serem praticadas. Essa perspectiva tira o enfoque da doença ou do profissional de saúde, passando seu protagonismo para o próprio cliente (WELCH, 2004).

Segundo Leininger, as dimensões da estrutura cultural respeitam os padrões e aspectos dinâmicos dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma cultura específica (subcultura ou sociedade), que inclui valores religiosos, sociais, políticos, legais, econômicos, educativos, tecnológicos e culturais, fatores etno-históricos e a forma como esses fatores podem estar inter-relacionados de modo a influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais (WELCH, 2004).

Assim, quando o profissional de saúde consegue compreender e articular crenças, valores, modo de vida e de saúde aos requerimentos peculiares de terapêutica e cuidados no controle da(s) doença(s) dos usuários do Programa HIPERDIA, ele estará mais capacitado para oferecer um cuidado personalizado, tirando proveito da diversidade cultural na qual está inserido, no caso a subcultura dos usuários do Programa, para provocar mudanças positivas no modo de enfrentar a condição de cronicidade.

Outro conceito desenvolvido pela enfermagem e que vem ao encontro das necessidades de portadores de condição crônica é o autocuidado, alicerçado na Teoria Enfermagem de Dorothea Orem (George, *et al.* 2000), enfermeira norte-americana que já na década de 1970 desenvolvia tal conceito, afirmando que a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo e da família, e a oferta e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde. O conceito de autocuidado de Orem vem a calhar com as necessidades de cuidado do portador de condições crônicas, uma vez que possibilita à enfermeira orientar ações cuidativas que terão maiores chances de serem executadas e mantidas em longo prazo, ampliando a probabilidade de adesão, pelo fato de acomodar o usuário no papel de corresponsável por sua condição de saúde e protagonista do seu bem-viver.

Os conceitos de autocuidado e cuidado cultural, desenvolvidos e difundidos pela enfermagem tem a peculiaridade de direcionar o plano de ações para o controle da condição crônica, pela característica peculiar de personalizar o cuidado segundo o contexto cultural e contexto de vida e de saúde em que o indivíduo e sua família vivem, trazendo-os como protagonistas capazes de influenciarem a delimitação de quais ações serão desenvolvidas para

melhorar sua qualidade de vida. Por essa razão, tais conceitos também dão suporte ao enfermeiro e aos demais profissionais de saúde que pretendem atuar na otimização do Plano de Enfrentamento das DCNTs – 2011/2022.

Atuando de maneira a colocar em prática esses conceitos, certamente o profissional estará mais apto a alcançar ações de promoção em saúde e cuidado integral tão amplamente difundidas e almejadas pelo referido Plano do Ministério da Saúde e desse modo contribuir para o enfrentamento da cronicidade entre os portadores de doenças crônicas não transmissíveis nos próximos anos. Promover a saúde e oferecer cuidado integral requer que o profissional tenha um olhar ampliado de seu usuário que vá além do olhar fisiológico com ênfase na doença. Ele deverá considerar, no planejamento de suas ações, a complexidade do usuário e suas múltiplas interfaces e, para isso, tanto as ações de cuidado cultural quanto de autocuidado poderão ser extremamente úteis e aplicáveis.

3. METODOLOGIA

3.1. ABORDAGEM DE PESQUISA

No presente estudo a abordagem de pesquisa adotada foi a de Estudo de Caso segundo Yin (2010, p.38-9), definido como um desenho investigativo que estuda “fenômenos contemporâneos em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”. Segundo o autor, essa abordagem é comumente adotada para estudar fenômenos ligados a indivíduos, vizinhanças, organizações, instituições, processos, programas e até mesmo eventos. E, completa: a tendência central entre os estudos de caso realizados, sua essência tem sido de tentar iluminar uma decisão ou um conjunto de decisões por que elas são tomadas, como são implementadas e com que resultados.

O objeto desse estudo é o Programa HIPERDIA, do Ministério da Saúde (MS), que atende hipertensos e diabéticos na atenção básica do SUS, em funcionamento nas principais Unidades Básicas de Saúde (UBS) do país.

Definiu-se estudar esse fenômeno, o Programa HIPERDIA focalizando aspectos como: sua concepção teórico-filosófica e política inscrita nos manuais e documentos oficiais; o atendimento do usuário pela equipe de saúde do Programa e suas reais condições de trabalho para o desempenho de funções específicas; o comportamento de vida e saúde dos usuários do HIPERDIA no que concerne aos hábitos alimentares, prática de atividades físicas, adesão ao tratamento medicamentoso, conhecimentos e atitudes sobre o controle da doença e prevenção de complicações. Assim, tais aspectos estudados foram descritos e avaliados com o intuito de desvendar o funcionamento de um Programa HIPERDIA, destinado aos moradores de uma comunidade periférica de Belém, no distrito do Guamá, cujo contexto de vida real inclui relação familiar, trabalho e convivência social permeada por pobreza e violência urbana.

3.2. O CONTEXTO DO ESTUDO

O cenário do estudo – a Unidade Municipal de Saúde (UMS) do Guamá está localizada no bairro de mesmo nome, no município de Belém, PA, e registra 25.265 usuários cadastrados, mas a clientela atendida é por demanda espontânea.

A UMS do Guamá oferta vários serviços à população local, incluindo o Programa HIPERDIA, o apoio à saúde da família, o serviço de atenção à criança, à mulher e aos portadores de hanseníase e tuberculose. No Programa HIPERDIA, a Unidade atende diariamente usuários hipertensos e diabéticos, com consultas médicas e de enfermagem, de manhã e de tarde, além do atendimento com nutricionista por agendamento eletivo.

A Universidade Federal do Pará (UFPA), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) tem assento nessa UMS para desenvolver projeto de integração ensino prático e serviço, graças aos recursos do Pró Saúde (MS), inserindo nesse contexto os alunos da área da saúde, como enfermagem, medicina e nutrição, para sua formação acadêmica. Desse modo, a Unidade também usufrui dos benefícios de conhecimentos técnico-científicos atualizados e práticas inovadas ensinadas pela Universidade.

Para caracterizar melhor a região em que a Unidade estudada está inserida, destaca-se que o bairro do Guamá pertence ao oitavo Distrito Administrativo da cidade de Belém, o Distrito DAGUA. A área geográfica ocupada por ele é de 4,175 Km² sendo o bairro mais populoso da cidade com 94.610 habitantes, segundo o Anuário Estatístico do Município de Belém (2012). A região é marcada pela pobreza, violência e deficiências na infraestrutura urbana como saneamento básico, coleta de lixo e organização formal do comércio. Ainda segundo dados do Anuário Estatístico do Município, a renda média mensal dos responsáveis pelos domicílios neste bairro é de R\$ 300,00 – valor bem abaixo do salário mínimo.

Figura 01: Localização geográfica do bairro do Guamá



Na rua principal do bairro e suas transversais, é possível encontrar, além de casas, também igrejas, escolas, órgãos públicos como unidade de saúde, pronto socorro municipal e secretaria de segurança pública. Lá existe um amplo comércio formal, que acaba sendo encoberto pelo comércio informal das bancas e camelôs que imperam na paisagem dessa região, dominando os espaços públicos nas calçadas. O trânsito nessa parte do bairro é intenso e caótico em função do alto fluxo de veículos, ônibus coletivos, motocicletas, ciclistas e pedestres, todos trafegando pela rua, já que não existe ciclovia e as calçadas em grande parte estão tomadas pelo comércio informal, como dito anteriormente. Existe também uma área portuária na região sul que é margeada pelo rio Guamá, que dá nome ao bairro, onde inúmeros portos privados dão vazão fluvial a vários tipos de carga.

A região da rua principal mostra-se como uma área mais urbanizada na qual o comércio é forte e os serviços públicos aparentam chegar de maneira mais evidente. Já na área

portuária, mais ao sul, a dinâmica socioespacial encontrada denota mais ainda a pobreza, a começar pelas residências, na grande maioria de madeira, muitas do tipo palafita construídas por cima de canais por onde rio e esgoto se misturam. Existe nesta região um grande canal a céu aberto, muito lixo jogado pela rua e redondezas das casas, denunciando o descaso com o saneamento e limpeza pública no local. Nesse contexto ratifica-se também o bairro do Guamá como o mais violento da cidade de Belém (SILVA, SANTANA e SILVA, 2013).

3.3. PROCEDIMENTOS DE OBTENÇÃO DOS DADOS

Para atender aos objetivos definidos da pesquisa, os dados foram obtidos principalmente por meio de entrevista e consulta a prontuários. Quanto às entrevistas, elas foram realizadas tanto com os membros da equipe do Programa HIPERDIA quanto com um grupo de pacientes usuários do Programa. Já as consultas aos registros de arquivo, ou seja, aos prontuários dos pacientes entrevistados, elas foram feitas para validar e complementar informações levantadas em entrevista, como também elucidar dados relativos ao fluxo de atendimento dos usuários no Programa.

Yin (2010, p. 133) enfatiza que, dentre as várias técnicas de coleta de dados em estudo de caso, a entrevista é a mais importante, desde que conduzida em forma de conversação guiada, com “questões conversacionais” mais do que questionamento estruturado.

A entrevista aqui seguiu adotando questões iniciais norteadoras pré-determinadas que, com o fluir inicial das falas, outras questões delas desencadeadas foram sendo lançadas, até encontrar as respostas esperadas.

A entrevista realizada com os **profissionais da saúde** abrangeu questões como:

1. Conte em detalhes um dia comum de seu trabalho no atendimento aos usuários do HIPERDIA.
2. Ao realizar seu atendimento, o que você acrescenta de ações diferenciadas quando se trata, por exemplo: do usuário idoso? do usuário que já apresenta sinais de complicação? e, se não apresenta sinais de complicação, que recomendações você dá?
3. Fale sobre as facilidades e dificuldades que você encontra na rotina de seu trabalho no HIPERDIA.

A entrevista com os **usuários** acompanhados pelo Programa abrangeu questões como:

1. Há quanto tempo é atendido(a) no HIPERDIA? Depois que você começou a frequentar o HIPERDIA, como tem sido sua vida? Conte-me sobre um dia comum de sua vida.
2. O que significa para você estar com essa doença (diabetes e/ou hipertensão)? Fale-me um pouco sobre ela(s). Como o tratamento dessa(s) doença(s) mudou seus hábitos de vida (alimentação, exercício físico, tratamento medicamentoso, trabalho, família, hábitos de fumo, bebida... ?
3. Como você encara essas mudanças em sua vida? São necessárias? Por quê?

Entre os profissionais da equipe de saúde foram entrevistados: um médico, uma nutricionista, uma assistente social, uma psicóloga e duas enfermeiras – todos que atendiam os usuários do HIPERDIA – com exceção do médico e da assistente social que, apesar de existirem mais de um profissional na equipe, aceitaram participar apenas um de cada categoria.

No caso dos usuários, a amostra obtida intencionalmente foi de 14 sujeitos, que se incluíram no estudo conforme iam comparecendo às consultas da enfermeira no turno da manhã e da tarde e aceitavam participar do estudo, assinando o TCLE, tendo o cuidado de convidar a participar da amostra, apenas os pacientes que já estavam sendo acompanhados pelo Programa há, pelo menos seis meses, tempo necessário para que o diagnóstico de HAS e/ou DM tivesse sido confirmado e o tratamento e controle já estabelecidos e acompanhados.

Outras fontes de dados foram usadas para a consecução dos objetivos propostos, conforme indica Yin (p.125) pelas múltiplas fontes necessárias para um encadeamento das evidências buscadas, tais como: documentação, registro em arquivos, observação direta, observação participante, artefatos físicos, além da entrevista com elementos envolvidos no fenômeno em estudo.

A observação direta do campo e seu registro foi realizada enquanto a pesquisadora coletava dados principais. O autor recomenda que as observações diretas em estudo de caso devem ser feitas menos formalmente, durante a visita de campo, que costuma ser de ambiente natural, o que cria oportunidade para tal. A observação nesse estudo foi feita durante as idas à unidade no período da realização das entrevistas, que se deu entre agosto e novembro de 2013, e registrada como nota de campo, focalizando aspectos como: fluxo dos pacientes, logística de atendimento, dificuldades estruturais e do próprio atendimento.

Já, para a elucidação do Programa HIPERDIA a busca principal se deu pela consulta e leitura crítica da documentação oficial do Ministério da Saúde, como: (a) Cadernos de

Atenção Básica – Ministério da Saúde, número 07 de 2001 – que instituiu o protocolo de atendimento ao paciente portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes Mellitus*; (b) Cadernos de Atenção Básica – Ministério da Saúde, número 15 de 2006 – sobre Hipertensão Arterial Sistêmica; (c) Cadernos de Atenção Básica – Ministério da Saúde, número 16 de 2006– sobre *Diabetes Mellitus*. Além da documentação do Ministério da Saúde, foram consultados os documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, desdobramentos do documento ministerial intitulados (d) “Protocolo Geral sobre HIPERDIA” e (e) “Fluxograma de atendimento – HIPERDIA” (ANEXO A e ANEXO B).

Por fim, houve ainda necessidade de buscar informações em conversa (entrevista) com uma representante da gestão da Unidade e com a gestora municipal do Programa HIPERDIA a fim de complementar e esclarecer dados obtidos em entrevistas e observação de campo, consulta de prontuário do usuário, e consulta de documentação pertinente de HIPERDIA.

3.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise das informações foi conduzida por meio da estratégia analítica (YIN, 2010) denominada “contando com proposições teóricas” (p.158-9) e da técnica analítica denominada “combinação de padrão” (p.165,169-70).

A estratégia analítica “contando com proposições teóricas” é ideal para os casos em que previamente ao estudo já exista algum tipo de explanação teórica acerca do fenômeno estudado. Desse modo, a teorização existente passa a ser chamada de “proposição teórica”, a qual é analisada e comparada posteriormente com sua aplicação na prática. Assim, o presente estudo tomou como proposição teórica a concepção do Programa HIPERDIA e suas diretrizes contidas nos manuais do Ministério da Saúde e que descrevem seus objetivos, filosofia e sua lógica de funcionamento, mais especificamente os Cadernos de Atenção Básica número 07, 15 e 16, pertinentes ao Programa, citados anteriormente. Todas essas diretrizes já estavam descritas e publicadas previamente ao presente estudo, e, assim, a estratégia analítica se baseou na habilidade de estudar as diretrizes do Programa, ou seja, a proposição teórica para então averiguar de que modo elas vinham sendo desenvolvidas na realidade estudada. A proposição teórica está descrita neste estudo em duas partes: a) “histórico de implantação do HIPERDIA”; b) protocolo de atendimento do Programa HIEPERDIA”.

A técnica analítica “combinação de padrão” consiste numa sequência de passos que levam à obtenção de conjecturas. Houve uma fase pré-analítica com a transcrição na íntegra das entrevistas realizadas e o levantamento e organização do material obtido por meio das

inúmeras fontes: manuais do Ministério da Saúde, protocolos da Secretaria Municipal de Saúde, notas de campo oriundas da observação direta e apontamentos retirados dos prontuários dos pacientes.

A seguir, fez-se leitura minuciosa e crítica de todo o material levantado, em busca de “padrões de significação” que consiste em identificar temas significativos que emergem da análise dos dados obtidos pelas inúmeras fontes, para em seguida compará-las entre si e com a proposição teórica. Após leituras repetidas e análise minuciosa dos dados obtidos, foi possível notar certas constantes na fala dos usuários como a falta recorrente de medicamentos, por exemplo. Esse padrão que emergiu nas entrevistas dos usuários foi então comparado ao que a equipe disse a esse respeito, também ao que foi observado no campo de prática e por fim com a proposição teórica, ou seja, com o que está previsto nos manuais do Ministério da Saúde acerca da distribuição de medicamentos do Programa. Esse padrão também foi comparado a outros temas ou padrões afins e emergentes dos dados, como a falta de materiais, a sobrecarga da equipe de saúde, dentre outros, formando, desse modo, um padrão de significação a esse respeito que foi denominado “a precarização da gestão do HIPERDIA”.

Desse modo, combinando-se temas padrões que foram emergindo dos dados analisados, comparando-os entre si e com a proposição teórica, foram concebidos três padrões de significação, a saber: a) “a precarização da gestão do HIPERDIA”; b) os usuários do HIPERDIA e a falta de adesão às práticas de controle da(s) doença(s); c) os usuários do HIPERDIA e o enfrentamento de sua condição de cronicidade”.

3.5. CUIDADOS ÉTICOS DE RESPEITO HUMANO COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

As questões éticas da pesquisa com seres humanos foram observadas segundo as normativas do Conselho Nacional de Saúde, regidas na Resolução 466 de 2012, que traça as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O projeto* tem aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da UFPA/ICS, no processo protocolado sob n.027/12 CEP-ICS/UFPA, CAA n. 01030712.1.0000.018.

*Estudo derivado da proposta: Idosos de comunidades periféricas da região amazônica: cuidados da vida e saúde, cidadania e inclusão social no processo de envelhecimento, Chamada Universal CNPq, proc. 473327/2011-2.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROGRAMA HIPERDIA ESTUDADO

As informações sobre o Programa HIPERDIA foram obtidas por meio de consulta de documentos oriundos do Ministério da Saúde (MS), que descrevem a missão e a lógica de seu funcionamento, bem como por conversas com gestores da Unidade Local e com os da Secretaria Municipal de Saúde e por observação do campo real de funcionamento do Programa Hiperdia. Por entrevista, foram ouvidas as falas da equipe de saúde e dos idosos usuários do Programa.

Quanto à equipe de saúde, como dito anteriormente, foram entrevistados um médico, uma nutricionista, uma psicóloga, uma assistente social e duas enfermeiras cujo tempo de atuação no Programa HIPERDIA variou entre um mês e dez anos.

Já no tocante aos usuários que aceitaram participar do estudo, eles somaram quatorze no total. Destes, sete eram adultos, com idade variando entre 37 e 57 anos, e sete eram idosos, com idade variando entre 62 e 83 anos. Cinco disseram ser aposentados, um pensionista do INSS, um do lar, um desempregado e seis declararam ter renda decorrente de ocupação ou emprego. Dez disseram ser casados, dois viúvos e dois solteiros. Todos declararam possuir casa própria, e a maioria (treze), morar em área urbana e um em área rural. Um era analfabeto, onze tinham até oito anos de estudo e dois até 12 anos de estudo. A religião predominante era a Católica, declarada por dez entrevistados, enquanto quatro declararam seguir a Igreja Evangélica. Com relação à patologia de base, dez eram Hipertensos e quatro eram Hipertensos e Diabéticos.

4.1. PROGRAMA HIPERDIA – PROPOSIÇÃO TEÓRICA

4.1.1. Histórico de implantação do HIPERDIA

O protocolo de atendimento de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e de *Diabetes Mellitus* (DM), com abordagem conjunta dessas duas patologias, o Programa HIPERDIA (BRASIL, 2001) foi concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em 2001 e divulgado por meio do Caderno de Atenção Básica n. 07, com o propósito de subsidiar tecnicamente os profissionais da rede de atenção básica, orientando-os para as ações a desenvolver em equipe (BRASIL, 2001).

As doenças cardiovasculares – que desde a década de 1960 eram tidas como mais comuns do que as doenças infectocontagiosas – configuravam-se como a principal causa de morte na população brasileira. Essa evidência, aliada ao caráter crônico e incapacitante com poder de deixar sequelas irreversíveis, levaram o MS a implantar o Programa HIPERDIA de ações básicas de diagnóstico, tratamento e controle de fatores de risco, nos diferentes níveis de atendimento na rede do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente no nível primário de atenção (BRASIL, 2001).

A progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios e a experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a Saúde da Família, que proporciona mudanças positivas na relação entre profissionais de saúde e a população, bem como na estruturação dos serviços e no padrão de assistência oferecida pelo sistema público de saúde, contribuíram para a percepção da necessidade de programas e conteúdos que melhorem a orientação dos profissionais. Isso fez com que o MS ampliasse sua parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde para intensificar o processo de qualificação dos profissionais que compõem as equipes, de modo a oferecer atendimento cada vez mais próximo às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2001).

Quanto ao atendimento oferecido à HAS e DM, o MS considerou que as duas levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, podendo acarretar graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade, mas ao serem diagnosticadas precocemente, são bastante sensíveis, oferecendo inúmeras chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. Por essa razão, a prevenção torna-se decisiva não só para garantir a qualidade de vida, mas também evitar a hospitalização desnecessária e consequentes gastos. Desse modo, para subsidiar tecnicamente os profissionais da rede de atenção básica, o Programa HIPERDIA foi

apresentado como o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao *Diabetes Mellitus*, com propósito de vincular os portadores desses agravos às Unidades de Saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços (BRASIL, 2001).

O protocolo do Programa HIPERDIA propôs uma abordagem conjunta dessas duas patologias – HAS e DM – com a justificativa de que elas apresentam inúmeros aspectos em comum, a saber: a etiopatogenia (nas duas podem aparecer resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial); os fatores de risco (obesidade, dislipidemia e sedentarismo); o tratamento não medicamentoso (mudanças nos hábitos de vida servem para ambas); a cronicidade; as complicações crônicas, preveníveis se precocemente detectadas e tratadas, pois ambas são comumente assintomáticas; de difícil adesão ao tratamento em razão da necessidade de mudança nos hábitos de vida; a necessidade de rigor no controle para evitar complicações; algumas medicações são comuns; a necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar (BRASIL, 2001).

4.1.2. Protocolo de atendimento do Programa HIPERDIA

A instalação do Programa HIPERDIA exigiu o alocamento de uma equipe básica de saúde, constituída necessariamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. A inserção de outros profissionais, como nutricionista, assistente social e educador físico, é vista como bastante enriquecedora, devendo atuar conforme decisões e práticas locais (BRASIL, 2001).

Assim, o protocolo do HIPERDIA foi direcionado à equipe de saúde que atua na atenção básica, cujos objetivos são:

“instrumentalizar e estimular os profissionais da atenção básica a promover medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular e de DM; orientar e sistematizar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos hipertensos e diabéticos inserindo-os na atenção básica; reconhecer as situações que requerem atendimento nas redes secundária e terciária; reconhecer as complicações da HAS e do DM, possibilitando a reabilitação psicológica, física e social dos portadores dessas enfermidades” (BRASIL, 2001, p.13).

As principais atribuições do agente comunitário de saúde previstos no protocolo são:

“esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; identificar, na população em geral, pessoas com fatores de risco para diabetes; encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem

portadores de hipertensão; encaminhar para exames de açúcar no sangue, as pessoas identificadas como portadoras de fatores de risco; verificar o comparecimento dos pacientes diabéticos e hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde; perguntar sempre ao hipertenso e ao diabético se o mesmo está tomando com regularidade os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas.” (BRASIL, 2001, p.78-79).

As principais atribuições para auxiliar de enfermagem, segundo o protocolo, são:

“verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira, sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes; agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados; cuidar dos equipamentos como tensiômetros e glicosímetros e solicitar sua manutenção, quando necessária; orientar pacientes sobre a automonitorização e técnica de aplicação de insulina.” (BRASIL, 2001, p.77-78).

Convém salientar que a Unidade Municipal de Saúde cenário deste estudo não se enquadra na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, portanto, não possui, lotado no seu quadro funcional, o agente comunitário de saúde (ACS). Já no que diz respeito ao auxiliar de enfermagem, este profissional existe na Unidade, embora não tenha sido observada sua atuação com usuários do Programa, durante a realização da pesquisa.

No que diz respeito às atribuições do enfermeiro da equipe previstas no protocolo são:

“capacitar agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem e supervisionar de forma permanente suas atividades; realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico quando necessário; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos; solicitar durante a consulta de enfermagem os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; repetir a medicação de indivíduos controlados; encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos, etc.) ou com comorbidades; encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou comorbidades; encaminhar para consultas semestrais com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidades” (BRASIL, 2001, p.78-79; 2006b, p.47).

Já para os médicos da equipe, a atuação prevista pelas diretrizes do protocolo do HIPERDIA são:

“desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os

pacientes diabéticos; realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão e diabetes; solicitar exames complementares quando necessário; tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento com drogas; prescrever tratamento não medicamentoso e medicamentoso; programar junto com a equipe estratégias para educação do paciente; encaminhar para unidades de referência secundária e terciária, as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva; encaminhar para unidades de referência secundária, de acordo com a periodicidade estabelecida no manual, todos os pacientes com diabetes, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realiza-lo na unidade básica, e aqueles com dificuldade controle metabólico, após frustradas as tentativas de obtenção de controle pela equipe local; encaminhar para unidades de referência secundária os casos de diabetes gestacional, gestantes diabéticas e os que necessitem de uma consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc.); perseguir obstinadamente os objetivos e metas de tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, glicemia pós prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e peso)” (BRASIL, 2001, p. 78-79; 2006b, p. 48-49).

Considerando as particularidades de atendimento nas Unidades de Saúde do Município, especialmente quanto à infraestrutura e quadro funcional, a gestão do Programa HIPERDIA, da Secretaria Municipal de Belém, elaborou o “Protocolo Geral sobre HIPERDIA” e ainda o “Fluxograma de atendimento – HIPERDIA” (ANEXO A e ANEXO B). Esses documentos, com base no protocolo do Ministério da Saúde (MS), apresentam diretrizes particularizadas ao atendimento na rede Municipal de Belém-PA, das quais destacamos:

“aprazar todos os portadores de Hipertensão Arterial (HA) e *Diabetes mellitus* (DM), devidamente conscientizados e controlados com 04 (quatro) consultas por ano para os profissionais: Médico e Enfermeiro (a), respectivamente; 02 (duas) consultas por ano para a Nutricionista e 01 (uma) consulta por ano para Serviço Social; todos os portadores de HA e / ou DM de difícil controle ou que apresente complicações, deverão retornar mensalmente à Unidade, onde receberão alternadamente 06 (seis) consultas por ano com médico e enfermeiro (a); 04 (quatro) consultas por ano para a nutricionista e assistente social e 02 (duas) consultas por ano para psicólogo; cada grupo de 15 (quinze) usuários deverá receber 04 (quatro) atividades educativas por ano; ao final de cada trimestre, a equipe de saúde da Unidade deverá se reunir para avaliar o desempenho do programa e promover melhorias; os medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde deverão ser fornecidos aos usuários, mediante prescrição médica ou de enfermagem; a receita liberada pelo médico deverá ser para 30 (trinta) dias, porém válida por 03 (três) meses, segundo normas pré-estabelecidas” (ANEXO A e ANEXO B).

No geral, o protocolo local do Programa HIPERDIA acrescenta às diretrizes do protocolo nacional do MS, esclarecimentos de como deverão ser realizadas determinadas

ações. Por exemplo: o protocolo local deixa claro quantas ações educativas deverão ser realizadas por ano, no mínimo; e estabelece também a necessidade de reunião da equipe a cada três meses para avaliar o andamento do Programa.

No que diz respeito à frequência no atendimento, o protocolo local prevê um número maior de consultas para os pacientes controlados, já que no protocolo nacional esse tipo de paciente receberia uma consulta médica semestralmente, enquanto no protocolo local todo paciente controlado deve ser agendado a cada três meses, recebendo quatro consultas com médico e enfermeiro por ano, independentemente de ter lesão em órgão alvo ou não. Outro ponto positivo do protocolo local é estabelecer número mínimo de consultas com os outros profissionais da equipe, como Nutricionista, Assistente Social e Psicólogo. Desse modo, a UBS fica ciente quanto as diretrizes a serem seguidas para organizar a agenda de atendimento aos usuários.

A leitura crítica dos documentos que descrevem a missão e a lógica de funcionamento do Programa HIPERDIA demonstra a preocupação do MS com a grave questão epidemiológica da HAS e do DM, no intuito de minimizar os riscos que essas duas patologias representam para a saúde da população brasileira. Ademais, o Programa HIPERDIA considera o caráter crônico dessas duas afecções e demonstra a intenção de oferecer atendimento em saúde que propicie a criação de vínculo e oferta de um cuidado sistemático para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida de seus usuários.

Ao propor o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao *Diabetes Mellitus*, o MS reconheceu a importância da Atenção Básica na abordagem desses agravos. Assim, o modelo de atenção programática denominada HIPERDIA possibilita o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade. O Programa sugere que o cuidado oferecido vá além do binômio queixa-conduta, possibilitando identificar assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde, pacientes e cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo (SOUZA E GARNELO, 2008).

Entretanto, alguns estudos têm demonstrado que na Atenção Primária em Saúde (APS), serviços têm encontrado dificuldade em aplicar na prática as recomendações descritas nas diretrizes do Programa HIPERDIA, comprometendo o controle dessas duas afecções e a minimização de suas complicações. É o exemplo de uma etnografia que enfocou os cuidados a pacientes com hipertensão e diabetes em uma UBS do município de Manaus, AM, e identificou inúmeros problemas relacionados à execução do Programa HIPERDIA. A Unidade estudada era localizada em área de invasão, o que comprometia o acesso da clientela

aos serviços ofertados, em razão da precariedade sócio-sanitária e da carência de infraestrutura urbana. Nesse contexto, dificuldades como falta de transporte público e estradas adequadas, além da ameaça constante da violência urbana faziam com que os usuários tivessem dificuldade em manter acesso continuado ao serviço. Além disso, a demanda espontânea pressionava a equipe de saúde que atende a um número muito grande de usuários oriundos de diversos locais e sem planejamento, inibindo ainda mais o acesso dos usuários ao Programa. A pressão da demanda também limitava o atendimento profissional nas atividades do interior da Unidade, basicamente no modelo de oferta de consultas médico-curativas (SOUZA e GARNELO, 2008).

Assim, os autores concluíram que, existe uma reinterpretação das normas técnicas do Programa HIPERDIA, levando os profissionais a priorizarem o atendimento individual em detrimento de ações abrangentes de promoção à saúde. Observou-se também que, a despeito de se tratar de condição crônica, o atendimento privilegiava apenas a queixa atual do paciente, sem preocupação com seguimento longitudinal, numa lógica de atendimento pontual que dificulta a percepção do comprometimento progressivo que pode ocorrer à medida que a doença avança. Demonstraram que esses fatores comprometem a regularidade do contato dos usuários com o serviço, inviabilizando a prevenção de complicações e o adequado controle da HA e do DM.

No estudo de Nóbrega; Medeiros e Leite (2010), que avaliou a atuação do enfermeiro no controle da hipertensão arterial em Unidades de Saúde da Família na cidade de Patos-PB, os entrevistados relataram encontrar dificuldades na execução do Programa HIPERDIA, principalmente por demanda excessiva de usuários que procuram o serviço, o que sobrecarrega a equipe.

Já o estudo de Carvalho Filha; Nogueira e Viana (2011), realizado nas UBS do município de Caxias, Maranhão, e que avaliou o Programa HIPERDIA, identificou falta constante de medicamentos na Unidade, ocasionando obstáculo na adesão ao tratamento. Os autores apontaram como uma das causas para a falha no fornecimento de medicamentos o fato de a referida cidade ser polo de uma macrorregião e, por isso, acaba provendo medicamentos para pacientes de cidades circunvizinhas, atendendo ao princípio da universalidade do SUS, em detrimento de sua própria demanda.

Outros estudos apontam falhas na completude das informações geradas pelo HIPERDIA em Unidades de Saúde, o que pode implicar mau gerenciamento das informações do referido Programa, com conseqüente comprometimento na qualidade do serviço prestado à população. Estudo que avaliou a qualidade do registro das informações nas fichas de cadastro

dos usuários do HIPERDIA em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Pelotas – RS identificou falhas quanto ao registro do tratamento não medicamentoso que estava incompleto em 97% das fichas analisadas e nos resultados da glicemia capilar, que não estava registrada em 57% das fichas (ZILLMER, *et al.*, 2010).

Também o estudo de Jardim e Leal (2009) demonstrou incompletude em informações relevantes dos cadastros do Programa HIPERDIA na cidade de São Carlos – SP, em que foram constatadas falhas como ausência do registro da medida de circunferência abdominal em 21% do total de cadastros. Informações acerca dos valores da glicemia foram registradas de forma incompleta, contendo apenas o valor da glicemia em jejum (34%), ou apenas o valor da glicemia pós-prandial (48%). Além disso, não foram encontrados registros relativos às informações sobre retinopatia e neuropatia diabéticas, exames de fundo de olho e de sensibilidade de membros inferiores. Os autores concluíram que os dados sugerem ausência, imprecisão e contradição de informações importantes, indicando a necessidade de capacitação profissional e de utilização de critérios clínico-laboratoriais para caracterizar as complicações crônicas decorrentes do DM e da HAS.

Tais estudos revelam dificuldades no desenvolvimento do Programa HIPERDIA na APS que compromete o controle da HAS e do DM. Deficiências encontradas no sistema de informações do Programa acarretam subdimensionamento epidemiológico dessas doenças e comprometem o planejamento de estratégias destinadas à sua prevenção e controle. Falhas gerenciais e de planejamento, como demanda excessiva e ausência de insumos, como medicamentos, também comprometem seriamente o acesso e a adesão ao tratamento. Além disso, as más condições de vida de populações imersas em precários contextos socioeconômicos limitam a aplicação do que é preconizado pelo Programa para melhorar a qualidade de vida dos seus usuários.

Desse modo, enfatizamos que, embora as diretrizes do Programa HIPERDIA difundam amplo atendimento ao portador de HAS e DM de modo sistemático e contínuo, é preciso repensar as condições em que tal Programa vem sendo executado e qual tem sido o real alcance de suas estratégias no que concerne à promoção da saúde das populações.

4.2. A PRECARIZAÇÃO DA GESTÃO DO HIPERDIA

O padrão de significação que mais explicitamente emergiu dentro do quesito “gestão” do Programa HIPERDIA foi a “precarização do serviço”.

Os primeiros dados encontrados se referem à oferta de consulta médica e de outros profissionais da equipe de saúde e com a dispensação gratuita de medicamentos pela farmácia da Unidade. Analisando-se o padrão previsto, já apresentado anteriormente: proposição teórica – concepção idealizada do Programa; a esfera municipal de gestão prevê em seu protocolo de atendimento o número mínimo de consultas a serem ofertadas de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde e até mesmo com frequência um pouco maior do que a mínima recomendada. Quanto aos medicamentos, o mesmo protocolo prevê ainda que eles devem ser ofertados gratuitamente pela farmácia da Unidade mediante receita médica ou sua transcrição pela enfermeira e válida por três meses, o que também está previsto claramente no referido documento.

No entanto, a esse respeito, foram identificados problemas no cotidiano de atendimento aos usuários, constatando que os protocolos oficiais de atendimento não são cumpridos. Relatos dos usuários mesclam o descontentamento com os grandes intervalos entre as consultas médicas e a falta de medicamentos na Unidade. Essa situação é trazida como um único problema, ou como um problema que conseqüentemente leva ao outro, como dois lados de uma mesma moeda. Não conseguir a consulta médica significa não ter a receita para retirar o medicamento; e quando se tem a receita porque conseguiu consultar-se com o médico, falta o medicamento na Unidade. E assim, os entrevistados narraram um círculo vicioso em que é comum ou a falta de um, ou a falta do outro.

Na tentativa de sanar o problema quando há falta de medicamentos na Unidade, os gestores e os profissionais de saúde orientam os usuários a procurar farmácia comercial popular com Programa subsidiado pelo governo de medicamentos para DM e HA, com preços mais acessíveis. Contudo, eles acabam enfrentando problemas mais uma vez, já que nesse tipo de estabelecimento não se aceitam receitas transcritas com carimbo de enfermeiro. Estas são válidas somente em farmácias de UBS, e, assim, os usuários se veem imersos num problema sem solução.

A situação real que permeia o problema da falta de consulta médica e oferta deficiente de medicamentos pelo Programa HIPERDIA é ilustrada nas falas a seguir:

“Eu estou com exame em mãos desde abril pra entregar pra médica (estamos em agosto). Marcaram minha volta agora para o dia 15 de agosto que é amanhã, só que hoje a enfermeira já me falou que essa médica já saiu, não trabalha mais aqui. Agora vou ver como vou fazer, quem é que vai me atender? (Paciente 02)

“A minha médica é só em janeiro (estamos em agosto). Como é que eu vou ficar sem remédio? A enfermeira já me passou uma receita da outra vez que estive aqui, agora não pode mais, só o médico. E também já aconteceu de eu vir aqui buscar meu remédio e não tinha! A senhora já pensou, eu vir aqui e ter que voltar? E agora a enfermeira disse que eu tenho que ficar voltando pra ver se tem algum desistente, pra encaixar na consulta com o médico. Senão só em janeiro. E eu só tenho remédio para mais um mês em casa.” (Paciente 03)

“Amanhã eu ia falar com a médica, mas agora eu soube que ela já não está mais atendendo aqui na Unidade. Vou ter que ver como faz pra remarcar essa consulta {...} Eu não pego os remédios por aqui, pela Unidade. Não tem! Nunca tem nada! Eu compro!” (Paciente 04)

“A receita que ela me passou (a enfermeira) não serve na Big Ben (farmácia comercial que oferece medicamentos subsidiados pelo governo), pois não está com o carimbo do médico. Eu estou sem tomar remédio há uma semana. Eu vim com a médica no mês passado e a médica não estava. Quando acaba o remédio tem que vir aqui marcar. Só que agora eu vim e eles não marcaram com o médico. Ficam dando desculpa!” (Paciente 12)

Médicos em número insuficiente na Unidade pareceu ser problema recorrente. Observou-se que médicos clínicos atendem uma demanda grande de pacientes por dia, não somente do Programa HIPERDIA. O número insuficiente, tanto de médicos quanto de outros profissionais da equipe, também foi relatado nas entrevistas com os profissionais os quais demonstraram ser esta uma grande dificuldade enfrentada no seu cotidiano, limitando o trabalho interdisciplinar e de equipe. Esse contexto de dificuldades no atendimento é agravado quando ocorre falta de medicamentos, também comentado por eles.

“Geralmente tem uma rotatividade de clínicos. Eu acho que isso é um aspecto negativo, infelizmente.” (Assistente Social)

“Temos o problema da necessidade de ter mais profissional, porque eu estou sozinha na Unidade, e tenho que atender a todos os programas. {...} E o HIPERDIA por si só tem uma demanda muito grande. E fora isso, a falta de medicação... e de profissional médico pra atender e acompanhar esses pacientes, assim fica complicado porque a demanda é muito grande!” (Nutricionista)

“Estamos tendo esse problema muito sério com relação aos médicos. E assim, paciente que era pra voltar com três meses, está voltando com seis meses, sete, oito meses, entendeu? Porque não tem médico! {...} Então esse problema tem sido uma das principais dificuldades, por causa da receita médica pra medicação. Lá na sala da gestora, no mural dela, está cheio de receitas que a enfermeira transcreve e ela precisa providenciar o carimbo dos médicos.” (Enfermeira 01)

Outra informação importante obtida está relacionada ao fluxo de usuários que chegam à Unidade. Como essa UBS atende por demanda espontânea, já que não se enquadra na Estratégia de Saúde da Família e não são feitas visitas domiciliares, observou-se ser comum o atendimento de usuários oriundos de outras Unidades da região, quando eles ficam sem atendimento ou sem receber medicação em seu local de origem. Outra causa de procura dessa Unidade por usuário sem matrícula se deve à localização geográfica do serviço, muitas vezes de acesso mais fácil e até mesmo o comportamento dos usuários que têm o hábito de procurar Unidades de Saúde somente conforme a necessidade vai surgindo.

“Às vezes acontece do paciente ser matriculado na outra Unidade aqui do bairro, Riacho Doce, aí ele não consegue medicação lá, porque lá também está em falta, ou porque acha aqui mais perto, e ele vem e pega aqui, se tiver. Nós orientamos a esse paciente que ele precisa ser acompanhado na Unidade de lá, mas ele vem prá cá, acontece, a gente tem recebido muito isso.” (Assistente Social)

“Quando chega medicamento, como aqui é uma Unidade de Saúde de grande porte, e o bairro é muito populoso, vem todo mundo de uma vez só: aquelas pessoas que guardaram sua receita, vem gente de outras Unidades, vem todo mundo, se

aglomeram, e pegam, pegam, pegam... todos de uma vez só, e aí a medicação dura só três, quatro dias e acaba.” (Enfermeira 01)

“Eu penso que a falta de medicamentos, que às vezes acontece, é problema de fluxo mesmo, pois as solicitações aqui pela Unidade são feitas. Além de problemas ligados ao fluxo de compras, licitação, essas coisas, num nível mais alto, e acaba refletindo aqui.” (Assistente Social)

Por fim, outro problema de gestão do Programa e a precarização do serviço está relacionado com as condições de trabalho da equipe de saúde que atende ao Programa HIPERDIA. Ao se confrontar o padrão previsto na proposição teórica, no protocolo municipal de atividades a serem cumpridas pelos profissionais e que incluem consultas multiprofissionais e ações educativas, não se coaduna com a prática observada. Para se conseguir desempenhar o papel esperado pela equipe é preciso que ela tenha condições de trabalho. A comparação do padrão previsto com o padrão empírico reforça a questão da precarização do serviço. As falas dos profissionais enfatizam as más condições de trabalho que vão desde a falta de equipamentos e insumos, à falta de apoio para a realização de eventos para educação em saúde, além de dificuldades na rede para os encaminhamentos necessários, obstáculos estes que limitam o atendimento por esses profissionais.

“Temos o problema que precisamos de material, por exemplo, balança antropométrica que não é aferida há vários anos.” (Nutricionista)

“Nós paramos de fazer o teste de glicemia capilar, porque faltaram insumos. Eles deram o aparelhinho, mas as fitas, nunca mais. Eu fiquei sabendo que estão fazendo licitação prá comprar, e que talvez até troquem o modelo do aparelho.” (Enfermeira 01)

“Às vezes não temos condições para trabalhar. A gente quer fazer uma palestra, alguma coisa, só que a maioria dos usuários só vem pela merenda. Se dissermos que tem merenda, aí eles vêm. Se não, não vêm. Mas a gente não vai comprar do próprio bolso porque custa caro... E se a gente pede pra eles (prefeitura)... (sinal negativo com a cabeça)... aí é difícil!” (Enfermeira 02)

“Outro dia não consegui encaminhar um idoso que precisava de atendimento psiquiátrico porque a Casa do Idoso está sem psiquiatra. E o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) também. Então a rede... ela é muito deficiente! Muito deficiente mesmo, sabe? E outras parcerias eu busco por iniciativa própria, tenho conhecimento com professora da Universidade, ouço falar de Organizações Não Governamentais...”
(Psicóloga)

“O programa tem previsão de uma avaliação com especialista e esse é outro nó que a gente tem. {...} O fluxograma do Ministério prevê isso. Ou seja, teria que fazer! Teria que ter! O programa está aí!” (Médico)

A precarização do serviço encontrada neste estudo infelizmente se repete em outras realidades semelhantes atendidas pelo SUS, já sobejamente noticiada e conhecida dos profissionais de saúde e da população brasileira. As dificuldades estão aí, gritantes, na realidade encontrada desde a atenção básica até o serviço de maior grau de especialidade na atenção terciária. Estudos realizados em outras regiões do país, também envolvendo avaliação de serviços prestados pelo SUS, tanto na atenção básica como em hospitais, encontram contextos semelhantes, com queixas de demanda excessiva, demora no atendimento, falta de medicamentos e aprazamento demorado de consultas médicas.

Estudo desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família (ESF), num bairro da periferia de Vitória, ES, encontrou dificuldades de acesso pela população, especialmente de serviços da ESF. O estudo revelou queixas quanto à demora no agendamento às consultas de média complexidade e também falta de consulta médica com clínico geral e ginecologia na própria Unidade, em razão da falta de profissionais para atender à grande demanda. Isso gera número excessivo de encaminhamentos para outras Unidades, trazendo implicações no direito dos usuários e nos vínculos que eles estabelecem ou não com o serviço geograficamente próximo de onde moram (SHWARTZ, *et al.*, 2010).

Outra pesquisa que enfatiza as dificuldades no atendimento pelo SUS foi a realizada em hospital da cidade do Rio de Janeiro e que demonstrou a percepção dos usuários sobre o acesso universal do SUS, destacando a insatisfação com relação ao excesso de pessoas a serem atendidas, o que ocasiona demora do atendimento, má qualidade geral dos serviços com falta de resolutividade das ações e também a falta de profissionais e recursos materiais, dificuldades para obter medicamentos e realizar exames, sendo a qualidade dos serviços prestados caracterizada como precária. (PONTES; *et al.*, 2009).

No presente estudo, o contexto analisado quanto à gestão de atendimento dos usuários do Programa HIPERDIA aponta falhas que ultrapassam o nível local de funcionamento e estrutura deficiente de nível macro, uma vez que a demonstração de fragilidade do modelo de atenção adotado no município resulta das deficiências existentes em todo o sistema de saúde. O problema encontra-se originariamente no modelo de atendimento, que, segundo Mendes (2012), é realizado de modo reativo e episódico, já que a assistência está pautada numa lógica de atendimento à doença, atendendo pacientes em condições agudas, nas quais a preocupação é mais pontualmente com oferta de consultas, realização de exames e fornecimento de medicamentos. Em condições crônicas a cura não existe, e por isso os usuários permanecem num movimento de idas e vindas à Unidade, em busca de atendimento, tornando-se uma demanda gigantesca e de difícil atendimento se o modelo de atenção for todo articulado pela lógica do atendimento semelhante ao de condições agudas.

Quanto a isso, e acostumados ao modelo tradicional de atendimento, os integrantes da subcultura de usuários do Programa HIPERDIA tendem a ter um tipo de comportamento em comum. Agem como num verdadeiro ritual, deslocando-se de suas casas para a Unidade em busca de médico e remédio, abstraídos da noção de que sua condição é crônica e que necessitariam de muito mais: adotar comportamento de cuidados prolongados, não se limitando a usar medicamentos para controle de suas doenças. Por vezes, procuram a UBS apenas na iminência de um sintoma, muitas vezes sem serem matriculados no serviço, e, assim, juntam-se à demanda agendada eletivamente e à demanda de usuários de outros programas, configurando uma situação caótica em que profissionais da equipe se veem sobrecarregados pela demanda excessiva, quase sem fim, ao mesmo tempo em que grande parte dos usuários saem frustrados da Unidade e sem o atendimento esperado por eles. Tal questão está relacionada ao tipo de gerência adotado: a “gerência com base na oferta”. Desse tipo de gerência geralmente decorrem, no mínimo, dois problemas: “um processo de territorialização que, nem sempre, permite cadastrar e vincular todas as famílias da área de adscrição; e a utilização de instrumentos de programação da oferta que ignoram as necessidades de saúde da população” (MENDES 2012, p. 95).

Os ciclos de evolução das condições agudas e das crônicas são muito diferentes e o “recorte da tipologia de condições de saúde faz-se a partir da forma como os profissionais, as pessoas usuárias e os sistemas de atendimento da saúde se organizam na atenção – se de forma reativa e episódica ou se de forma proativa e contínua”. Assim, a realidade estudada configura-se num clássico emaranhado de ações e reações em que o profissional, o usuário e o sistema estão organizados e inseridos num modelo de atenção pouco eficaz às condições

crônicas, gerando frustração aos executores do serviço e insatisfação aos usuários do Programa (MENDES 2012, p. 31).

Diante das condições crônicas, o que prevalece é a inadequação da ideia de cura e, conseqüentemente, de todos os fundamentos que guiam o atual sistema de saúde. A inadequação para lidar com as condições de cronicidade das populações tem sido a razão das manifestações de dificuldades / incapacidades dos profissionais em lidar com as afecções crônicas e suas especificidades que lhe são inerentes. (MANTOVANI e MENDES, 2014).

Por essa razão, passa a ser necessário repensar os modelos de atenção em saúde que estão configurados no modelo tradicional, como se somente a oferta de consultas e remédios fosse a solução. Por mais que essa face do atendimento seja imprescindível, em se tratando de condições crônicas não é suficiente. O usuário do HIPERDIA não encontra cura em medicamentos, embora eles sejam fundamentais para o controle de suas doenças. É necessário muito mais: assumir práticas cuidativas ao longo de toda a vida, afastando os fatores de risco de agravos da patologia de que é portador, prevenindo complicações tardias e, sobretudo, assumindo estilo de vida mais saudável, contemplando adequada prática alimentar, de exercício físico, de controle do estresse, livre de tabagismo e bebida alcoólica, entre outras. Assim, o atendimento desse usuário requer um modelo proativo e pautado num plano de cuidados e de autocuidado em família, de modo contínuo e permanente, e elaborado conjuntamente pela equipe, pela pessoa do usuário e pela respectiva família, importante elemento constituinte de rede de apoio social do usuário em condição de cronicidade.

Ademais, as populações atendidas na Atenção Primária de Saúde (APS) têm história e culturas singulares que devem ser consideradas pela gerência no seu fazer cotidiano. Nesse sentido, a enfermagem transcultural de Madeleine Leininger vem ao encontro do plano de cuidados continuados que leve em consideração o mundo multicultural que os indivíduos vivem. Ao buscar conhecer a cultura do indivíduo por meio da compreensão dos seus modos de vida, suas crenças e seus valores, é possível contemplar os conhecimentos e práticas do próprio indivíduo como base para a tomada de decisões, permitindo ao usuário ser protagonista da própria escolha de ações a serem tomadas para melhorar sua saúde e seu bem-estar (Welch, 2004).

No que concerne aos problemas encontrados neste estudo de deficiências de gestão do HIPERDIA, há que se refletir quanto às razões que levam a situação tão precária de atendimento, que – convém salientar – não é exclusiva do serviço em questão, mas do SUS em geral, envolvido diariamente na mídia com denúncias graves de problemas de saúde pública no país.

Mendes (2012, p. 90-99) enfatiza que inúmeras fragilidades encontradas no SUS, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS), têm origem no fato de a atenção primária tender a ser “pouco valorizada por políticos, gestores e pela própria população, para quem o ideal se configura num atendimento médico especializado e rápido”. Nesse contexto, o autor destaca também que as fragilidades na APS podem ser ilustradas em inúmeras vertentes, como, por exemplo: infraestrutura inadequada com muitos serviços ofertados em edificações sem a estrutura mínima necessária para organizar um serviço de qualidade; baixa densidade tecnológica, como falta de tecnologia dura (equipamentos), e também de tecnologias mais cognitivas e leves; serviço de apoio diagnóstico ineficiente; carência de equipes multiprofissionais, porquanto a APS está estruturada com base na consulta médica de curta duração; e, subfinanciamento, em que os recursos que se alocam ao SUS são insuficientes para sustentar um sistema público universal.

Desse modo, a minimização dos problemas relacionados à gestão do Programa HIPERDIA exige uma mudança de paradigma, não apenas do Programa em si, mas de modo geral na Atenção Primária em Saúde (APS) na estrutura do SUS. Para tanto, concordamos com o modelo de atenção às condições crônicas proposto por Mendes (2012), que remonta à implantação do sistema de Redes de Atenção à Saúde (RASs) tendo a APS o papel de coordenadora de todo o sistema. Segundo o autor, RASs “são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente.” Desse modo, elas propiciam atenção contínua e integral a determinada população, devendo ser prestada de forma humanizada, segura, com equidade e com responsabilidade sanitária e econômica da população adscrita.

Para tanto, entendemos ser necessário em primeiro lugar fortalecer a APS, o que requer injeção de recursos vontade política, num esforço de valorização desse setor tão primordial para que as mudanças no modelo de atenção às condições crônicas se tornem concretas.

Acreditamos ainda que o reconhecimento da especificidade da condição crônica seja primordial para modificar o quadro de atendimento em saúde para esses pacientes, incluindo os usuários do HIPERDIA. Nesse quesito, é necessário apreender a perspectiva de quem vive em tal condição e também de quem interage com eles para que se possa construir um modelo convergente à condição de cronicidade, que seja efetivo na superação da fragmentação de cuidados e ofereça uma resposta ao sofrimento das pessoas. Para tanto, tornam-se imperiosas ações voltadas para a pessoa e não para a doença, numa prática interdisciplinar e que

contemple a integralidade do cuidado em saúde, considerando todos os aspectos do viver dessa pessoa (SOUZA, *et al.*, 2014).

E, além das RASs descritas por Mendes (2012), concordamos também com a linha de pensamento das autoras Souza *et al.* (2014), quanto à fundamental importância das redes de apoio social como parte do cuidado integral de enfermagem e de saúde às pessoas em condições crônicas, para ampliar o atendimento que tem sido no modelo tradicional de consultas e prescrições. Segundo as autoras, o apoio social, que inclui suporte emocional, prático, material e / ou financeiro, e o aconselhamento passam a ser um elo fundamental no processo de viver na cronicidade. Os diversos tipos de apoio, contribuintes para uma vida mais harmônica e saudável com sua condição, envolvem a compreensão de diferentes formas de conexão e interconexão que se estabelecem, conformando o que é identificado como redes sociais. Nesse sentido, as redes de apoio social são compreendidas como o conjunto de pessoas ou instituições ou organizações que dão algum tipo de apoio para o viver em condições crônicas, visando a contribuir para o bem-estar dessas pessoas (SOUZA, *et al.*, 2014).

A importância de a Enfermagem estudar redes de apoio social está justamente na sua possibilidade de contribuir para mobilizar os integrantes de tais redes, com o intuito de integralizar o cuidado. Para isso, primeiramente é necessário buscar compreender quem são as pessoas, ou instituições, ou organizações que fornecem apoio, em que momentos o apoio acontece e com qual intenção, para em seguida começar a tecer as redes até que elas sejam claramente reconhecidas. A partir daí pode-se afirmar que as redes sociais podem ter papel determinante no viver na cronicidade, já que os integrantes da rede poderão apoiar o paciente no enfrentamento de sua condição por meio de “cuidados e tratamento, auxílio nos momentos de crise e promoção do suporte essencial para capacitar as pessoas a viver de forma mais independente” (SOUZA, *et al.*, 2014, p. 92).

A percepção de redes de apoio social está embasada na perspectiva da integralidade do cuidado, em que a doença não é encarada puramente como um evento biológico, mas um processo ligado à história de vida das pessoas, de suas famílias e da própria sociedade. “A rede social passa a representar um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados” (SOUZA, *et al.*, 2014, p. 95). Elas podem incluir a família, equipe de trabalho, bairro e organizações tais como hospitais, escola, associações profissionais e centros comunitários, podendo potencializar os recursos que possuem e criar novas alternativas para a resolução de problemas. Por meio delas, poderá ocorrer um rearranjo no cuidado a ser oferecido, contrário à fragmentação do modelo atual de

atendimento em saúde e que possibilite uma integração das práticas tradicionais e os recursos terapêuticos, pedagógicos, religiosos e outros disponíveis (SOUZA, *et al.*, 2014).

4.3. OS USUÁRIOS DO HIPERDIA E A FALTA DE ADESÃO ÀS PRÁTICAS DE CONTROLE DA(S) DOENÇA(S)

O padrão significativo mais evidente no que concerne ao atendimento dos usuários pela equipe multiprofissional do Programa HIPERDIA foi a constatação de falta de adesão às práticas alimentares e de exercício físico, necessários ao controle da HA e ou DM.

No quesito alimentação, segundo os profissionais, os usuários dizem conhecer as práticas necessárias ao controle das doenças de base e seguir as orientações recebidas, mas os profissionais acabam percebendo que eles não as fazem, apontando várias razões para isso, como atestam os depoimentos abaixo.

“A gente sempre enfatiza a importância da alimentação, mas eles não costumam seguir não. A nutricionista os orienta melhor nesse sentido, ela dá as orientações inclusive por escrito, mas a gente pergunta pra eles o que ela passou e eles dizem, ‘ah, nem sei, não lembro mais!’ E eles repetem sempre a mesma coisa ‘ah, eu não como gordura, não como sal’ e essas coisas básicas.” (Enfermeira 01)

“Os pacientes não fazem dieta. Eles comem o que eles querem e tentam nos enganar aqui. É, tentam nos enganar! Porque a gente controla o peso, a altura, a cintura, os exames, e se eles estivessem fazendo o controle da alimentação os valores baixariam, mas não! Aumentam! Eles também usam muito charque salgado, e nem sempre tiram o sal, pois acham gostoso comer salgado. Além disso, a gente orienta que é preciso comer verdura, mas eles dizem, ‘pra quê?’ Não gostam!”(Enfermeira 02)

“Os problemas na alimentação têm a ver com a ingestão do sal, o consumo do camarão salgado, do charque, mas também a baixa ingestão de frutas, legumes e verduras.” (Nutricionista)

A questão cultural foi citada pelos profissionais como exercendo forte influência nas escolhas alimentares, muitas vezes inadequadas, especialmente quanto ao consumo diário de farinha de mandioca, costume muito arraigado na culinária paraense, conforme se vê a seguir.

“Eles choram quando a gente proíbe a farinha, que é típica aqui do norte. Choram, choram mesmo, de derramar lágrimas, como se aquilo fosse o fim do mundo! E aí quando você começa a questionar... mas aí você entra na cultura! E desse contato, eu como profissional que atendo uma vez só o paciente a cada três, quatro meses, é complicado... Pra colocar na mente de um paciente... uma cultura que já vem de uma vida toda!” (Médico)

“Tem o problema da farinha, que nosso paciente diabético deveria evitar, mas não evita. E aí tem alguns que querem fazer o mingau de carimã, que é mingau de farinha! Tudo pra eles é com farinha! Mas esse é um problema cultural!” (Nutricionista)

No entanto, problemas alimentares que vão além de escolhas equivocadas ou pautadas no costume cultural também foram identificados pelos profissionais, como, por exemplo, a questão financeira como empecilho para uma alimentação mais adequada e ainda barreiras familiares, conforme demonstram as falas a seguir.

“Bem, eles não seguem as orientações para a dieta, e eu acho que eles têm vários motivos pra não seguirem. Primeiro, tem a questão econômica, que influencia muito. Às vezes eles não têm dinheiro pra comprar adoçante, e usam açúcar, mesmo sendo diabéticos. {...} E tem a questão da família, que também precisaria ajudar. Eles dizem, ah, mas é porque quem faz o café é minha nora, e ela já adoça com açúcar! Ou seja, tem todo um contexto de dentro de casa, da família, e complica mudar tudo isso.” {...} (Nutricionista)

“Aqui em Belém eles comem muita farinha. Comem mais pra encher a barriga mesmo, pra saciar a fome, porque também não têm dinheiro, e comendo farinha, não sentem fome!” (Enfermeira 02)

Ao analisar as informações a respeito da dieta do ponto de vista dos usuários, eles realmente demonstraram conhecimento quanto ao que é necessário para manter suas doenças de base sob controle; no entanto, foi perceptível a influência cultural em suas escolhas alimentares, especialmente quanto ao consumo da farinha em detrimento de outros alimentos

mais saudáveis, como também o gosto por alimentos salgados e a falta de hábito de ingerir legumes e verduras, como já relatado pelos profissionais.

“A farinha eu gosto! Como porque eu gosto, e o açaí também!” (Paciente 11)

“Eu não como gordura, não como óleo, fritura, não como nada, nada, nada! Eu não adoço o café, tomo adoçante. {...} Salada eu como de vez em quando, não é todo dia que eu como folha, salada, essas coisas não. Feijão eu como, agora não assim, como ela (a profissional de saúde) diz que é pra fazer: feijão com verdura. Mas eu como com farinha!”. (Paciente 03)

“Não coloco açúcar no café, uso adoçante. {...} Mas ah, a farinha tem que estar no meio (risos)! {...} Eu gosto de açaí, eu tomo açaí todo dia, não coloco açúcar, mas vai com farinha d’água.” {...} Quando foi outro dia lá em casa eu passei mal, ia ter almoço do dia dos pais, aí eu fiquei comendo queijo com farinha, tirei um pedaço da coxa do peru e comi com farinha {...}. Aí no outro dia eu amanheci ruim, fui pro Pronto Socorro, minha pressão tava 20 x 12! {...} E acho foi o queijo porque tem muito sal!” (Paciente 04)

No entanto, a principal razão para uma alimentação não tão adequada se dá em razão principalmente da pobreza, pois é ela quem acaba por influenciar nas escolhas alimentares. Foi a questão econômica, ou seja, as condições de pobreza em que vivem que pareceu determinar os hábitos de consumo. Num contexto de muitas pessoas morando na mesma casa e que todos precisam se alimentar, por si só já se configura num grande desafio econômico: o de alimentar tantas bocas. Assim, fazer dieta específica seguindo as restrições que o paciente teria por ser diabético e/ou hipertenso seria um desafio a mais, talvez tendo que cozinhar separadamente por causa da restrição do sal, preparar alimentos grelhados ou assados (que talvez não agradassem ao paladar dos demais), comprar mais frutas, verduras e legumes para o consumo do paciente, tudo isso não seria tão simples e soaria como um luxo num contexto em que mal se consegue alimentar todo mundo. E assim, alimentam-se do que dá, do que tem, do que aparece.

“De manhã, tomo café, pão (silêncio)... Quando não tem pão... (silêncio, pensando) aí como a bolacha... Quando dá certo, a gente come o feijão, o arroz.” (Paciente 14)

“A gente come carne (silêncio), às vezes frango. Aí quando não tem... às vezes o filho traz um peixinho que ele pesca: olha, meu pai, um peixinho aí!” (Paciente 13)

“Quando eu trabalhava de empregada doméstica, eu comia a dieta da patroa. Era melhor, mais saudável. Agora que estou em casa, como o que o restante da família come! Eu sei que eu preciso emagrecer, só não sei onde vou arranjar dinheiro pra comprar tanta fruta! Lá em casa são muitos, cinco adultos e quatro crianças, e a gente vai comendo o que dá! Come o que tem, o que aparece!” (Paciente 11).

“De manhã eu como torrada, só. Um cafezinho. Aí eu tomo água, e o remédio. E aí vai até a hora do almoço, não faço merenda. Eu não como fruta no café da manhã, eu não gosto. E no almoço é mais frango e peixe (silêncio – paciente ficou pensativa, aérea, cabisbaixa, não parecia estar à vontade em falar da sua alimentação). {...} Não, feijão eu não como muito feijão não. Eu não gosto muito (mais uma vez ficou pensativa, em silêncio, cabeça baixa). {...} Mas a farinha tem que estar no meio, né? {...} Eu não gosto de lanchar nada de tarde, aí eu não tô comendo muito, tô evitando. Depois eu vou, tomo um copo de água, aí eu tomo um pouquinho de café, faço um chá de gengibre. Ontem à noite eu fiz só um chá de gengibre, não comi nada, tá dando na televisão que o chá de gengibre é bom prá emagrecer, aí eu tomo. {...} Às vezes eu janto, quando não tem, como mortadela, aí eu faço pras crianças, aí pra mim com ele, e somente. Aí é só ver a novela e ir dormir! (Paciente 04)

Desse modo, em análise mais detida, verifica-se que a pobreza é o fator mais marcante que traz obstáculos ao controle de condições crônicas que exigem um investimento continuado, prolongado para toda a vida das pessoas. Assim, se perde todo o esforço da equipe profissional dedicado à educação dos usuários que habitam comunidades empobrecidas de periferia de grandes metrópoles; poucos atingirão comportamentos mais saudáveis, enquanto um esforço conjunto intersetorial não se desenvolver na erradicação de pobreza extrema das populações.

A importância do fator econômico para uma dieta saudável foi citada em outros estudos. Pesquisa realizada na Região Metropolitana de Fortaleza-CE, num centro de referência secundária em *Diabetes Mellitus* e Hipertensão Arterial, credenciado pelo SUS, avaliou o autocuidado entre 30 pacientes com nefropatia diabética e demonstrou que a maioria

deles (26) soube citar a dieta como principal orientação para o autocuidado. No entanto, os achados demonstraram que mesmo cientes da importância de uma dieta saudável, houve entrevistados que admitiram não cumpri-la, por razão de dificuldade financeira (OLIVEIRA; CAMPOS; ALVES, 2010).

Num estudo de Cotta *et al.* (2009), que analisou os hábitos e práticas alimentares entre hipertensos e diabéticos na atenção primária em região da Zona da Mata Mineira, o fator econômico teve destaque entre os principais motivos apontados para a não adesão a uma dieta saudável, citado por 18% dos hipertensos e 30% dos diabéticos participantes da pesquisa.

Ainda, a questão da pobreza limitando a ingesta de alimentação saudável destaca-se num estudo realizado com mulheres de famílias carentes na cidade de Fortaleza-CE, que analisou os significados e crenças dessas mulheres ao lidar com o cotidiano alimentar de suas famílias e encontrou situação semelhante à enfrentada pelos usuários do presente estudo. A pesquisa revelou reais dificuldades na alimentação vivenciadas por essas mulheres no seio familiar. Elas são as responsáveis pelo manejo do que oferecer para alimentar suas famílias, especialmente os filhos, e a preocupação com ter o que comer era o que mais pesava. Elas demonstraram conhecimento sobre o que seria uma alimentação saudável, mas na expectativa de saciar a fome, também relataram comer o que tem e o que aparece, sem muitas opções (LOPES; JORGE; MACHADO, 2007).

Outra falta de adesão é quanto às recomendadas práticas de atividade física pelos usuários, que já é reconhecida pelos próprios profissionais da equipe, de antemão, de que o sedentarismo dos usuários está mais ligado à falta de condições para que eles se exercitem. Os profissionais fazem sua parte, orientam sobre a importância do exercício físico rotineiro, mas encontram barreiras para que essa orientação seja seguida. É o caso de debilidade física de alguns pacientes, como os diabéticos com problemas nos pés; os que sentem tonturas; e aqueles cuja acuidade visual já não é das melhores. Além disso, a falta de condições financeiras até mesmo para comprar calçados adequados e a questão da violência urbana como ameaça constante aos que se arriscam a sair para praticar caminhadas pelas ruas, também foram citados. E, no caso dos idosos, a falta de apoio ou acompanhamento da família, já que eles são mais vulneráveis a quedas e violência.

“A gente sempre enfatiza a atividade física porque está atrelada ao acompanhamento, ao controle da doença.” (Enfermeira 01)

“E quanto ao exercício físico, a maioria tem dificuldades, sobretudo os diabéticos, pois têm problemas nos pés. Eles não têm calçados adequados, aí começam a caminhar por aí, às vezes têm tontura, alguns não enxergam direito, podem cair. Outro dia teve uma paciente que eu orientei a caminhar, ela era idosa, e caiu! No outro dia veio a filha me tirar satisfação: por que você mandou minha mãe caminhar? Minha mãe caiu, quebrou a perna, olha você vai pagar!!![...] Podem ser atropelados e podem ser roubados também. E tem os idosos que deveriam ir acompanhados de alguém da família, mas vão sós.” (Enfermeira 02)

“Nós orientamos sobre a importância da mudança de hábitos. [...] A caminhada, por exemplo, ele não paga nada pra fazer! A não ser pagar pedágio pros marginais da rua porque não pode caminhar cedo senão vai ser assaltado! Mas vamos dar vazão a isso, eu acho que tem muito grupo de terceira idade, que tem ônibus que leva, enfim... Então tem que se trabalhar a questão do sedentarismo sim.” (Médico)

A analisar as falas dos próprios usuários nesse quesito, a falta de condições para realizar exercício físico emergiu como a principal razão para o sedentarismo, coincidindo com o que já foi citado pelos próprios profissionais. Submersos num cotidiano de pobreza, com sobrecarga de trabalho, falta de tempo real e de disposição e até mesmo medo da violência urbana foram justificativas apresentadas pelos usuários.

“Ah, eu não faço exercício físico. Acho que não faço por causa do tempo, saio de manhã, chego só à noite, aí não dá pra ficar fazendo essas coisas.” (Paciente 12)

“Fazer caminhada, a enfermeira me pediu. Mas eu não tenho tempo, porque sou só eu lá em casa. É uma correria! Porque de manhã cedo eles saem e eu tenho logo que fazer o café deles e fazer o serviço.” (Paciente 01)

“Eu até queria fazer exercício, mas aí eu não aguento fazer, fico cansada, a perna dói, o joelho dói.” (Paciente 05)

“É porque a gente fazia assim: ia caminhar às seis horas da manhã, eu e uma cunhada minha. Só que uma vez eu não fui e ela achou de ir sozinha! E agrediram ela! Acharam que ela tinha alguma coisa, dinheiro. Agrediram tanto que ela teve que

fazer uma cirurgia no nariz, lá na Universidade. Então é perigoso, tem locais que não dá pra sair pra caminhar. Lá perto de casa é assim, geralmente tem assalto lá pelas seis horas da manhã. E mais tarde o sol já tá alto... aí só falta a gente desmaiar de tanto calor”! (Paciente 10)

Tanto na visão dos profissionais quanto nas justificativas dos usuários o exercício físico se mostrou algo reconhecidamente de difícil adesão. As falas dos profissionais, combinadas às falas dos usuários, mostraram as dificuldades de um cotidiano de muito trabalho, violência urbana, problemas familiares, dificuldades financeiras e a própria debilidade física de muitos deles como barreiras fazendo com que não sobre muito tempo nem disposição para exercícios físicos.

No que diz respeito à violência social, ela se deve ao contexto de posição geográfica adstrita da UBS aqui estudada, cenário comum à de outras periferias urbanas empobrecidas onde a população vive. Estudo de Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013), que analisou como a violência interfere no processo de trabalho das enfermeiras atuantes em ESF na cidade de Belém-PA, mostrou o mesmo contexto de populações vivendo em precárias condições de vida, praticamente sem políticas nem programas públicos integrados para atender as demandas locais como saúde, saneamento, educação, moradia e segurança. O estudo observou ainda, além de toda essa situação, a presença do tráfico de drogas trazendo para a região ainda mais medo e insegurança. As autoras propõem uma postura ativa e responsável de esforços conjugados de toda a sociedade civil, dos governantes, dos profissionais da saúde, ajudando a construir uma sociedade mais justa, equitativa e pautada em valores humanos, onde a violência não tenha lugar.

Mas, além da violência e de outras dificuldades, neste estudo, nas entrelinhas das justificativas apresentadas, a pesquisadora observou que os usuários deixaram transparecer que o exercício físico não é uma realidade em suas vidas, pois não são acostumados a isso como outras pessoas de nível mais alto de renda e escolaridade. Não pensam muito a respeito e não encontram disposição para tal. Ou seja, não existe, entre os integrantes da subcultura de usuários do HIPERDIA, uma tradição de prática de exercício físico. Eles não convivem com pessoas praticantes, não veem os seus semelhantes praticando, não se identificam com pessoas assim e, portanto, todos acabam tendo comportamento similar, sem aderir à atividade física como hábito cotidiano.

Essa reflexão acerca da falta de estrutura e da falta de costume em atividade física das pessoas é consonante com o que tem sido revelado em pesquisas que analisaram a prática de

atividade física e fatores associados. BAUMAN, *et al.* (2009) aplicaram um questionário de vigilância internacional de atividade física – o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – em 20 países, inclusive o Brasil, com o intuito de realizar um estudo internacional comparativo sobre a prevalência de prática de atividades físicas de populações com faixa etária entre 18 e 65 anos. Foram encontrados maiores níveis de atividade física entre os participantes de países desenvolvidos. Os autores atribuíram esse achado ao fato de que nesses países os participantes encontravam maior disponibilidade de recursos para tal.

Pesquisa utilizando uma versão resumida do questionário IPAQ foi aplicada no Canadá, via telefone, a uma amostra de 5.167 pessoas entre 15 e 79 anos. O estudo analisou efeitos para a prática de atividade física, como: nível socioeconômico, autopercepção de saúde, autoeficácia, barreiras percebidas, benefícios de saúde, apoio social e disponibilidade para a prática. Segundo os autores, indivíduos com maior escolaridade e maior renda conseguem compreender melhor a necessidade da prática de atividade física para melhorar sua condição de saúde, além de terem mais acesso e oportunidades para se exercitarem (PAN, *et al.*, 2009).

Como visto, as práticas não medicamentosas de controle e enfrentamento das condições crônicas por HA e DM têm significações variadas para os usuários do HIPERDIA, tanto no quesito da dieta alimentar, quanto no quesito da prática de atividades físicas, o que requer reflexão acerca dos determinantes da falta de adesão. As condições de vida, de trabalho, de emprego e renda, de educação e de segurança são alguns determinantes que acabam facilitando ou dificultando a adesão dos indivíduos a um estilo de vida orientado para melhor controle da saúde.

As recomendações quanto à dieta alimentar e à atividade física encontradas no protocolo de atendimento, proposição teórica do Programa HIPERDIA, são objetivas, pontuais e devidamente fundamentadas cientificamente. Contudo, sua operacionalização na prática do atendimento diário se torna um enigma em todos os níveis, no contexto da realidade atual de atenção de saúde das populações.

Segundo Mendes (2012), em seu Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), é necessário rever o modelo de atendimento que oferece uma atenção prescritiva e centrada na doença para uma atenção colaborativa e centrada na pessoa, indo além de consultas “face-a-face”. O novo modelo sugere mudanças no sistema de prestação de serviços de saúde para pessoas portadoras de condições crônicas que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e também na comunidade circundante.

Acreditamos que o referido modelo deve privilegiar o cuidado e o autocuidado apoiado com colaboração das redes de apoio social. Quanto ao autocuidado apoiado, Mendes (2012) alerta que deve ter o intuito de empoderar os usuários dando ênfase ao papel central dos indivíduos no gerenciamento de sua própria vida e saúde, por meio de estratégias de apoio que incluem: avaliação do estado de saúde; fixação de metas a serem alcançadas; elaboração de planos de cuidado; tecnologias de solução de problemas; monitoramento. O autocuidado efetivo – continua o autor – vai além de dizer às pessoas o que fazer: desenvolve nelas um sentido de autorresponsabilidade.

A propósito, tais afirmações têm base na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (George, *et al.* 2000), a enfermeira norte-americana que já na década de 1970 afirmava que a enfermagem se preocupa com a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo e da família, com a oferta e controle disso de modo continuado com o intuito de sustentar a vida e a saúde. Assim, esse conceito vem a calhar com a necessidade de ampliação do tipo de cuidado necessário ao portador de condições crônicas, já que possibilita à enfermeira articular ações de cuidado acomodadas de tal modo que traga a corresponsabilidade do usuário e de sua família para a elaboração do plano de ações, personalizando desse modo as estratégias a serem seguidas, segundo suas necessidades de vida e saúde e fazendo com que ele assuma o controle de sua vida, não apenas cumprindo ordens médicas do modelo mais tradicional. A família também adquire um papel essencial no autocuidado, especialmente quando os portadores de afecções crônicas envelhecem. Nesse caso, a família se torna a Unidade essencial do autocuidado e deverá exigir apoio do serviço de saúde.

Acreditamos que o acompanhamento e o apoio do autocuidado devem ser feitos de maneira contínua, persistente e de modo colaborativo entre a enfermeira e outros membros da equipe profissional de saúde: os usuários, seus familiares e demais componentes das redes de apoio social, num verdadeiro sentido de fortalecimento de parceria entre todos os envolvidos, com o objetivo de melhorar as condições de vida e saúde de populações em situação de cronicidade.

Nesse aspecto podemos também nos valer dos conhecimentos da enfermagem transcultural de Madeleine Leininger (Welch, 2004), que busca elementos na própria cultura do paciente para fundamentar as escolhas na vida e na saúde que são feitas considerando suas crenças e valores, possibilitando ao enfermeiro negociar com o usuário possibilidades quanto às escolhas de ações a serem assumidas para o controle da saúde. No caso dos portadores de condições crônicas, esse tipo de abordagem poderá favorecer, mais uma vez, a adesão do

paciente ao regime terapêutico e de controle no enfrentamento de sua condição de cronicidade.

Quando se amplia o olhar para além da visão biológica das doenças, percebe-se que a condição crônica integra um processo de viver das pessoas, razão pela qual a família é parte indissociável de tal cenário. Assim, é necessário compreender que a família que convive com situação de cronicidade, em um ou mais de seus membros, sofrerá mudanças que acarretarão movimentos internos de reorganização da dinâmica familiar e de alteração de comportamento. Por isso, lidar com pessoas em condições crônicas exige que seus membros olhem para elas e para seus familiares como uma Unidade de cuidados (SOUZA, *et al.*, 2014). Caso contrário, corre-se o risco de que prevaleçam situações como algumas das descritas no presente estudo, em que determinados cuidados não são seguidos porque a família não foi incluída no plano de cuidados e orientações. É o caso relatado pela nutricionista entrevistada, de um idoso diabético que segue consumindo café adoçado com açúcar todas as manhãs, pelo fato de ser sua nora quem faz o café e já o adoça. Ou ainda do familiar que permite que seu idoso saia para fazer caminhadas pela rua do bairro desacompanhado, com risco de sofrer quedas e até de ser vítima da violência urbana.

Continuando a reflexão acerca da necessidade de mudança de paradigma quanto ao modelo de atendimento em saúde para condições crônicas, destacamos que a enfermagem vem se posicionando quanto à constatação de que indivíduos nessas condições requerem cuidado distinto. Segundo Trentini, Paim e Guerreiro (2014), o cuidado em situação de cronicidade deve constituir-se de um leque de ações diversificadas e de longa duração que vai além do cuidado medicamentoso, já que a condição crônica acarreta não só deteriorações no âmbito biofísico, mas é também acompanhada por privações nos seus relacionamentos sociais, dificuldades financeiras, limitações para o trabalho e distúrbios de ordem psicológica.

Literatura atual tem mostrado uma variedade de estudos focados em novas abordagens e conceitos em relação ao cuidado e à pesquisa no âmbito da enfermagem ajustados à cronicidade, dentre os quais muitos têm proposto cuidar e pesquisar as pessoas em seu ambiente social e cultural. Nesse contexto, a educação em saúde vem sendo implantada no cuidado com pessoas em condições crônicas. A enfermagem tem-se valido de abordagens educacionais inovadas que não são mais feitas de maneira centralizada, como: aprendizagem por ajuda mútua, por grupo de convergência, tecnologias cuidativo-educacionais aplicadas de trabalho em ato no campo prático, entre outras (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014; GONÇALVES, *et al.*, 2013).

Desse modo, corroboramos o pensamento das autoras supracitadas quanto à relevância de estratégias de educação em saúde como mais uma ferramenta no atendimento em condições crônicas e que estas devem ser feitas por meio de tecnologias educacionais que contemplem o acolhimento, propiciem o vínculo e fortaleçam a participação dos usuários na construção de conhecimentos e habilidades para o controle de sua real condição de cronicidade e ganho na melhor qualidade de vida possível.

No que concerne à constatação desse estudo acerca do padrão de significação de não adesão às recomendações em dieta alimentar e atividade física que tiveram como causas apontadas a pobreza e as condições sociais precárias, tornando-se necessárias reflexões que remontem ao conceito de determinantes sociais da saúde, em que não existe o princípio ético da equidade em saúde, com flagrantes diferenças injustas e evitáveis entre grupos populacionais definidos social, econômica, demográfica e geograficamente. No modelo MAAC proposto por Mendes (2012), os determinantes sociais devem ser analisados em todos os seus níveis levando em consideração opções políticas para intervenção nos diferentes níveis. Os fatores macro incluem determinantes sociais como questões socioeconômicas, culturais e ambientais e devem ser enfrentados por meio de macropolíticas que atuem de forma a reduzir a pobreza e a desigualdade, a superar as iniquidades em termos de gênero e de etnicidade, na promoção de educação universal e inclusiva e a atuar na preservação do meio ambiente. Já os determinantes de nível intermediário que incluem as redes sociais e comunitárias e as condições de vida e trabalho requerem políticas de melhoria das condições de vida e trabalho, incluindo o acesso a serviços essenciais, como educação, habitação, saneamento e saúde.

O enfrentamento das desigualdades sociais é um grande desafio que ultrapassa as ações locais de equipes de saúde, por isso convocam-se ações intersetoriais, que por sua vez precisam ser planejadas e interligadas com objetivos e metas em comum para levar melhores resultados de saúde às populações.

As determinações políticas dos setores como crescimento econômico e distribuição de renda, educação, saneamento, habitação, emprego e trabalho e meio ambiente, são de indiscutível necessidade. No Brasil existem inúmeras políticas que podem influenciar a saúde da população e estas incluem políticas de renda, de educação, de saneamento, de emprego e ambientais. Contudo, segundo reflexões críticas de Mendes (2012), tais políticas tendem a atuar isoladamente, quando deveriam atuar articuladamente entre os setores, com foco em comum para gerar melhores condições de saúde da população.

Portanto, entendemos que uma eficiente gestão governamental, em todos os níveis, haveria de funcionar articuladamente, mas na real situação vigente, cabe a cada cidadão e em conjunto, como também a profissionais da saúde ou não, uma vigorosa atuação política de controle social junto aos governantes.

4.4. OS USUÁRIOS DO HIPERDIA E O ENFRENTAMENTO DE SUA CONDIÇÃO DE CRONICIDADE

Um padrão de significação emergido quanto ao enfrentamento da condição crônica dos usuários foi “o cotidiano de vida estressante”, decorrente de uma realidade margeada pela pobreza, num contexto de baixa renda por subemprego ou desemprego, pela sobrecarga de atividades, por más condições de moradia, pela violência urbana e por ambiente familiar conflitante.

Ilustrado como “aborrecimento”, “susto”, “sufoco”, “preocupação”, ou ainda “problema de nervos”, o estresse foi, por vezes, exemplificado pela descrição de situações pontuais de episódios traumatizantes e que geraram grande desgaste emocional e desencadeador de sua patologia, como o presenciar de um assassinato por uma entrevistada, por exemplo. Ou ainda, foi apresentado como recorrente em situações do cotidiano como pela sobrecarga de atividades e excesso de preocupação com problemas familiares. Desse modo, o estresse se mostrou avassalador em suas vidas, mostrando a crença de que ele é desencadeador de sua doença, ou de seu agravamento.

“A pressão alta eu tive porque o meu primeiro trabalho era muito carregado, como se diz, era muito sufocado, acho que isso alterou mais a minha pressão. Deve ter sido isso, porque eu sempre tive pressão 12 x 8 e aí de repente subiu pra 15, pra 17! E também quando minha mãe ficou doente, aí sim a pressão subiu, porque eu me preocupava demais. E aí ficou!” (Paciente 07)

“Eu não tinha pressão alta. Mas eu tive a infelicidade de ver uma coisa que não sai da minha cabeça. E foi daquele momento em diante que eu fui parar no hospital. [...] Vi uma situação muito ruim mesmo, nunca tinha presenciado algo assim, nem na televisão! [...] Eu estava recolhendo a roupa do meu pátio, quando eu vi alguém ser assassinado e o cérebro da pessoa voar! E aquilo me desesperou! E desde lá eu não controlei mais a minha pressão! E a pressão, ficou assim: se eu tenho uma pequena

emoção, eu gelo, gelo, gelo! Suo, suo, suo! Se não tiver cuidado, acho que ela dispara!” (Paciente 08)

A sobrecarga de atividades é uma faceta do contexto de vida estressante a ser destacada pela recorrência nos relatos. Até mesmo pela característica de baixa escolaridade dos entrevistados, nenhum deles exerce atividade que necessite esforço intelectual, contudo os que trabalham executam atividades que requerem grande gasto de energia e os depoimentos associaram tanto o trabalho fora de casa como o do próprio lar como estafantes. Já o estresse gerado por ambientes familiares desestruturados ou conflitantes se sobrepõe ao contexto do estresse gerado pela sobrecarga de atividades, uma vez que a maioria das entrevistadas é feminina (doze), e, por causa dessa condição, traz consigo a responsabilidade dos afazeres domésticos, a criação dos filhos e netos e a mediação dos conflitos familiares.

“A gente vive sempre com problema de filho, netos, sempre na cabeça, sabe como é família! Ai já viu, às vezes eu passo mal. Sinto muita dor de cabeça, dor na nuca.” (Paciente 12)

“Em casa meu serviço é tudo de casa: lavar, varrer, espanar, passar pano, tudo isso eu faço, graças a Deus. Subo, porque nossa casa tem em cima, subo e limpo lá em cima, arrasto o guarda-roupa, aí lá embaixo eu tenho a mesa, mas ela é pesada, sabe, ela não era pesada, mas agora tá ficando pesada pra mim! Ai pego ela, ô meu Deus, ninguém pra me ajudar! Só eu! Ai eu peço pra Deus me ajudar! Eu sei que eu arrasto ela e afasto tudinho! Eu varro e passo pano tudinho!” (Paciente 05)

“E lá em casa sou só eu pra fazer tudo... minha filha trabalha, aí eu tenho que cuidar das três meninas, levantar pra ficar chamando pra ir pro colégio, levo pro colégio, vou buscar, aí faço almoço. [...] Ai outro dia eu amanheci ruim, ruim, a minha cabeça ficava assim, rodava a minha cabeça, foi terrível isso! E fui pro Pronto Socorro. Ai tomei remédio pra pressão que estava 20 x 12! (Paciente 04)

“Sou só eu lá em casa, eu e meus filhos e agora chegou mais um lá em casa, que separou-se da mulher e mora lá em casa. Tem uma moça que mora lá também, junto com o meu filho, ela também sai, sempre quando sai eu fico com meu filho e com meu neto lá em casa, e sou eu que faço as coisas pra eles. [...] De manhã cedo os filhos

saem, tem um que trabalha e eu tenho logo que fazer o café dele. Se ficasse outra pessoa em casa, mas eu não tenho, fica essa moça em casa. Mas ela fica dormindo com o meu filho, olha eu saí e ela ficou dormindo, ela diz não me chame cedo, que eu não gosto. Daí eu saí calada e vim pra cá.” (Paciente 01)

As questões emocionais e o estresse tem papel importante no manejo de afecções crônicas como hipertensão e diabetes. No Caderno de Atenção Básica (n. 14) do Ministério da Saúde (Brasil, 2006c) o estresse é descrito como um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Para Ramos e Ferreira (2011), no caso do *Diabetes Mellitus*, a literatura destaca como aspectos relacionados ao próprio paciente os fatores emocionais e a história de vida, pois, em razão da complexidade da doença, esses fatores podem interferir na prevenção das complicações crônicas quando do não engajamento do paciente nas orientações de cuidados com sua saúde. Por isso é necessário considerar a importância dos fatores emocionais em indivíduos que convivem com doenças crônicas, dispensando suporte afetivo e capacitação em estratégias de enfrentamento da doença.

Estudo quantitativo realizado em São Luiz, MA, ao analisar fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares entre 88 mulheres hipertensas cadastradas e acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família de três Unidades Básicas de Saúde, revelou o estresse como fator de risco em 75% das participantes. (NASCIMENTO; GOMES; SARDINHA, 2011).

Outro estudo de caso qualitativo, realizado entre pacientes hipertensos coronariopatas que realizaram a cirurgia de revascularização em instituição hospitalar filantrópica de grande porte de Goiânia, GO, identificou conhecimentos e necessidades de aprendizagem da enfermidade. Os participantes declararam que antes da realização da cirurgia tinham vários comportamentos de risco, entre os quais a falta de controle sobre o estresse. Em geral, e em semelhança com a realidade encontrada no presente estudo, eles relataram que viviam situações estressantes no seu cotidiano e muitos se preocupavam com o trabalho e a provisão financeira da família, em detrimento da preocupação com o cuidado com sua própria saúde (MANSANO; VILA; ROSSI, 2009).

Os achados de estudo realizado com objetivo de compreender o modo de vida de portadores de hipertensão arterial de 11 usuários de uma UBS de Votuporanga – SP, permitiram aos autores várias deduções, destacando-se as alterações na condição emocional, que, de maneira semelhante aos achados do presente estudo, advinham de um contexto propício para isso, em que os usuários revelaram em suas falas as dificuldades relacionadas a

problemas familiares e financeiros, dentre outros. O termo nervosismo foi utilizado pelos entrevistados, e este foi tido como contribuinte para o descontrole da pressão arterial. Além disso, a causa de hipertensão arterial também foi associada a outras situações estressantes, como, por exemplo, a morte de um ente querido e também o esforço relacionado ao trabalho (MACHADO; CAR, 2007).

O presente estudo mostrou que a presença do estresse entre os usuários se deve às condições de vida a que eles estão sujeitos, remetendo, mais uma vez, às determinantes sociais de saúde. O estresse, nesse caso, está diretamente relacionado às más condições econômicas em razão da baixa escolaridade e do tipo de ocupação que exercem, como a de diarista de serviços domésticos e de ambulante, levando-os a trabalhar muito e ganhar pouco. Além disso, pelo fato de a maioria dos entrevistados ser mulher, ainda precisa enfrentar dupla jornada de trabalho, com os afazeres domésticos. Os conflitos familiares também causam estresse e desgaste emocional e geralmente resultam das más condições de moradia e da pobreza já que seus filhos adultos, casados e também com filhos, não encontram condições financeiras para deixar a casa dos pais e o resultado é o número muito grande de pessoas convivendo sob o mesmo teto, propiciando conflitos de geração e conflitos por espaço e pela própria distribuição de renda, com tantas pessoas para manter e alimentar.

Outro padrão de significação emergido na análise das informações quanto ao enfrentamento da condição crônica foi “a medicação como principal componente de controle da doença”. As falas dos usuários demonstraram que a visão deles a respeito daquilo que é fundamental para o controle de suas afecções remonta ao modelo biomédico, e o que mais eles valorizam são as consultas médicas e o uso de fármacos.

É inquestionável o ganho que o modelo tradicional biomédico trouxe para o tratamento de doenças e a importância do tratamento medicamentoso para o controle tanto da hipertensão quanto do diabetes. Convém salientar que os usuários têm direito incontestável às consultas médicas e à obtenção gratuita de medicamentos prescritos, segundo as diretrizes do Programa HIPERDIA. Entretanto, o que chama a atenção é a visão reducionista deles sobre como se cuidar e controlar a sua condição crônica de saúde, uma vez que eles parecem dar importância somente à consulta médica e ao tratamento medicamentoso, como se fossem suficientes para melhorar seu bem-estar, provavelmente em razão do modelo mais tradicional de atendimento em saúde a que estão acostumados.

No que diz respeito ao uso de medicamentos, os entrevistados demonstraram conhecimento sobre a necessidade do uso contínuo e na dosagem e horários prescritos, o que

é extremamente positivo, salvo o fato de ser um comportamento incompleto, já que toda a expectativa de controle da doença pareceu reduzir-se ao uso do remédio.

Além disso, eles parecem valorizar pouco a atuação dos outros profissionais que não são médicos. Por exemplo: durante os momentos em que esta pesquisadora aguardava os usuários para serem entrevistados, na sala de espera da consulta de enfermagem, observou que muitos deles não davam o devido valor ao atendimento da enfermeira, ficavam murmurando reclamações a respeito da demora no atendimento prestado por ela e dizendo que ela perdia muito tempo conversando com cada paciente. Esse comportamento evidenciava que o que eles esperavam daquele atendimento, muitas vezes, era apenas mera aferição da pressão arterial, como se ali fosse uma pré-consulta médica e não uma consulta de enfermagem.

Assim, para ilustrar toda essa visão limitada dos usuários sobre o tratamento, controle e cuidados das patologias de base da(s) qual(is) são portadores, apresentamos as falas a seguir.

“Eu me cuido, pois tomo meus remédios!” (Paciente 10)

“Eu estou melhorando porque estou tomando o remédio certinho! Eu acho que o remédio vai diminuindo o problema da doença.” (Paciente 07)

“Ah, pra me cuidar eu estou tomando o remédio! Porque no começo, a minha pressão tava alta, aí fui tomando o remédio que a doutora me passou e foi baixando.” (Paciente 13)

“Eu acho que essa doença é pra vida toda. O médico me disse que não tem cura. Tenho que tomar o remédio pro resto da vida” (Paciente 11)

“Eu acho que a gente tem que tomar o remédio pra vida toda! Porque eu acho que não tem mais cura.” (Paciente 12)

“Faz um tempão que eu não consulto direito. Vou com a assistente social, vou com a enfermeira, mas ela não resolve como o médico.”

Em contradição com aquilo que eles próprios fizeram questão de enfatizar, num primeiro momento, sobre a importância de tomar a medicação corretamente, como se o

medicamento fosse a grande salvação de sua saúde, também emergiram de suas falas dificuldades que muitas vezes eles encontram na adesão a esse tipo de tratamento. Percebe-se que nem sempre o discurso enfatizado por eles num primeiro momento, na prática, é tão simples de ser executado. E assim, foram obtidas falas relacionadas ao impacto que a dependência dos fármacos traz em suas vidas, gerando angústia e desejo de libertação. Até mesmo um comportamento perigoso foi evidenciado, no que diz respeito à falta de rigor com o tratamento, já que pacientes relataram esquecimento em tomar a medicação e mudanças por conta própria de horário, dosagem e frequência prescritos.

“Eu acho que a doença é uma coisa que complica a vida da gente, pois eu não estava acostumada a tomar medicamentos. Eu acho isso ruim. Porque pra mim, usar pílulas, medicamento, é o mesmo que usar uma droga, que a pessoa tem que estar ali, todo o tempo, tendo que tomar.” (Paciente 10)

“Sempre peço pra Deus me libertar desses remédios que eu tomo. Sim, eu queria que Deus me libertasse desses remédios, pois já é muito tempo tomando. Eu peço sempre pra Deus, ‘me liberte desses remédios’, pois é muito ruim viver controlada.” (Paciente 02)

“O do colesterol eu tomo de manhã e o da pressão eu tomo de tarde. Agora, no dia que eu tomo o do colesterol eu não tomo o da pressão! Eu não tomo os dois no mesmo dia como tá na receita, eu não misturo, sabe? Eu tomo num dia um e no outro dia é que eu tomo o outro! É que eu tenho medo de misturar remédio!” (Paciente 01)

“Hoje eu não tomei meu remédio, porque eu levantei e fui fazer o café pros meninos e esqueci!” (Paciente 04)

“Pra falar a verdade, eu só tomo um dos medicamentos! O outro eu não tomo, não sei, não gostei dele! Porque só com este aí, eu me sinto bem, graças a Deus. Mas não não, eu não contei pra enfermeira que tomo só um!” (Paciente 05)

“Tomo remédio, tudo direitinho. O da pressão e o do diabetes. [...] Agora eu tenho que me cuidar pra não ser uma viciada! (Risos) Porque às vezes, quando a gente

estrapola no açúcar... já aconteceu isso comigo... tomar três ou quatro comprimidos do diabetes num dia só!” (Paciente 08)

A visão dos profissionais a esse respeito mostra que a equipe também percebe que os usuários esperam que seus problemas de saúde sejam resolvidos apenas com consultas médicas e fornecimento de remédios, numa expectativa de atendimento sempre que tiver sintomas, sem considerar outras práticas preventivas não medicamentosas recomendadas pela equipe. Dizem que os usuários faltam muito às consultas com os profissionais que não são médicos e percebem que esses usuários cometem muitos erros no uso da medicação.

“Eles faltam muito, não comparecem à consulta com a enfermeira. Se não está doendo a cabeça, se não estão se sentindo incomodados com alguma coisa, eles não comparecem. Não acham importante a consulta do enfermeiro, dos outros profissionais. É só médico! E tomar remédio![...] Muitas vezes se automedicam, às vezes quando têm dor de cabeça, pra passar mais rápido, eles tomam dois comprimidos (da pressão) por conta própria! Ou em outras vezes, deixam de tomar.” (Enfermeira 02)

“Eu acho que eles ainda centralizam muito no médico. É o medicamento e o médico. [...] Alguns me perguntam se eu não posso passar remédio. Aí eu tenho que explicar qual é a função do psicólogo, que nós não prescrevemos medicação, mas que ele vai ser avaliado comigo e vamos ver como ele vai ficar. Mas aí... depois desse primeiro atendimento, eles não voltam.” (Psicóloga)

“Os pacientes faltam muito. [...] E quando comparecem é só por causa da medicação mesmo! E eles procuram muito a minha sala só pra verificar a pressão, não para consulta.” (Enfermeira 01)

“Eu tento fazer o acompanhamento deles de três em três meses, mas eles faltam muito. Com a enfermeira eles até comparecem, mas é pela medicação.” (Nutricionista)

A percepção dúbia que os usuários aqui apresentaram sobre o tratamento medicamentoso, ora apresentado como algo extremamente positivo, como grande protagonista no controle de suas doenças, ora visto como algo que traz angústia e dependência também foi

encontrada em outros estudos, como, por exemplo, o realizado por Paula *et al.* (2011). Esses autores realizaram estudo qualitativo sobre a medicalização entre usuários do HIPERDIA e descobriram que os usuários por vezes traziam do seu imaginário o medicamento simbolizado como algo positivo, com poder de restabelecer e oferecer saúde. Por outras vezes, em razão do uso regular do medicamento, os mesmos usuários destacaram uma visão do medicamento ligada a obrigação e cansaço; e também houve uma conotação ambígua, de algo que por um lado faz bem, traz saúde, mas por outro faz mal, como algo que é ruim para o organismo.

No que diz respeito à adesão ao tratamento medicamentoso, destacamos uma pesquisa realizada na rede básica de saúde de Terezinha – PI, entre diabéticos e hipertensos, com o objetivo de avaliar a adesão terapêutica com aplicação de dois testes já padronizados, de Batalla e Morinsky-Green, a uma amostra de 400 pessoas cadastradas no Programa HIPERDIA do município e cujos resultados revelaram que a maioria desconhecia a maneira correta de usar os medicamentos. Esse desconhecimento se reflete em problemas no tratamento que vão desde falhas terapêuticas até o abandono do uso dos medicamentos. Quanto ao grau de adesão dos usuários ao tratamento medicamento, mostrou-se inferior ao percentual dito recomendável para ambos os testes e o esquecimento e o atraso no seu uso foram apontados como as principais causas para não adesão.

Outro padrão de significação encontrado na condição crônica foi “o conhecimento superficial acerca das complicações crônicas”. Os dados aqui encontrados demonstram que os usuários entrevistados conhecem a potencialidade para complicações crônicas em razão de suas patologias, mas de forma superficial. E, apesar de os profissionais da equipe abordarem esse assunto com eles, o que mais pareceu marcar é que esse saber vem em decorrência de vivências de casos na própria família, ou de pessoas conhecidas, trazendo o medo de que algo parecido possa acontecer com eles. No que tange à qualidade das informações, esse conhecimento se mostrou limitado, já que as complicações citadas ficaram entre as cardíacas, como o infarto do miocárdio, e as cerebrais, como o acidente vascular cerebral. No caso de diabéticos houve quem citasse a cegueira e a amputação.

“Eu acho que posso infartar, ou posso ter derrame, pois toda vez que eu me aborreço eu sinto que meu coração dispara... Meu pai e minha mãe morreram esse ano. (Silêncio). Minha mãe era hipertensa e diabética... e meu pai era hipertenso. Os dois morreram de infarto. Mas outras complicações? Eu não sei. Acho que pode dar infarto.” (Paciente 11)

“A minha mãe tinha problema de pressão alta. Ela teve problema de AVC, ela morreu aí no Pronto Socorro do Guamá, faz seis meses. Foi por causa da pressão alta {...} Pois é, já aconteceu com minha mãe! Então eu acho que a consequência que pode acontecer é a pessoa morrer de uma hora pra outra. Dá um AVC e pronto, já era! [...] Mas outras consequências, além do AVC, não, nunca ouvi falar. Eles (os profissionais) falam pra mim, que é pra eu me cuidar, direitinho, porque senão eu posso pegar um AVC e posso morrer de uma hora pra outra, eles falam. Mas não falaram mais nada pra mim, que eu me lembre, não! Mas eu acho também que a pressão ataca o coração da gente, quando não morre, pode dar problema no coração, aí é ruim! (Paciente 12)

“Se a gente não se cuidar, pode ter um final muito triste nessa vida. A gente pode perder membros, a gente pode contrair aquelas feridas que não têm mais cura, pode ficar cega, então tudo isso eu observo nas visitas que eu faço (faz visitas voluntárias a doentes com um grupo de oração). Eu conheço uma mulher (diabética), de oitenta anos, ela já perdeu o dedinho dela.” (Paciente 08)

A possibilidade de problemas renais não emergia nas falas, mesmo com certa insistência no questionamento; e quando o assunto foi tocado mais diretamente, a reação dos entrevistados foi de surpresa e espanto. Houve ainda aqueles que demonstraram um conhecimento acerca das complicações crônicas de modo reducionista e até mesmo trágico, dizendo, pura e simplesmente, que a doença pode matar, mas sem saber explicar como e por que isso poderia acontecer. E essa morte, nesses casos, veio relatada como acontecendo de uma hora pra outra, inevitável e implacável, o que denota pouco conhecimento sobre a possibilidade de prevenir os agravos em decorrência do DM e da HA.

“Não! Eu ainda não tinha ouvido falar que a pressão alta pode trazer problema no rim! (olhar de espanto) Nunca falaram isso pra mim!” (Paciente 01)

“Eu ainda não ouvi falar de outras consequências da pressão alta. Só mesmo o que eu ouvi falar é esse negócio do coração que tem que ter muito cuidado pra não dar infarto. [...] Eu não sabia que a pressão pode causar problema no rim! (espanto) Não! Eu nem imaginava! [...] Eles sempre me falam do coração.” (Paciente 02)

“Eu não sei de outros problemas que pode causar. Aqui a enfermeira fala assim, que a gente tem que fazer dieta... pois tem essa veia que entope. [...] Eu até já ouvi falar das pessoas que fazem hemodiálise, é problema no rim, não é? Mas ah, não, eu não sabia que a pressão podia causar isso, dar problema no rim! Mas eu acho que a doença pode até matar a gente de repente.” (Paciente 04)

“Eu acho que a pressão, a longo prazo, pode causar a morte. É! A morte mesmo!” (Paciente 09).

Ao se analisar as falas dos profissionais a esse respeito, os dados demonstraram que, nas consultas, eles costumam abordar com os usuários do Programa HIPERDIA a possibilidade das complicações crônicas, como se observa nas falas a seguir.

“Eu sempre converso com o paciente sobre as complicações de cada patologia. Não tem como não orientar! Principalmente aquele paciente de primeira vez, a gente tem que dar toda a orientação, e precisa tirar as dúvidas, pra esclarecer bem. (Enfermeira 01)

“A gente orienta os pacientes, até porque eu acho a questão da prevenção muito importante, para evitar que futuramente a doença se complique, mas eles não compreendem a importância da prevenção. E assim o hospital fica cheio de pacientes que podiam não estar lá, se a prevenção na atenção básica acontecesse.” (Enfermeira 02)

“Eu digo pra eles: qual o risco da hipertensão? O derrame e o infarto! E sigo orientando, até num palavreado bastante acessível, para que eles entendam a questão da prevenção!” (Médico)

“Eu converso com eles, mas eles não acham que se trata de uma doença que vai trazer sequelas. Eles só começam a ter essa consciência a partir do momento que eles passam a ter essas sequelas. E eu posso dar o exemplo de uma paciente, que fazia acompanhamento comigo, mas não seguia minhas orientações e ficou praticamente cega. E hoje, ela mesmo diz, reconhece, que não me escutava, e agora ela sabe por que eu puxava tanto a orelha dela” (Nutricionista)

Apesar das falas demonstrando que a abordagem sobre complicações crônicas do diabetes e da hipertensão é feita pelos profissionais da equipe, o que também foi relatado pelos usuários, como visto anteriormente, ficou claro que esse tema é abordado, na maioria das vezes, somente por meio de consultas. Não pareceu existir, na atualidade, uma rotina com outras estratégias de educação em saúde, realizadas pela equipe, como ações educativas em grupo de diabéticos e hipertensos, por exemplo. A equipe também não costuma reunir-se para avaliar o andamento do Programa e a evolução dos pacientes. Isso tudo por causa de uma demanda muito grande a ser atendida; por os próprios usuários não reconhecerem a importância dessas ações; da tradição do modelo biomédico influenciando o atendimento oferecido e até mesmo da falta de estrutura do próprio serviço, como se viu no depoimento da Enfermeira 02 sobre a falta de lanche para oferecer aos usuários durante ações de educação em saúde, fala esta já descrita no padrão de significação “precarização do serviço”.

“Uma das dificuldades que a gente tem é a de não conseguir mais fazer grupos só de diabéticos, só de hipertensos. Antigamente a gente fazia. Há muito tempo atrás. Mas hoje está muito sobrecarregado, se eu tirar um tempo pra fazer palestra com o grupo, eu deixo de atender as consultas. E eles não consideram, quando a gente trabalha em grupo, eles não consideram isso um atendimento”. (Nutricionista)

“Quando o pessoal da universidade faz algum tipo de palestra, eu percebo que os pacientes não prestam atenção, ficam aéreos, ninguém liga!” (Enfermeira 01)

“Eu tento fazer uma triagem daquele paciente que está precisando trabalhar para que ele entenda a doença, aí eu demoro mais tempo com ele na consulta, trabalhando num linguajar mais acessível, para que ele entenda. E eu penso que de repente, aquele momento que ele está aguardando, ali, para entrar no consultório, porque aquele momento não pode ser utilizado para uma conversa com o paciente?” (Médico)

“Outro ponto importante: a gente não consegue um horário pra conversar com o grupo multiprofissional, é muito complicado. E a gente não se reúne pra discutir os casos.” (Médico)

Existem artigos cujos resultados se assemelham aos do presente estudo, há pouco conhecimento entre hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre as complicações crônicas,

especialmente quando se refere a comprometimento renal. É o caso de Pace *et al.* (2006), que realizaram uma pesquisa com portadores de diabetes com o objetivo de verificar o conhecimento que esses pacientes têm sobre a doença, causas e complicações advindas do diabetes, destacando sua importância no autocuidado. Participaram 84 portadores de diabetes adultos atendidos no Ambulatório de Endocrinologia e Metabologia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O estudo demonstrou que a maioria dos participantes tinha ciência de que o diabetes não controlado pode ocasionar outros problemas de saúde. Contudo, dentre os apontados o problema renal apareceu com apenas 26% de frequência entre as respostas. Os autores concluíram que os resultados demonstraram fragilidade do conhecimento sobre diabetes, suas causas e complicações.

O segundo estudo encontrado no levantamento, foi realizado com o objetivo de abordar a educação em saúde na visita domiciliar mediante a observação sistemática e a intervenção orientada/participativa. Participaram do estudo 63 pacientes portadores de *Diabetes mellitus* tipo 2 em quatro centros de saúde da cidade de Belo Horizonte, MG. O estudo teve uma fase investigativa, em que se pretendeu avaliar os conhecimentos e habilidades do cliente. Nessa fase o estudo encontrou que em resposta à pergunta específica sobre os problemas decorrentes do diabetes, os entrevistados mencionaram apenas a hiperglicemia e a hipoglicemia, sem citar nenhuma complicação crônica. (TORRES; ROQUE e NUNES, 2011).

O terceiro estudo, realizado por Moraes, *et al.* (2009), teve o objetivo de averiguar a adesão dos diabéticos ao tratamento; identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões crônicas; e verificar o conhecimento desses clientes sobre as complicações crônicas. Participaram do estudo 22 clientes diabéticos cadastrados num Programa de Saúde da Família (PSF) e atendidos no Programa Hiperdia, na cidade de Cabedelo, PB. Os resultados revelaram que, quanto às complicações do diabetes, a maioria (72,7%) dos entrevistados não soube citá-las. Dentre os 6% que citaram alguma complicação, a mais mencionada foi a cegueira (30% das respostas), seguida do acidente vascular cerebral (15% das respostas) e amputação (15% das respostas). Entre os resultados, os autores não encontraram a complicação renal como resposta.

Saraiva *et al.* (2007) realizaram estudo descritivo exploratório com o intuito de analisar o saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento. A pesquisa foi realizada com 400 familiares de hipertensos inscritos na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana, em Fortaleza, CE. Com relação ao conhecimento sobre as

complicações decorrentes da hipertensão, os familiares citaram o Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral. A complicação renal não foi lembrada pelos participantes da pesquisa.

A análise das informações acerca do enfrentamento da condição crônica remonta, mais uma vez, às críticas que devem ser feitas ao modelo de atendimento de portadores em condições crônicas e à complexidade desse tipo de assistência. No que diz respeito ao padrão de significação “cotidiano de vida estressante” ficou claro que os usuários entrevistados vivem situações que os levam a um desgaste emocional muito grande, em decorrência de condições de trabalho estafantes e com baixa renda, dupla jornada de trabalho e conflitos familiares; os resultados mostram uma situação em que os entrevistados parecem não ter escolha para uma vida mais tranquila pela impossibilidade real de mudar seu cotidiano de vida e trabalho.

Por isso, nesse quesito, o enfoque se dá mais uma vez sobre a importância de ações que considerem as determinantes sociais de saúde. Recordando o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) preconizado por Mendes (2012), as intervenções sobre as determinantes sociais em saúde requerem ações intersetoriais que melhorem as condições de vida das populações. Concordamos que tais ações são primordiais e ultrapassam intervenções da equipe de saúde, que, nesse caso, ficariam, de certo modo, limitadas. Falando claramente, é difícil imaginarmos como uma enfermeira da equipe de saúde, ou até mesmo o médico e outros profissionais, possam atuar para atingir mudanças concretas nesse contexto de vida estressante que os usuários demonstraram, de vez que nos parece ser causado, principalmente, pelas más condições de emprego e renda.

Afinal, que tipo de intervenção poderia ser desenvolvida, a não ser a de encaminhar para os programas sociais já existentes que acrescentariam uma renda mínima àquela já auferida pelas famílias em questão, como, por exemplo, cadastro no Programa do governo federal “Bolsa Família”, fornecimento de cesta básica e outras ações do gênero? Isso nos parece paliativo, já que o ideal seria condição digna de emprego e renda para todos, para que famílias se estruturassem melhor, se alimentassem melhor, morar melhor, e, conseqüentemente, se estressasse menos. Para isso, somente ações intersetoriais, com o devido esforço político e investimentos oriundos das esferas governamentais, feitas de maneira integrada e com o objetivo maior de melhorar as condições de vida da população e, conseqüentemente, melhorar suas condições de saúde, alcançariam o impacto necessário para mudanças nesse patamar.

Uma abordagem de condições crônicas na perspectiva da promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas pede uma discussão sobre o princípio da intersetorialidade. A fragmentação das ações de saúde e a falta de uma perspectiva de rede parece apresentar-se como um dos grandes limites de gestão do SUS. As causas e o controle das afecções crônicas são complexas e requerem ações permanentes e múltiplas, que enfoquem além dos indivíduos, suas famílias e toda uma comunidade circundante em empreendimento de cooperação intersetorial (SOUZA, *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a necessidade de ampliação das redes sociais, numa perspectiva de intesetorialidade, inclui a articulação de um conjunto de organizações: governamental e não governamental, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, além de grupos sociais mais próximos, como familiares, amigos e vizinhos, em busca de melhoria das condições de vida e saúde das pessoas. A articulação intersetorial não é fácil e requer que os diferentes setores trabalhem em conjunto na construção de estratégias políticas e planos de ações locais, bem como no estabelecimento de redes de corresponsabilização entre sujeitos na comunidade pela defesa e pela promoção de melhores condições de vida e saúde das populações implicadas (SOUZA, *et al.*, 2014).

Deve ser necessária a construção de padrões que combinem recursos e talentos na produção de tecnologias cuidativo-assistenciais e serviços inovados, utilizando-se estratégias que conciliem a qualidade de cuidado e os recursos disponíveis. Para tanto, deve-se reorganizar os serviços de saúde como Unidades empreendedoras sociais que trabalhem em parcerias, compartilhando recursos de multiuso, de integração de competências dos diversos setores sociais, de modo a aperfeiçoar os esforços no cumprimento de metas e produtos que são de responsabilidade do Estado, mas que requerem a participação e o compromisso dos cidadãos e da comunidade em geral, alcançando, assim, melhor eficiência, eficácia e efetividade no cuidado prestado (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2012).

Outra questão que precisa ser reforçada é a necessidade imperiosa de se repensar os moldes de atendimento prestado aos usuários do Programa HIPERDIA. Os padrões de significação relacionados, por exemplo, à ênfase que usuários dão apenas ao tratamento medicamentoso e consulta médica, valorizando o modelo biomédico tradicional ao qual estão acostumados, demonstrando comportamento ambíguo quanto ao tratamento medicamentoso e ao valor do medicamento em si. Tais comportamentos instigam-nos a reforçar a necessidade de outro tipo de abordagem, de outros tratamentos e cuidados necessários ao controle das doenças, como o monitoramento contínuo dos usuários quanto à adesão aos cuidados necessários, por meio de ações resolutivas de educação em saúde.

Os portadores de afecções crônicas, em face da impossibilidade de cura, tendem a confrontar-se intimamente com uma mistura de sentimentos contraditórios. Inicialmente, a tecnologia da intervenção médica assume um papel importante na gestão dos sintomas, mas ao mesmo tempo passam a ser elementos manifestamente insuficientes para resolver seu problema e para restituir-lhe sua qualidade de vida, claramente afetada com o surgimento da doença. Assim, as taxas de adesão ao tratamento tendem a diminuir com o passar do tempo. Esquecimentos quanto a tomar medicamentos passam a ser constatados especialmente quando se trata de regimes que incluem uma grande quantidade de medicamentos, e também o cumprimento rígido de horários. A explicação para esse tipo de comportamento parece residir no fato de que esse tipo de tratamento faz com que os doentes se lembrem constantemente da doença, o que acaba por perturbar a sua vida no plano pessoal, profissional e social (MANTOVANI e MENDES, 2014).

Por isso, em situação de cronicidade, ações educativas se tornam essenciais na sensibilização dos usuários quanto à necessidade de enfrentamento da condição crônica e da adoção de estilo de vida mais condizentes e saudáveis.

As ações educativas devem receber o impulso do desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais, ou a utilização das já existentes e devidamente comprovadas, com o propósito de sensibilizar o usuário para a sua real condição crônica de saúde, ampliando sua visão para o enfrentamento da cronicidade que suplanta o rigor do tratamento medicamentoso, para uma revisão de hábitos de vida e adoção de estilo de vida mais condizente com a real situação que inclua alimentação saudável, prática de atividades físicas, controle do estresse, controle de fatores de risco de agravamento e prevenção de complicações, entre outros. Imprescindível é a sensibilização para que o protagonismo do cuidado da vida e saúde passe a ser do próprio usuário e sua família, ou seja, a autorresponsabilização de seus cuidados, por meio do autocuidado em família, o que deve merecer o apoio ou suporte formal do serviço de saúde, seja da UBS, ESF ou do HIPERDIA, em conjunto, segundo a conformação dos serviços instalados na área adscrita de residência dos usuários.

Assim, na atenção primária, a prática da enfermagem foca-se nas necessidades específicas, buscando estabelecer vínculos com a família e comunidade em torno de sua residência. Desse modo, são esperadas atitudes interativas, proativas, dialógicas e compartilhadas em busca de recursos e apoios necessários para dissipar problemas e acrescentar melhorias na saúde das pessoas (POLARO, GONÇALVES, ALVAREZ, 2013).

Por fim, concordamos ainda com Mendes (2012), em sua proposta de Modelo de Atenção às Condições Crônicas, quando diz que as equipes multiprofissionais devem ser

reforçadas e que os outros profissionais da equipe, que não médicos, precisam receber apoio suficiente para que possam atuar não de maneira complementar ao médico, mas de maneira autônoma e com papéis muito bem definidos e que vão além de consultas “face-a-face” e de prescrição de ações.

O avanço da cronicidade implica a concentração em perspectiva interdisciplinar; algumas mudanças de paradigmas têm sido vistas com uma travessia crescente desde a multidisciplinaridade e têm ensaiado a interdisciplinaridade com vistas, ainda que teóricas, para a transdisciplinaridade. Entretanto, do ponto de vista da ação interdisciplinar, parte mais complexa é o exercício da interlocução da equipe profissional, com propósitos de construir conhecimentos, habilidades e práticas comuns ao cuidado do usuário, a partir das especificidades de cada disciplina. Isso se configura, ainda, como um grande desafio, e o campo de intercuidado continua sendo competitivo e fragmentado (PAIM, 2014).

Reforçamos ainda a importância do fortalecimento das Redes de Atenção em Saúde (RASs) já enfatizado quando fizemos a reflexão acerca da gestão do Programa e também ao apoio das redes sociais. Somente uma atenção em saúde bem estruturada em suas redes de atenção organizadas pela atenção básica é que darão o suporte necessário para um atendimento de qualidade, proativo e contínuo, como é devido aos usuários portadores de condições crônicas.

4.5. A PRECARIZAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO

A “precarização da gestão do cuidado” foi um padrão de significação emergente em vários momentos da análise dos dados, perpassando por vários outros padrões de significação emergidos do estudo. Por esta razão, foi considerado como um padrão de significação transversal e optou-se por apresentá-lo ao final da discussão.

A gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde é entendida como forma com que o cuidar se revela e se organiza na interação propiciada entre sujeitos, podendo gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades humanas. Tal cuidado assume aspectos para além da produtividade do trabalho em saúde e pode ser vislumbrado como mediação intersubjetiva entre a tutela e a emancipação, onde a desconstrução de assimetrias de poder em favor da liberdade ocorre pelas vias do confronto e superação, em constante vir-a-ser (PIRES e GOTTEMS, 2009).

Assim, é possível reconhecer que a gestão do cuidado caracteriza-se por uma constante interação entre sujeitos, seja entre profissional e usuários, profissional e família ou profissional e comunidade. Desse modo, requer uma postura proativa do profissional, de modo que suas ações ultrapassem a mera produtividade, o fazer alienado sem preocupação com a efetividade do ato em si. A esse respeito, os autores supra citados seguem refletindo acerca de um debate oportuno para que se possa alcançar mudanças necessárias na prática profissional em saúde, referindo-se à necessidade de mudança de postura quanto à excessiva tecnificação que o cuidado sofre no processo de trabalho. Seguem os autores dizendo que isso faz com que o cuidado seja aprisionado pela ultra-especialização que coloca o todo em segundo plano. Somente quando se altera essa lógica mecanicista de produção de serviços e ações em saúde é que torna-se possível galgar práticas mais reconstrutoras de cidadanias.

O presente estudo revelou várias situações em que a gestão do cuidado se mostrou precarizada e caracterizada pela falta de proatividade dos profissionais da equipe frente a demandas do seu cotidiano de trabalho. Sabe-se de todas as dificuldades e limitações pelas quais a equipe passa para executar seu trabalho, muitas das quais foram apresentadas e discutidas no presente trabalho. Por outro lado, também foi possível presenciar situações em que a passividade do profissional diante das dificuldades encontradas pareceu agravar ainda mais a situação. Muitas vezes ficou perceptível que ele atua como mero expectador da situação que por vezes chega a ser dramática, como no caso da falta de medicamentos, insumos e melhores condições de trabalho.

Nesse quesito, em nenhum momento deste estudo foi possível identificar qualquer esboço de reação dos profissionais frente a essa situação, nem sequer a mínima tentativa de conscientização dos usuários quanto a questões de cidadania que imperam num cenário como este. Era de se esperar comentários ou reflexões por parte dos profissionais pelo menos a respeito da atuação dos conselhos de saúde frente a essa situação caótica; ou até mesmo o incentivo do usuário ou esclarecimento do mesmo sobre a possibilidade de sua participação ativa nesses conselhos – direito do cidadão e previsto na estruturação do SUS. No entanto, o que se presenciou entre os profissionais de saúde foi alienação a esse respeito, como se o fato de não ter responsabilidade direta sobre o fato, já que as falas sempre demonstraram como este sendo um problema decorrente de desordens nas estâncias superiores os isentasse de responsabilidades. O conformismo com a situação demonstrou não haver um entendimento de que os princípios do SUS precisam ser defendidos pela equipe como direito dos cidadãos.

Shimith e Lima (2004) realizaram um estudo de caso com uma equipe de profissionais do Programa Saúde da Família num município do Rio Grande do Sul. Na época, os autores encontraram situação aproximada com a que encontramos no presente estudo, quase dez anos depois. A equipe estudada atuava em precárias condições de trabalho, incluindo a falta de disponibilização de medicamentos aos usuários, o que era uma constante naquele cenário. Assim como a falta de medicamentos, os autores se depararam com uma grave situação em que também era corriqueira a dificuldade na realização de exames diagnósticos, sendo que a opção que os usuários tinham era pagar do próprio bolso pelo exame, ou não realizá-lo. Em meio a este contexto os autores identificaram a preocupante opinião de integrantes da equipe que acreditavam que os usuários deveriam mesmo pagar pelo serviço e assumiam posturas condenáveis como a de uma enfermeira que tentava convencer os usuários disso, com o argumento de que o mesmo deveria “colaborar” porque o SUS não cobria os custos. Diante disso os autores foram veementes em afirmar que o verdadeiro papel do trabalhador de saúde nesse sentido seria a construção da cidadania, inclusive estimulando as pessoas a participarem do conselho municipal de saúde e lutar por seus direitos com o acompanhamento da equipe.

O contexto atual vem exigindo dos indivíduos, das organizações e dos estabelecimentos respostas diferenciadas no que diz respeito à efetividade dos serviços prestados. Na área da saúde, especialmente no âmbito da enfermagem, essa efetividade se demonstra estar associada, não só a macro resultados sociais, econômicos e políticos, como também às questões do micro espaço, pertinentes ao cotidiano. Na maioria dos cenários de saúde brasileiros, os enfermeiros fazem a gerência do cuidado. O trabalho em saúde é considerado como sendo da esfera não material, portanto a objetividade e a subjetividade lhe

são inerentes, tendo em vista que o objeto que o constitui são seres humanos e consequentemente as intervenções técnicas serão sempre permeadas por relações interpessoais (ROSSI e LIMA, 2005).

No entanto, seguem os autores, em algumas instâncias, a prática demonstra não haver um total aproveitamento por parte do enfermeiro, das ricas oportunidades de melhorias, resolutividade, crescimento pessoal e profissional existentes nas relações cotidianas, resultantes dos vários encontros feitos com o usuário e equipe. Parece haver uma dificuldade, uma acomodação e certa passividade de alguns profissionais diante da necessidade de reciclar a sua prática, de buscar tecnologias inovadoras e outras formas de fazer e principalmente novas formas de ser no trabalho.

A passividade dos profissionais também se revelou nas suas queixas quanto a não participação dos usuários em atividades de educação em saúde e também com relação à baixa frequência nas consultas com os demais profissionais da equipe que não médicos. Houve a queixa de que os usuários buscam somente o atendimento do médico, pois querem somente medicamentos e parecem ser avessos aos atendimentos da equipe multiprofissional, muitas vezes sem sequer compreender o papel do enfermeiro, da nutricionista ou da psicóloga. A constatação feita pela equipe de que os usuários não costumam valorizar a atuação dos outros profissionais além do médico se mesclou com a constatação de que os usuários não seguem as recomendações por eles prescritas, que envolvem o tratamento não medicamentoso para controle de suas afecções. No entanto, mais uma vez essa constatação se mostrou de certo conformista, pela maneira com que encaram a postura dos usuários que para os profissionais simplesmente são faltosos e enxergam isso como fato consumado.

A gestão do cuidado requer que se repense, reflita as razões que levam o usuário a ter esse comportamento recorrente. Mais que isso, requer todo um engajamento por parte dos profissionais no sentido de reunir esforços para conquistar esse usuário a ponto de que se forme um vínculo capaz de fazer com que ele passe a ter maior confiança na equipe de saúde. Do modo como a situação foi desenhada o que vem acontecendo demonstra mais uma vez a postura dos profissionais como expectadores e não como atores capazes de transformar ou pelo menos tentar transformar a atitude dos usuários. Se o usuário não vem, não comparece, seria o caso, por exemplo, de realizar visita domiciliar e não apenas uma, mas talvez várias vezes. Seria o caso também de se pensar estratégias para envolvê-lo de tal modo que ele passasse a se enxergar como corresponsável pelo controle de sua condição crônica e consequentemente também se tornasse mais participativo nas atividades propostas pela equipe.

No que diz respeito as ações de educação em saúde, por exemplo, torna-se necessário refletir se o real motivo do não comparecimento é a falta do fornecimento do lanche ou merenda, como disse uma das enfermeiras entrevistadas, fala esta já citada anteriormente neste trabalho. Há de se pensar se o que mais além do lanche vem sendo oferecido em tais ações tem sido suficientemente de seu interesse ou até mesmo averiguar se o modo com que elas vêm sendo executadas não tem contribuído para o baixo comparecimento de usuários. A atitude de fazer educação em saúde somente durante as consultas, ou seja, orientações face a face pareceu ser a prática mais executada e há de se questionar se não vem sendo a escolhida por ser a mais fácil para o profissional. Embora todas as orientações tenham seu valor, sem dúvida ao optar-se por esse modo de orientar, corre-se o risco de baixa adesão, já que os cuidados são meramente repassados ou até mesmo aos usuários sem a preocupação da construção de corresponsabilidade entre profissional e usuário pelo plano de ação.

Nesse quesito não parece estar havendo um entendimento dos conceitos de cuidado cultural e autocuidado que têm como premissa a inserção do usuário e até mesmo de sua família na construção do plano de cuidados prolongados, que leve em consideração seu contexto de vida e saúde e personalize as ações a serem seguidas segundo a real necessidade de cada um, ampliando grandemente as chances de adesão. Uma das ferramentas que pode ser utilizada pelo enfermeiro para esse fim são ações de educação em saúde, desde que por meio de tecnologias educativas inovadoras que envolvam o usuário na construção do conhecimento e não simplesmente repassem ou imponham informações que muitas vezes não são sequer compreendidas quanto mais acatadas.

Isso tudo recai mais uma vez na necessidade de se repensar o modelo de atenção que vigora no cenário estudado, em que as ações têm sido feitas de modo reativo, com pouca proatividade e reflexão por parte da equipe e com baixa efetividade entre os usuários portadores de condição crônica. Rossi e Lima (2005) dizem que o posicionamento mais rígido do profissional, por vezes fechado às mudanças necessárias se dá por uma mescla de fatores, incluindo a subjetividade dos profissionais, e no caso da enfermagem, até mesmo os resquícios da historicidade da profissão marcada entre tantas coisas pela subalternidade, e ainda outras que advêm de questões organizacionais e dos modelos assistenciais e administrativos existentes. Entretanto, sabemos que não é tarefa fácil romper com o modelo. Embora o enfermeiro seja um dos profissionais da equipe de saúde que vivencia a construção, seguem os autores, a repercussão e os resultados do trabalho vivo em ato e em razão de sua inserção nos processos de trabalho, do seu potencial polivalente, mediador e articulador, ele nem sempre está apto, tem espaço ou deseja romper com os processos já institucionalizados.

Nesse quesito, há de se pensar inclusive sobre a conjuntura em que o Programa estudado vem sendo executado já que está instalado numa Unidade de Saúde em que a demanda pareceu ser excessiva perante uma equipe alocada em número insuficiente de profissionais que acabam trabalhando de maneira sobrecarregada. Para agravar a situação, há de se considerar que a Unidade em questão tem entre suas atividades a Estratégia de Saúde da Família, o que contribui para a limitação na ação profissional, já que não existe um controle da demanda nem o apoio de agentes comunitários de saúde que poderiam ser extremamente úteis no auxílio para que o enfermeiro pudesse melhor gerenciar o cuidado prestado, incluindo o controle de comparecimento dos usuários, tanto às consultas quanto às demais ações desenvolvidas na Unidade.

Por fim, concordamos com Rossi e Lima (2005) entendendo que o gerenciamento do cuidado requer a transversalidade de determinadas ações dos trabalhadores de saúde, tais como as direcionadas à resolutividade, ao acolhimento, ao vínculo, entre outras, assim como a garantia do encadeamento entre as várias e diferentes relações entre trabalhador/usuário e trabalhador/trabalhador que possam ocorrer no cuidar, que são interdependentes em função de um produto que deveria ser comum a todos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos instigou a trilhar um caminho de exploração e análise das condições crônicas de saúde o que fez perceber que a prevenção de seus agravos e complicações se configura num grande desafio, pois requer mudanças de hábito e estilo de vida, com adoção de cuidados por toda a vida. Documentos e literaturas divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) mostram que não faltam diretrizes para guiar o caminho a ser percorrido no manejo das condições crônicas e que já está bastante claro que se deve incutir na vida dos usuários dos serviços de saúde, as mudanças necessárias. Também estão previstos o papel da equipe de saúde e o reconhecimento dos esforços necessários nas diferentes esferas governamentais, com garantias de assistência integral à saúde das pessoas. O grande desafio que se apresenta é tentar entender e reagir às razões que fazem com que essas diretrizes e metas quase sempre não tenham a efetividade prática esperada. Em sua operacionalização prática, esse estudo de caso sobre o Programa HIPERDIA reuniu informações sobre seu funcionamento em forma de banco de dados da pesquisadora, o qual possibilitou análises e conjecturas. A imersão analítica nas informações do cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) num bairro periférico e pobre da cidade de Belém – PA, em que o HIPERDIA vem sendo executado, revelou um contexto de problemas e limitações que fazem parecer intransponíveis, já que requerem esforços que vão muito além da atuação das equipes de gestão e de saúde local.

Desse modo, sintetizamos aqui, as principais questões emergidas:

- Precarização do serviço, ilustrado por carência de medicamentos, equipamentos e insumos; pela falta de apoio na realização de eventos educativos grupais; pela equipe insuficiente de profissionais e pela deficiência da rede de referência e contra-referência.
- Demanda espontânea em número excessivo de usuários de várias origens e profissionais sobrecarregados em número insuficiente para atendê-la nos prazos estabelecidos pelas diretrizes do Programa.
- Modelo de atendimento reativo e episódico pautado no modelo tradicional limitado basicamente na oferta de consultas médicas, realização de exames e prescrição de medicamentos.
- Condições precárias de vida dos usuários submersos em pobreza, subemprego, conflitos familiares e violência urbana, gerando estresse e dificultando a adesão às práticas de controle da(s) doença(s).

Face tais questões, despontam-se desafios, especialmente no que tange às ações em nível macro que vão além daquelas executáveis em nível local. Primeiramente, a situação de precarização do serviço com demanda excessiva atendida é dramática e acaba por minar os esforços da equipe de saúde na tentativa de oferecer atendimento de qualidade, pois limitam-na a sua ação interdisciplinar e integral. Boas condições de trabalho e oferta adequada de medicamentos, equipamentos e insumos são essenciais e pré-requisitos para assistência de qualidade, sem os quais se torna inviável pensar estratégias mais ousadas para a prevenção possível de doenças e controle das afecções instaladas.

Soluções para essa problemática requerem esforços amplos, além dos já esperados da equipe local, o gerenciamento da demanda com estratégias de territorialização, ampliação das equipes e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), especialmente daquelas que incluem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que por sua vez necessitam estar bem equipadas e estruturadas. Para tanto, concordamos com a ampliação da Atenção Primária de Saúde (APS) e o reconhecimento de sua importância não apenas como porta de entrada do SUS, mas que detenha seu papel, readequado para o de gestora de um Sistema de Redes de Atenção em Saúde (RAS), de forma articulada em todos os níveis de atenção.

Tal esforço se configura num enorme desafio que, diante da realidade política, social e econômica vigente nas regiões do país, soa quase uma utopia. Utopia essa possível de se tornar real, caso exista vontade política e alocação de recursos necessários para colocar em prática aquilo que na verdade já está previsto nas diretrizes do MS. É o caso de ações governamentais que tornem reais as garantias de promoção de cuidado integral de saúde expressas oficialmente no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – 2011/2022 e do próprio Programa HIPERDIA.

As estratégias seguidas de ação profissional com o intuito de incutir hábitos de vida mais saudáveis dos usuários do HIPERDIA e adesão ao regime terapêutico também se configuram num desafio para a mudança do modelo vigente, de consulta de caráter prescritivo, para monitoramento do cuidado integral e contínuo cujo comportamento de saúde seja protagonizado pelo próprio usuário, com apoio do Programa.

Contudo, o contexto de limitações econômicas e sociais de comunidade periférica de grandes cidades, também impõe grandes desafios que mais uma vez incluem ações de nível macrogovernamental. Ações intersetoriais, envolvendo ministérios, secretarias e até mesmo outras organizações não governamentais, com elevado empenho no desenvolvimento de ações integradas e de longo prazo, que poderiam trazer melhorias nas condições de vida da população. Criação de emprego e renda, diminuição da violência e melhoria na infraestrutura

urbana são os caminhos a serem trilhados, demandando, novamente, vontade política e investimento adequado dos recursos necessários.

Quanto às estratégias de atuação profissional no Programa também precisam ser revistas. Além do atendimento realizado na base de oferta de consultas, encontrado na realidade estudada, torna-se necessário ampliar o modo de atuação da equipe, incluindo ações de educação em saúde; corresponsabilização do usuário e seus familiares pelo plano de cuidados continuados, com base em ações de autocuidado em família e apoiadas pelo serviço de saúde; e busca por colaboração da rede de suporte social do usuário e sua família.

Apesar dos desafios de nível macro que se sobressaem neste estudo, a enfermagem pode tecer contribuições significativas ao promover cuidado cultural levando em consideração as especificidades da subcultura dos usuários do Programa HIPERDIA e assim personalizar o plano de cuidados prolongados, obtendo maior chance de adesão por parte do usuário, por compreender melhor seus modos de vida e saúde. A enfermagem também pode desenvolver, executar e aprimorar tecnologias educativas em saúde para grupos de usuários com vistas a compartilhar conhecimentos necessários ao controle de sua condição crônica.

Além do mais, a enfermagem tem história de gerenciamento do autocuidado, sempre junto ao paciente e família na busca por estratégias e ações de cuidado no controle das situações de cronicidade. Com o autocuidado apoiado pela enfermeira e demais membros da equipe, aumentam as chances de adesão às práticas de vida necessárias, uma vez que usuário, família e profissional partilham, em parceria, a responsabilidade pelo sucesso do monitoramento e controle das doenças e usufruto de melhor qualidade de vida.

No quesito de apropriação da rede de suporte social, o enfermeiro tem o perfil apropriado para estimular e trabalhar com a rede, identificando seus componentes, fazendo contatos, descobrindo vocações para cuidado social e orientando-os e encaminhando-os às ajudas comunitárias necessárias.

Assim, a(o) enfermeira(o) pode tornar-se um elo efetivo de integração entre a equipe interdisciplinar do HIPERDIA, ampliando o modo de atuação a nível local, enquanto se aguarda ativamente por resultados de conquistas políticas efetivas a favor de serviços públicos de saúde condignos a todo cidadão brasileiro segundo cada necessidade específica.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J.P. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** 95(1 supl.1):1-51, 2010.
- BAUMAN, A. *et al.* The international prevalence study on physical activity: results from 20 countries. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, 6(1):21, 2009.
- BELÉM. Secretaria Municipal de Coordenação Geral do Planejamento e Gestão. **Anuário Estatístico do Município de Belém**. V.17, 2012.
- BERARDINELLI, L.M.M. *et al.* Cronicidade e vulnerabilidade em saúde de grupos populacionais: implicações para o cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):553-8.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial**; Brasília: Ministério da Saúde, p.13-79, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; Cadernos de Atenção Básica n.15**; Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; Cadernos de Atenção Básica n.16**; Brasília: Ministério da Saúde, p.09-49, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Versão Preliminar**. Brasília, 2011a.
- 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**. Brasília, Ministério da Saúde, p.16-17, 2011b.
- CARVALHO, A.L.M.; *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no programa HIPERDIA no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1885-1892, 2012.
- CONSENTINO, S.F. *et al.* O grupo de educação em saúde como estratégia para a melhoria de qualidade de vida de diabéticos. **Rev. Enferm. UFPE online**. 4(3):1426-1431, jul/set 2010.
- COTTA, R.M.M. *et al.* Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Rev. Nutri**. vol.22. n.6; Campinas; Nov/Dec, 2009.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?hiperdia/cnv/hd>. Data do acesso: 13/05/2014.

FARIA, A.P.S. **A experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com *Diabetes mellitus***. Cuiabá, 2007. 224f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2007.

FUNK, S.G. *et al.* Caring for the Chronically Ill: from research to practice. **In:** FUNK, S.G. *et al.* Key aspects of caring for the chronically ill: hospital and home. New York: Springer Publishing Company, 03-07, p.1993.

GEORGE, J.B. *et al.* **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SANTOS, S.M.A. A enfermagem gerontogeriatrica e sua especificidade. **In:** GONÇALVES, L.H.T.; TOURINHO, F.S.V. Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado. Barueri, SP: Manole, p.03-25, 2012.

GONÇALVES, L.H.T.; *et al.* Tecnologias de/em Enfermagem no cuidado da vida e saúde do cliente/usuário/paciente idoso. **In:** NITSHCE, E.A.; *et al.* (Org.) Tencologiascuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do enfermeiro? Porto Alegre: Moriá, v. 01, 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população Brasil eira**. Estudos e Pesquisas: informações demográficas e socioeconômicas número 27. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Diretoria de Pesquisas, 2010.

JARDIM, A.D.I.; LEAL, A.M.O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos – SP, 2002 – 2005. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 (2): 405-417, 2009.

LENARDT, M.H.; *et al.* O cuidado gerontológico de enfermagem ao idoso renal crônico em tratamento hemodialítico: perspectiva cultural e sustentável. **In:** TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde. São Paulo: Atheneu, p.145-56, 2014.

LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B.; MACHADO, A.L.G. A mulher e o cotidiano alimentar na família: significados e crenças. **Rev. RENE. Fortaleza**, v. 8, n. 1, p. 9-17, jan./abr., 2007

MACHADO, L.R.C.; CAR, M.R. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. **Rev. Esc. Enferm. USP** v.41 n.4 São Paulo dez., p.573-80, 2007.

MANSANO, N.G.; VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], 11(2):349-59, 2009.

MANTOVANI, M.F.; MENDES, F.R.P. A condição crônica de saúde: do diagnóstico à gestão cotidiana da situação. **In:** TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde. São Paulo: Atheneu, p. 11-26, 2014.

MARCON, S.S. *et al.* Implementação e avaliação de uma proposta de cuidado às famílias de portadores de doença crônica. **In:** TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde. São Paulo: Atheneu, p. 49-64, 2014.

McBRIDE, A.B. Managing Chronicity: the heart of nursing care. **In:** FUNK, S.G. *et al.* Key aspects of caring for the chronically ill: hospital and home. New York: Springer, p. 08-20, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde – Representação Brasil, 2012.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MORAIS, G.F.C. *et al.* O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Rev. de Enferm. UERJ.** 17(2):240-245, abr-jun, 2009.

NASCIMENTO, J.S.; GOMES, B.; SARDINHA, A.H.L. Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. **Rev Rene, Fortaleza,** out/dez; 12(4):709-15, 2011.

NÓBREGA, E.S.L.; MEDEIROS, A.L.F.; LEITE, M.C.A. Atuação do enfermeiro no controle da pressão arterial em unidades de saúde da família. **RevEnfermUFPE online.** jan./mar.;4(1):50-60, 2010.

OLIVEIRA, F.C.; CAMPOS, A.C.S.; ALVES, M.D.S. Autocuidado do nefropata diabético. **Rev. Bras. Enferm. Brasília** v.63 n.6 nov/dez., 2010.

OLIVEIRA, J.E.P.; VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014 / Sociedade Brasileira de Diabetes.** São Paulo: AC Farmacêutica, p.01, 2014.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília, 2003.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital.,** 2005.

PACE, A.E. *et al.* Knowledge on diabetes mellitus in the self care process. **Rev. Latino-Am. Enferm.** 14(5):728-734, set-out, 2006.

PAIM, L. Mudanças no cenário de cuidado em cronicidade na saúde humana. **In:** TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde. São Paulo: Atheneu, p.01-09, 2014.

PAN, S.Y. *et al.* Individual, social, environmental and physical environmental correlates with physical activity among Canadians. **BMC Public Health**, p.09-21, 2009.

PAULA, A.B.; *et al.* O uso do medicamento na percepção do usuário do HIPERDIA. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(5):2623-33, 2011.

PIRES, M.R.G.M.; GOTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev.Bras.Enferm. Brasília**, mar-abr; 62(2): 294-9, 2009.

POLARO, S.H.I.; GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia de Saúde da Família. **RevEscEnferm USP**, 47(1):160-7, 2013.

POLARO, S.H.I.; GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez; 22(4): 935-42, 2013.

PONTES, A.P.M. *et al.* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc Anna Nery RevEnferm** jul-set; 13 (3):500-07, 2009.

RAMOS, L.; FERREIRA, E.A.P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 21(3): 867-877, 2011.

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP** 2005; 39(4):460-8.

SARAIVA, K.R.O, *et al.* Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto & Contexto Enferm**.16 (2):263-270, abri 1-maio, 2007.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

SILVA, M.P.; SANTANA, L.L.S.; SILVA, J.M.O. Análise socioespacial da violência no bairro do Guamá: o uso do território, dinâmica populacional e influência da violência urbana em Belém-PA. **XIII. SIMPURB.UERJ.Rio de Janeiro**.18 a 22 de novembro de 2013. Disponível em: http://www.simpurb2013.com.br/wp-content/uploads/2013/11/GT14_marcelle.pdf. Data do acesso: 04 de agosto de 2014.

SHWARTZ, T.D.; *et al.* Estratégia de Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória – ES. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(4):2145-2154, 2010.

SOUZA, M.L.P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup1:S91-S99, p.92-95, 2008.

SOUZA, S.S. *et al.* Redes sociais e condição crônica de saúde: o desafio do cuidado integral. **In:** TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde. São Paulo: Atheneu, p.91-108, 2014.

TORRES, H.C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**. 19(1):89-93, jan-mar, 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2014.

WELCH, A.Z. Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. **In:** TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. Teóricas de enfermagem e a sua obra – Modelos e Teorias de enfermagem. 5ª ed. Lourdes, PT: Lusociência, p.563-584, 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4.ed.; Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZILLMER, J.C.V. *et al.* Avaliação da completude das informações do HIPERDIA em uma Unidade Básica do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) jun;31(2):240-6, 2010.

ANEXO A

PROTOCOLO GERAL SOBRE HIPERDIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO A SAÚDE – NUPS
REFERÊNCIA TÉCNICA EM SAÚDE DO IDOSO/HIPERDIA

Protocolo Geral sobre Hiperdia

1. O usuário após o 1º atendimento no arquivo, deverá ser recebido pelo técnico de enfermagem no acolhimento onde serão aferidas todas as mensurações inerentes ao Programa Hiperdia, tais como: Peso, Estatura, PA e Circunferência Abdominal;
2. Verificar a pressão arterial de todos os clientes maiores de 20 anos, encaminhados para atendimento da Unidade e que compareçam por qualquer motivo;
3. Todo usuário sintomático de Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus, deverá ser monitorado e após confirmação cadastrado pelo médico ou enfermeiro (a), que deverá encaminhar a 1ª via, ao setor de informática;
4. Instituir o livro de controle para o Programa Hiperdia, previamente traçado de acordo com normas pré-estabelecidas;
5. Todos os usuários cadastrados no Programa Hiperdia deverão ser inscritos e acompanhados no **livro de controle e ficha de acompanhamento próprio**;
6. Apraziar todos os portadores de HÁ e/ou DM, devidamente conscientizados e controlados com **04 (quatro) consultas por ano** para os profissionais: **Médico e Enfermeiro (a)** respectivamente, **02 (duas) consultas por ano** para **Nutricionista** e **01(uma) consulta por ano** para **Serviço Social**;
 - ❖ O usuário, mesmo que não tenha consulta agendada deverá comparecer a Unidade de Saúde para aferição de P.A. e/ou Glicemia.
7. Todos os portadores de HÁ e /ou DM de difícil controle ou que apresente complicações, deverão retornar **mensalmente** à Unidade, onde receberão alternadamente **06 (seis) consultas por ano** com médico e enfermeiro (a); **04 (quatro) consultas por ano** para a nutricionista e assistente social; e **02 (duas) consultas por ano** para psicólogo;
8. O retorno dos usuários deverá ser anotado no prontuário e cartão de aprazamento do cliente e controlado na agenda de consultas de enfermagem;
9. Cada grupo de 15 (quinze) usuários, deverá receber 04 (quatro) atividades educativas / ano;

SESMA

Rodovia Arthur Bernardes s/n, km-14, Galpão 04
Bairro do Tapanã - CEP: 66825-000 - Belém – Pará
Tel/fax: 31846146



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO A SAÚDE – NUPS
REFERÊNCIA TÉCNICA EM SAÚDE DO IDOSO/HIPERTENSÃO

10. Os usuários de difícil controle ou portadores de complicações em Hipertensão, além das atividades em grupo, deverão receber 01 (uma) atividade educativa de assistência especializada Por ano;
11. Ao final de cada trimestre, a equipe de saúde da Unidade deverá se reunir para avaliar o desempenho do Programa e promover melhorias;
12. Fazer levantamento de faltosos e encaminhar aos ACS para visita domiciliar;
13. O responsável pela farmácia, deverá informar com antecedência à Gerência, sobre o estoque da medicação do Programa, quando este em “alerta” para evitar a falta da mesma;
14. Os medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde deverão ser fornecidos aos usuários, **mediante prescrição médica** ou de **enfermagem**;
15. A receita deverá ser conferida pelo responsável da farmácia, que deverá conter a assinatura da enfermeira quando se tratar de retorno sem consulta médica, mediante apresentação da receita médica anterior, para controle do setor;
16. A receita liberada pelo médico deverá ser para 30 (trinta) dias, porém **válida por 03 (três) meses**, segundo normas pré-estabelecidas;
17. As consultas agendadas deverão ser entregues de véspera ao arquivo central da Unidade e entregues à enfermeira;
18. A ficha de acompanhamento do Programa de usuários cadastrados no Programa deverá ser preenchida, diariamente pela enfermeira e encaminhada ao setor de informática;
19. Os exames laboratoriais de rotina do programa deverão ser solicitados, sempre que necessários pelo médico ou enfermeiro (a);
20. Os encaminhamentos para consultas especializadas (fora da Unidade), deverão ser feitos mediante ficha de Referência – Contra referência e assinados pelo médico ou enfermeira (na ausência do 1º) e registrado no prontuário do usuário;
21. Registrar no prontuário, o **não comparecimento** do usuário à consulta a que foi destinado;

SESMA

Rodovia Arthur Bernardes s/n, km-14, Galpão 04
Bairro do Tapanã - CEP: 66825-000 - Belém – Pará
Tel/fax: 31846146



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO A SAÚDE – NUPS
REFERÊNCIA TÉCNICA EM SAÚDE DO IDOSO/HIPERDIA

22. Encaminhar ao Serviço Social da Unidade, todo usuário iniciante no Programa ou que apresente problemas sociais que possam interferir no tratamento do mesmo;
23. Informar mensalmente à Referência Técnica Saúde do Idoso, no Boletim de informação de HÁ e DM, todos os casos descobertos e em controle do Programa Hiperdia;
24. Informar mensalmente à Referência Técnica Saúde do Idoso, o disquete contendo as informações sobre cadastro e acompanhamento de usuário do Programa, realizadas no mês;
25. Avaliar trimestral, semestral e anualmente, se as “metas” pré-estabelecidas para o Programa Hiperdia, foram alcançadas.

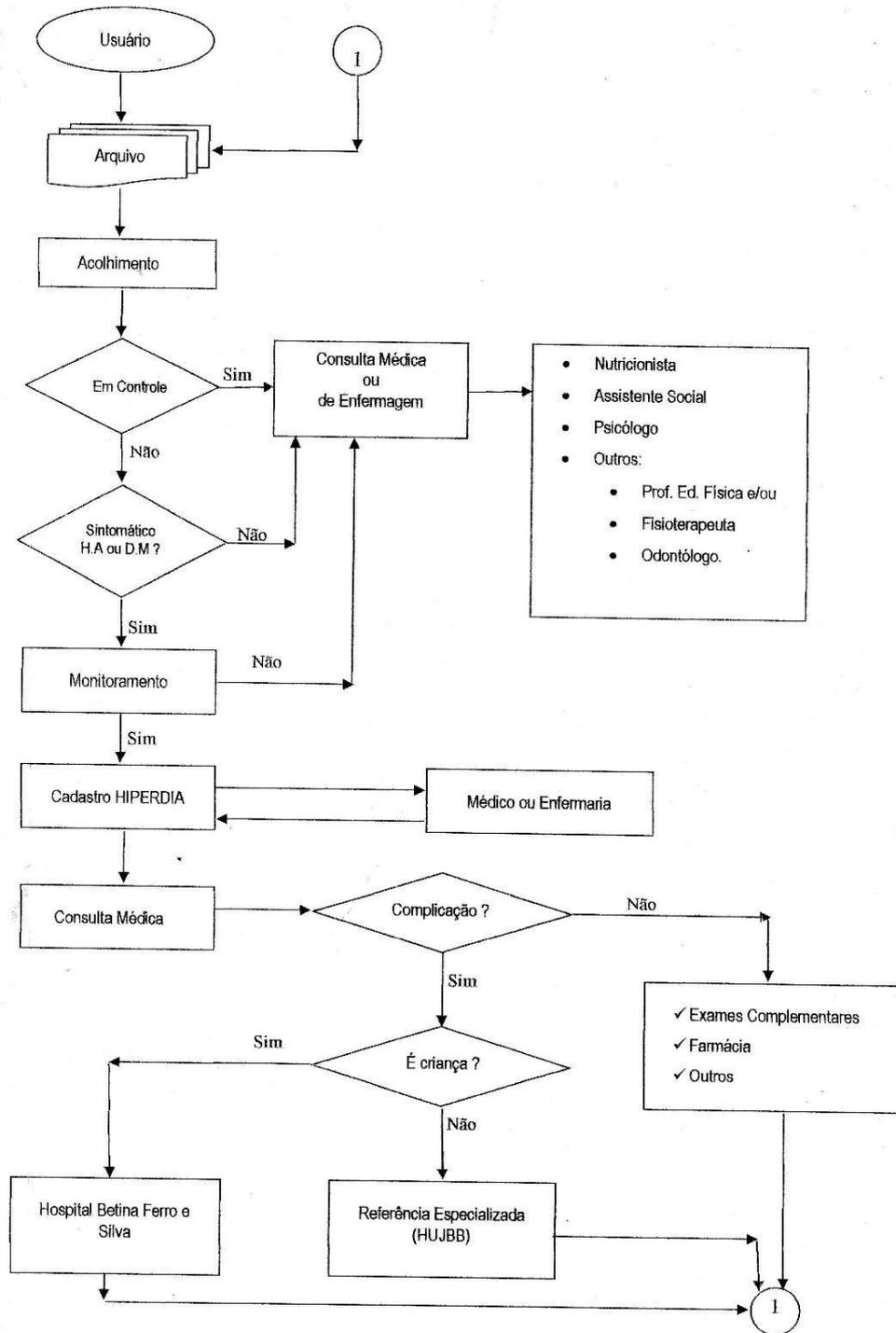
SESMA

Rodovia Arthur Bernardes s/n, km-14, Galpão 04
Bairro do Tapanã - CEP: 66825-000 - Belém – Pará
Tel/fax: 31846146

ANEXO B

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO HIPERDIA

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO - HIPERDIA



ANEXO C

AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Federal do Pará

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 021/12 CEP-ICS/UFPA

Belém, 17 de abril de 2012.

Prof^a. Dr^a. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa "IDOSOS DE COMUNIDADES PERIFÉRICAS DA REGIÃO AMAZÔNICA: CUIDADOS DE VIDA E SAÚDE, CIDADANIA E INCLUSÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO." de parecer n^o027/12 CEP-ICS/UFPA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, na reunião do dia 11 de abril de 2012.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar a este CEP, no dia 30 de março de 2014, um relatório indicando qualquer alteração que possa ocorrer após a aprovação do protocolo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Wallace Raimundo Araújo dos Santos.
Coordenador do CEP-ICS/UFPA

DAAE = 01030712.1.0000.0018

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ CCS - Sala 13 - Cidade Universitária
Professor José da Silveira Netto, n^o 01, Guamá - CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel.: 3201-7735
e-mail: cepccs@ufpa.br/ Site: www.ufpa.br/ics

ANEXO D

AUTORIZAÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO A SAÚDE – NUPS

COMISSÃO PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA - CAPP

Autorização

Em atenção ao ofício nº 115/2011 – Coordenação de Enfermagem/ UFPA, solicitando autorização para a realização do Projeto de Pesquisa intitulado “**IDOSOS DE COMUNIDADES PERIFÉRICAS DA REGIÃO AMAZÔNICA: CUIDADOS DA VIDA E SAÚDE, CIDADANIA E INCLUSÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**”. É Projeto de Pesquisa da Profa. Dra. Lucía Hisako Takase Gonçalves, tendo como colaboradoras da Pesquisa as professoras do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará Dra. Sandra Helena Ise Polaro, Dra. Márcia Maria Bragança Lopes e Dra. Marília de Fátima Vieira de

Esta Comissão autoriza a realização da pesquisa, nas Unidades de Saúde da Família do Distrito DAGUA.

O pesquisador fica ciente, conforme o termo de compromisso assinado, de encaminhar a este CAPP/ SESMA o relatório final da pesquisa realizada.

Belém, 01 de Dezembro de 2011.

Atenciosamente,


Thais de Pinho Medeiros
Comissão para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPP

Dra. Thais de P. Medeiros
Educação Permanente/CAPP
NUPS/SESMA



Rodovia Arthur Bernardes s/n, km-14, Galpão 04
Bairro do Tapanã - CEP. 66825-000 - Belém – Pará
Tel/fax: 3184-6146
E-mail: cappaesma@gmail.com



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “**Desafios do Programa HIPERDIA e implicações para a enfermagem**”. Essa pesquisa está sendo realizada pela enfermeira e mestranda Darla Lusía Ropelato Fernandez com o intuito de elaborar sua Dissertação do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Professora Doutora Lúcia Hisako Takase Gonçalves e Coorientação da Professora Doutora Sandra Helena Isse Polaro e tem como OBJETIVOS: Elucidar os princípios, a filosofia e a política norteadora do Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde. Descrever como funciona o atendimento do usuário pela equipe de saúde de um Programa HIPERDIA. Explorar os comportamentos de vida e saúde demonstrados pelos usuários do HIPERDIA após sua inserção no Programa.

Com esse estudo pretende-se colaborar para estratégias de educação futuras que permitam que usuários do HIPERDIA e seus familiares melhorem sua condição de saúde.

Sua participação consistirá em responder as perguntas por meio de uma entrevista e suas respostas serão gravadas. Seu nome não será divulgado em nenhuma hipótese. Todos os dados coletados serão analisados e divulgados de modo a não revelar sua identidade em nenhum momento, preservando assim o anonimato de todas as informações. Queremos também deixar claro que sua participação nesta pesquisa é de livre e espontânea vontade, podendo o(a) senhor(a) recusar-se a participar dela, como também desistir de participar mesmo que já tenha iniciado e ainda recusar-se a responder parte dos questionamentos se assim o desejar. Isso não lhe trará nenhum prejuízo nem problemas no seu atendimento no programa HIPERDIA ou em qualquer outro programa de saúde.

Caso persista alguma dúvida, estamos à disposição para esclarecê-la:

Mestranda e Pesquisadora Principal: Darla Lusía Ropelato Fernandez

Contato: (91) 9142-7558 – email: darlaropelato@gmail.com

Professora Orientadora e Pesquisadora Responsável: Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves

Contato: (91) 3201-8577 - (48) 9991-5193.

Professora Coorientadora: Dra. Sandra Helena Isse Polaro

Contato: (91) 81449941

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre seu conteúdo, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa, autorizo a gravação da entrevista e aceito cooperar na coleta de dados.

Belém, ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) participante: _____

Nota: o presente Termo será assinado em duas vias: uma ficará com a pesquisadora e a outra com o participante da pesquisa.