

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA – SAÚDE COLETIVA**

FRANCIANI RODRIGUES

**O FUNCIONAMENTO E A ADESÃO NOS GRUPOS DE HIPERTENSÃO NO MUNICÍPIO
DE CRICIÚMA: UMA VISÃO DOS COORDENADORES**

CRICIÚMA

2012

FRANCIANI RODRIGUES

**O FUNCIONAMENTO E A ADESÃO NOS GRUPOS DE HIPERDIA NO MUNICÍPIO
DE CRICIÚMA: UMA VISÃO DOS COORDENADORES**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lisiane Tuon

Colaboradora: Prof.^a Dra. Janine Moreira

CRICIÚMA

2012

FRANCIANI RODRIGUES

**O FUNCIONAMENTO E A ADESÃO NOS GRUPOS DE HIPERTENSÃO NO
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA: UMA VISÃO DOS COORDENADORES**

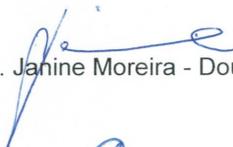
Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense, para a obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, com Linha de Pesquisa em Saúde Coletiva.

Criciúma, 29 de Agosto de 2012.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Elaine Meller Mangilli – Pós-Graduada - (UNESC) – Orientador



Prof^a. Janine Moreira - Doutora - (UNESC)



Francielle Lazzarin de Freitas Gava - Pós-Graduada - (PMC - SMS)



Prof^a. Luciane Bisognin Ceretta – Doutora - (UNESC)

Dedico este trabalho ao meu esposo Luís Alexandre que mais uma vez esteve ao meu lado em outra importante conquista da minha vida profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a quem eu recorri nos momentos mais difíceis no qual me fez ter coragem para seguir em frente e não desistir do que sempre sonhei.

Aos meus pais, a base da minha vida que mesmo de longe sempre estiveram comigo, torcendo e vibrando por todas as conquistas.

Ao meu irmão Mauro Eduardo pela nossa forte ligação mesmo de longe.

Ao meu amor Luís Alexandre, que ao meu lado sempre me incentivou para não desistir de nada no qual estivesse com vontade de projetar e que mais uma vez compreendeu os meus momentos de ausência.

A minha tutora professora Dra Lisiane Tuon que mais uma vez me incentivou a busca pelo conhecimento científico. A tutora Elaine Meller que mesmo chegando ao final da minha residência contribuiu nas ações que desenvolvemos.

A professora Dra Janine Moreira que não mediu esforços para que este trabalho fosse concluído.

A coordenação do programa em especial a Professora Luciane Ceretta, Josete Mason e Ioná Vieira pelo empenho na elaboração e execução das propostas da residência.

Aos meus colegas do Programa de Residência Multiprofissional por esses 2 anos de convivência e de inúmeras experiências. Em especial, a minha amiga fisioterapeuta companheira de muitas ações Priscila Soares de Souza.

As acadêmicas do curso de fisioterapia que auxiliaram nas transcrições das entrevistas e em algumas ações desenvolvidas durante o programa: Bruna Magnus Spíndola, Débora Debiasi, Juliét Hanus e Gisseli Serafim.

A SMS que disponibilizou o campo de prática profissional.

Aos pacientes, familiares e usuários do sistema que foram sujeitos ativos no campo de práticas e no processo do conhecimento científico.

Aos colegas profissionais de saúde que modificaram o cenário das práticas em especial a fisioterapeuta Dra. Francielle Silvano Cardoso e o neuropediatra Dr. Eraldo Belarmino Junior.

Por fim, a todos que de alguma maneira direta ou indireta contribuíram para mais esta conquista.

Muito Obrigada!

“Todos nós achamos que seremos grandes, e nos sentimos um pouco roubados quando nossas expectativas não são alcançadas. Mas, às vezes, as nossas expectativas nos mostram que nos subestimamos. Às vezes, o esperado simplesmente perde importância comparado ao inesperado. Você passa a se perguntar porque se apegou a suas expectativas. Porque o esperado é o que nos mantém estáveis; Equilibrados; Tranquilos. O esperado é somente o começo, o inesperado é o que muda nossas vidas”.

Autor Desconhecido

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e são responsáveis pelas maiores taxas de morbidade e mortalidade no país. Em 2001, o Ministério da Saúde instituiu o Plano de Reorganização da Atenção ao Hipertenso e Diabético tendo como proposta principal o tratamento e o acompanhamento dos usuários atendidos na rede ambulatorial. Além do cadastramento, o plano sugere a realização de grupos, como uma alternativa para facilitar a adesão ao tratamento proposto. Esta pesquisa possui como objetivo averiguar, a partir da visão dos coordenadores dos grupos de Hiperdia, o funcionamento e a “adesão” dos usuários ao programa no município de Criciúma/SC. Foi realizada uma pesquisa de campo, qualitativa e quantitativa, a partir da utilização de uma entrevista semi-estruturada, com 28 coordenadores dos grupos. A análise se deu a partir de categorias. Utilizou-se 3 categorias para análise dos grupos em funcionamento: funcionamento dos grupos, adesão aos grupos e sugestões para a melhoria no funcionamento dos grupos; e 4 categorias para analisar as situações de não mais realização dos grupos: como funcionavam os grupos anteriormente, o que é realizado atualmente aos hipertensos e diabéticos, se existe a necessidade da implementação novamente dos grupos e as sugestões para a melhoria no funcionamento dos grupos. Foi possível observar que os profissionais consideram essencial que os usuários se conscientizem da importância da sua participação em atividades educativas.

Palavras-Chave: Hipertensão, Diabetes, Adesão, grupos, Hiperdia.

ABSTRACT

Hypertension (HBP) and Diabetes Mellitus (DM) are part of a class of chronic not transmissible diseases (NCDs) and are responsible for higher rates of morbidity and mortality in the country. In 2001, the Ministry of Health established the Plan of Reorganization of Care for Diabetic and Hypertensive having as main purpose the treatment and monitoring of users treated in outpatient facilities. In addition to the registration, the plan suggests the realization of groups, as an alternative to facilitate the treatment compliance. This research has aimed to ascertain, from the perspective of the coordinators of the groups Hiperdia, operation and "adherence" of the program users in the town of Criciúma/SC. We conducted a field research, qualitative and quantitative, from the use of a semi-structured interview with 28 coordinators of the groups. The analysis was based on the categories. We used three categories for analysis of groups at work: functioning groups, adherence groups and suggestions for improving the group functioning, and four categories to analyze the situations of no more realization of groups: the groups as they did previously, which is currently done for hypertensive and diabetic patients, if there is a need to implement the groups again and suggestions for improving the functioning of groups. It was observed that professionals consider essential that users are aware of the importance of their participation in educational activities.

Keywords: Hypertension, Diabetes, adherence, groups, Hiperdia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<u>Figura 1 – Número de Habitantes por Regional de Saúde.....</u>	<u>27</u>
<u>Figura 2 – Porcentagem dos Hipertensos e Diabéticos com Relação ao número de Habitantes por Regional.....</u>	<u>28</u>

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CNS	Cartão Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	14
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
4 METODOLOGIA.....	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
6 CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXOS.....	56
APÊNDICES.....	63

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são responsáveis pelas maiores taxas de morbidade e mortalidade no país, ocasionando expressivas taxas de internação e custos elevados devido às intercorrências associada à doença. Reconhecidas pelo Ministério da Saúde (MS) como importante problema de saúde pública, este estabeleceu diretrizes para o acompanhamento e tratamento destes indivíduos (SILVA et al., 2006; AIRES e MARCHIORATO, 2010; DALLACOSTA et al., 2010; MALFATTI E ASSUNÇÃO, 2011).

No Brasil, a proporção de indivíduos diagnosticados com hipertensão arterial cresceu de 21,5%, em 2006, para 24,4%, em 2009 (CAVAGIONI e PIERIN, 2011). Conforme os indicadores do SIM/IBGE - maio 2012, no Brasil entre 2001 e 2010 a maior causa do número de óbitos por doenças do aparelho circulatório foi o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) seguido do Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Em Santa Catarina as principais causas de óbito foram as mesmas que no Brasil, apresentando basicamente a mesma constância linear. Na cidade de Criciúma a principal causa dos óbitos foi o Infarto Agudo do Miocárdio e o AVE teve um decréscimo em 2005, aumento em 2006 e uma diminuição constante a partir deste ano (SIM/IBGE, 2012). A HAS é responsável por 40% das mortes por AVE e 25% por doença arterial coronariana, além de contribuir com 40% para a aposentadoria precoce (BARBOSA et al., 2009).

Devido ao crescimento e o envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência da obesidade e sedentarismo há um aumento da prevalência de DM. Estima-se que, em 1995, a DM atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará 5,4%. Nos países em desenvolvimento será observado em todas as faixas etárias, com predominância para grupos etários mais jovens. A estimativa do número de indivíduos diabéticos é de aproximadamente 366 milhões para o ano de 2030, dos quais 90% apresentarão diabetes tipo 2 (DM2) (WILD et al., 2004; FERREIRA e FERREIRA, 2009).

Diante do exposto, tanto a HAS como a DM foram doenças motivadoras para que o Ministério da Saúde instituisse o Plano de Reorganização da Atenção ao Hipertenso e Diabético em 2001 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006), tendo como

proposta principal o tratamento e o acompanhamento dos usuários atendidos na rede ambulatorial do SUS. Os usuários são cadastrados no sistema informatizado disponibilizado pelo DATASUS, denominado: Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos (HIPERDIA), tendo garantia de uma única identificação do indivíduo através da utilização do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Uma vez o usuário cadastrado, através do sistema é possível gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática. Além do cadastramento, o plano da reorganização sugere a realização de grupos, como uma alternativa para facilitar a adesão ao tratamento proposto.

Neste estudo utilizou-se o conceito de “adesão”, no sentido de participação, sendo este também um termo muito utilizado pelos profissionais da saúde. Embora se deva considerar o portador de HAS e DM como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas de todo o conjunto de elementos constituintes do processo. A adesão a regimes terapêuticos tem sido definida como uma extensão na qual o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações do médico e da equipe de saúde. Relaciona-se com a concordância ao tratamento e a conduta do paciente, assim existe uma reciprocidade entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a aceitação do paciente ao tratamento proposto (ALMEIDA, 2007; GUSMÃO et al., 2009; DOSSE et.al, 2009).

No entanto, é necessário se ter claro que esta “adesão” implica em uma prática educativa em saúde baseada em uma concepção verticalizada, em que o profissional da saúde determina o que é necessário fazer no tratamento do paciente, e este deve “aderir”. Mas, inversamente, se pode pensar em uma prática educativa em saúde em um sentido libertador, segundo o educador Paulo Freire (1999) – autor que tem inspirado ações educativas em vários âmbitos, inclusive na saúde. Para uma educação libertadora em saúde – na qual o paciente se liberta da condição passiva e se vê enquanto sujeito de seu processo saúde-doença – se faz importante conceber a saúde não somente pelo viés biológico, mas enquanto um processo bio-psíquico-social-cultural, no qual o sujeito também tem algo a dizer sobre sua condição de saúde, dizer este, muitas vezes desconhecido pelo profissional da saúde. Destes “dizeres” diferentes sobre um mesmo processo é que se compreende a relação horizontal estabelecida entre profissional da saúde e paciente, uma vez

que ambos têm algo a dizer sobre o fenômeno, “dizeres diferentes”, mas ambos constitutivos do fenômeno da saúde ou da doença em questão. Esta horizontalidade não retira as diferenças entre profissional e paciente, ambos têm suas especificidades, apenas se entende que a forma como o paciente compreende sua situação também é importante para se compreender sua “adesão” ao tratamento, que, então, não pode ser entendida como uma obrigação.

Neste sentido, Valla (1999) aponta a necessidade de que as ações em educação para a saúde levem em conta o sentido da vida, o controle sobre a vida por parte das pessoas, a solidariedade comunitária. Isto significa se levar em conta o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções apontam, contemplando suas histórias de vida.

Meyer et al. (2006, p.1341) propõem uma educação em saúde não como “estratégia de aliciamento”, mas como “eixo orientador de escolhas político-pedagógicas significativas para um dado grupo e contexto”. Este eixo, necessariamente, envolve “a comunicação entre diferentes, que não objetiva a homogeneização de forma de pensar e levar a vida, mas a construção e o fortalecimento de cumplicidades na busca de proteção”.

Estudo de revisão bibliográfica sobre adesão/não-adesão ao tratamento de doenças crônicas evidencia que existe uma concepção reduzida do papel do paciente no seu processo de aderir ao tratamento, pois se o considera submisso ao profissional e ao serviço de saúde, não considerando-o como um sujeito ativo no seu processo de viver e conviver com a doença e o tratamento (REINERS, et al, 2008).

Assim, o **problema desta pesquisa é**: “Qual a visão dos coordenadores dos grupos de Hipertensão sobre o funcionamento e a “adesão” dos usuários ao programa no município de Criciúma/SC?”. Por ser um termo disseminado pelos profissionais de saúde, iremos manter aqui o termo “adesão”, no entanto, esclarecemos que partimos do entendimento de que é um termo que reduz o paciente à condição passiva em seu tratamento, o contrário do que uma educação em saúde libertadora pretende.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Esta pesquisa possui como objetivo averiguar, a partir da visão dos coordenadores dos grupos de Hipertensão, o funcionamento e a “adesão” dos usuários ao programa no município de Criciúma/SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o número de habitantes, Hipertensos e Diabéticos pertencentes às cinco Regionais de saúde do município de Criciúma: Centro, Próspera, Santa Luzia, Rio Maina e Boa Vista;
- Conhecer os motivos alegados pelos responsáveis das Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família da adesão ou não dos usuários ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos oferecidos;
- Compreender as dificuldades encontradas para a realização dos grupos pelos responsáveis das Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família;

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabete Mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos no Brasil, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional (MALFATTI e ASSUNÇÃO, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Atualmente no mundo, a HAS é um dos fatores de risco mais importantes de morbidade e mortalidade (PIERIN, 2004; TOSCANO, 2004; SANTOS et al., 2010), sendo um importante problema de saúde pública, estimando-se em cerca de 30 milhões o número de brasileiros que são definidos como hipertensos (MICHIELIN, 2003).

No Brasil, a HAS vem decaindo como causa básica de mortalidade, sendo substituída por eventos cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral) que são algumas conseqüências da hipertensão (PIERIN, 2004). Na HAS o estilo de vida tem papel fundamental na gênese e na manutenção da hipertensão (BOGLIOLO e FILHO, 2000). E, o estresse participa na fisiopatologia da hipertensão (PUGLIESE et al., 2007; MALAGRIS et al., 2009). Estudos mostram que vários fatores estão interligados com a HAS, entre eles a qualidade de vida, sono, estresse e dificuldade na adesão ao tratamento. Além disso, estes fatores estão interligados, já que o déficit de um deles pode piorar a qualidade de outro, como a má qualidade do sono que pode causar estresse e, conseqüentemente, diminuição na qualidade de vida do indivíduo. E quando o paciente não realiza o tratamento adequado, também poderá estar prejudicando todos os outros fatores. Assim, observamos a importância de conhecer integralmente esses pacientes para poder intervir da forma mais efetiva possível.

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu como propósito a implementação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, tendo como objetivo estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS). Além de investir na atualização

dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores (SPP, 2001).

A hipertensão é um problema de saúde pública que traz preocupação para pacientes e trabalhadores de saúde, já que, atualmente é considerada uma epidemia, pela gravidade do acometimento, pelo impacto social e psicológico e pelo número crescente de pacientes diagnosticados.

A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto agudo do Miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. (BRASIL, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), a HAS é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). E, associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Atualmente no mundo, a HAS é um dos fatores de risco mais importantes de morbidade e mortalidade (PIERIN, 2004). Além de ser uma doença multifatorial, apresentando relação com fatores genéticos e ambientais, porém a fisiopatologia não está totalmente elucidada (CAVALLARI et al., 2002).

A prevalência da HAS aumenta com a idade, e é predominante em pessoas da raça negra, indivíduos com menor grau de instrução e menor poder sócio-econômico (MICHIELIN, 2003; TRAD et al., 2010). Além de ser mais freqüente em homens do que em mulheres, porém, em idosos a prevalência maior é em mulher (MICHIELIN, 2003; JULIAN e COWAN, 2000).

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual, sendo estabelecida pelo encontro de níveis tensionais acima dos limites da normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriadas (MICHIELIN, 2003; PIERIN, 2004). A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação. Os limites da PA, considerados normais, são arbitrários (MICHIELIN, 2003).

A evolução clínica da HAS é lenta, sendo considerada uma doença assintomática (TRAD et al., 2010). Quando diagnosticada, deve ser controlada, sendo assim, os indivíduos devem adotar um estilo de vida saudável, eliminando hábitos que constituam fatores de risco para a doença (BRITO et al., 2008).

O tratamento da HAS deve ser seguido corretamente, sendo que, o tratamento inadequado pode ter conseqüências graves, comprometendo a qualidade de vida do portador (TRAD et al., 2010). O maior desafio da HAS é a adesão dos pacientes ao seu tratamento (DOSSE et al., 2009).

Existem evidências científicas que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. E, muitos componentes da vida social contribuem para uma boa qualidade de vida que são fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde (BUSS, 2000). Assim, a qualidade de vida passou a ser um indicador da eficácia e do impacto de determinados tratamentos (PIMENTA et al., 2008).

3.2 DIABETES MELLITUS

O Diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. É uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos lipídeos e proteínas (BRASIL, 2001;BRASIL, 2006).

Os principais sintomas do diabético são: muita sede (polidipsia), excesso de urina (poliúria), muita fome (polifagia), e emagrecimento. Outros sintomas são: sonolência, dores generalizadas, formigamentos e dormências, cansaço doloroso nas pernas, câimbras, nervosismo, indisposição para o trabalho, desânimo, turvação da visão, cansaço físico e mental (MARCELINO e CARVALHO, 2005).

Conforme a classificação etiológica, há duas formas atuais para classificar o diabetes: Diabetes Tipo 1 e Diabetes Tipo 2 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Além de suas diferenças na sintomatologia e tratamento, elas se diferenciam na população que atingem (MARCELINO e CARVALHO, 2005).

Diabetes Tipo 1: É o tipo mais agressivo, causa emagrecimento rápido.

Ocorre na infância e adolescência. O indivíduo não tem produção de insulina, a glicose não entra nas células e o nível de glicose no sangue fica aumentado. O diabetes tipo 1 surge em geral até os 30 anos, atingindo preferencialmente crianças e adolescentes, podendo, entretanto afetar pessoas de qualquer idade (LUCENA, 2007).

Diabetes Tipo 2: É causado pela resistência à insulina e obesidade. Ocorre em pessoas com mais de 40 anos. O pâncreas secreta insulina normalmente, mas sobram insulina e glicose no sangue e células com pouca glicose (LUCENA, 2007).

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL VOLTADAS ÀS DCNT

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda, e estão rapidamente se tornando prioridade em saúde pública no Brasil; assim, políticas para sua prevenção e controle têm sido implementadas. Nas últimas décadas, as DCNT passaram a determinar a maioria das causas de óbito, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. Em relação às DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes mellitus, as quais formam um conjunto de morbidades geralmente associadas entre si. Essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes (SILVA et al., 2006; BRASIL, 2008; SCHMIDT e tal., 2011; Malfatti e Assunção, 2011).

Em 2001, o MS estabeleceu como propósito a implementação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, tendo como objetivo estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS). Além de investir na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico, proporciona a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores (SPP, 2001).

Além de organizarem a prestação de serviços, os sistemas de saúde modernos são estruturas complexas que também organizam a utilização de milhares

de produtos, processos, procedimentos, normas técnicas, visando promover, manter ou recuperar a saúde de populações humanas (CONASS, 2007).

Segundo a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (2005), o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Desde sua instituição, vem passando por importantes mudanças, com destaque para a ampliação da universalização do atendimento, decorrente principalmente do processo de descentralização de responsabilidades e de recursos para estados e municípios.

As políticas públicas, através da utilização de protocolos, sistematizam tecnologias disponíveis, conhecimentos e processos operacionais para orientar o cuidado com qualidade. São considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. A necessidade de construção e utilização de protocolos emerge da complexidade da organização do processo de trabalho em saúde (SILVA, 2005; WERNECK et al., 2009).

O Caderno de Atenção Básica (2006), nº 15, dedicado à Hipertensão Arterial Sistêmica, atualiza conhecimentos e estratégias e visa melhorar a capacidade da atenção básica para a abordagem integral desse agravo. Tem como grande desafio reduzir a carga dessa doença e reduzir o impacto social e econômico decorrentes do seu contínuo crescimento. Assim, baseia-se em evidências científicas atuais, abordando assuntos como: medida da pressão arterial, critério de diagnóstico, classificação da hipertensão arterial, avaliação clínica, tratamento farmacológico e não farmacológico entre outras considerações.

O Caderno de Atenção Básica (2006), nº 16, traz o protocolo atualizado baseado em evidências científicas mundiais, dirigido aos profissionais de saúde da Atenção Básica com ações comunitárias e individuais. Este menciona sobre a prevenção da doença, identificação dos grupos de risco para a realização do diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica, inclusive a medicamentosa; a importância de manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no auto-cuidado, monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população.

Por seguirem as diretrizes do SUS, os protocolos não são neutros e exercem marcada influência na construção do modelo de atenção. A sua utilização é uma estratégia fundamental, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho, podendo ser considerado como uma alternativa para a obtenção de qualidade dos serviços (WERNECK et al., 2009).

Após o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus em 2001 e os Cadernos de Atenção Básica nº 15 e nº 16 em 2006, no ano de 2008 foi lançado o documento Diretrizes para a Vigilância de DCNT, Promoção, Prevenção e Cuidado, que integrou diretrizes de trabalho entre as diversas áreas do MS (BRASIL, 2008). Diante desse processo de implantações de políticas públicas voltadas às DCNT o MS elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil com metas, objetivos e estratégias de ação entre 2011-2022 (BRASIL, 2011).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. Possui como eixos estratégicos: I – Vigilância, Informação, Avaliação e monitoramento, I – Vigilância, Informação, Avaliação e monitoramento., III – Cuidado Integral de DCNT (BRASIL, 2011).

3.4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, advindo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991 e disseminado no país a partir da segunda metade da década de 1990. Foi concebido com uma estratégia do MS para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária em torno da assistência básica e de aproximação com a comunidade. O programa consta com uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, a partir de 2000, o dentista (GOMES et al, 2009, BESEN et al., 2007; MOREIRA et al, 2009; RABETTI e FREITAS, 2011).

Percebendo a expansão do PSF e a sua consolidação prioritária para a Atenção Básica, a Portaria do Ministério da Saúde GM Nº 648, de 28 de março de 2006, substitui o PSF pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2011, esta portaria foi revogada pela Portaria GM nº 2.488/2011 de 21 de Outubro de 2011, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a PACS.

A Portaria nº 2488/2011, define:

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa a reorganização da atenção básica do país, de acordo com as diretrizes do SUS. Possui como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica.

Segundo a Portaria nº 2488/2011, define a Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes de saúde das coletividades.

A ESF é considerada prioritária para transformação do modelo de atenção, na qual é uma nova proposta de cuidado à saúde, socialmente sensível, com ênfase na família, no trabalho em equipe multiprofissional, nas ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação. Compreende as condições mais favoráveis de acesso que a abordagem das DCNT exige, de modo a proporcionar melhorias na qualidade de vida da população (FERNANDES et al., 2001; CORREA, 2010; CRUZ et al., 2010; HELENA et al., 2010). NA ESF, o cuidado em saúde deve ser participativo e humanizado, uma vez que é imprescindível integrar o saber técnico ao saber popular, caracterizando uma troca de saberes, para melhor direcionar as ações de saúde (COTTA et al, 2008).

3.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A prática da educação em saúde não deve e não pode ser entendida como ação vertical e unidirecional, do profissional que sabe para a população que

não sabe (JÚNIOR, 2010). O SUS fundamenta-se no princípio da integralidade, da atenção e da participação popular. Com isto, deu-se início ao discurso que a educação em saúde seria voltada para a participação comunitária, sendo uma prática social, baseada na troca de saberes, sendo o intercâmbio entre o saber científico e popular (AUGUSTO et al., 2011).

O projeto educativo de Paulo Freire (1999) é um projeto libertador, o qual enfatiza que educador e educando são os dois seres criadores que libertam-se mutuamente para chegarem a ser, ambos, criadores de novas realidades. Assim, propõe a necessidade de superarmos o tipo de educação em que o sujeito não é visto como capaz e ativo no processo, por uma relação dialógica, de troca de saberes entre educador e educando, na qual o saber é compartilhado e oportuniza a conscientização e a libertação dos sujeitos.

Freire (1999) relata sobre a educação libertadora:

A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo “encha” de conteúdos; não pode basear-se numa consciência espacializada, mecanisticamente compartimentada, mas nos homens como “corpos conscientes” e na consciência como consciência intencionada ao mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo (FREIRE, 1999, p. 38).

É de responsabilidade dos profissionais da saúde atentar e praticar a educação em saúde como processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, visando à apropriação sobre o tema pela população. Esses profissionais devem possuir habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde, além de incentivar o empoderamento que supõe o engajamento da população no entendimento da problemática de sua saúde e das condições de vida, na discussão de soluções alternativas e definição de prioridades, e na eleição de estratégias de implementação de programas, acompanhamento e avaliação. Essa prática educativa contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. Assim, as práticas de saúde devem ser reorientadas de modo que haja a participação popular (COTTA, 2008; CECCIM e FERLA, 2009; FERNANDES e BAKES, 2010; GOMES e MEHRY, 2011).

A introdução da Educação Permanente em Saúde seria uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde (CECCIM, 2005). Após inúmeras discussões e reflexões referente à construção de inovações para uma política nacional de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde com caráter de educação permanente, surge o conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde, que reúne: ensino, gestão, atenção e controle social. A proposta do quadrilátero seria colocar em evidência agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; CECCIM e FERLA, 2009).

Diante da observação de grupos de indivíduos com DCNT, consegue-se identificar alguns fatores que influenciam a adesão destes aos grupos de educação em saúde: características biossociais, como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais. Diante da diversidade das equipes multiprofissionais, em conformidade com o princípio da integralidade, com seus diferentes enfoques, pode-se esclarecer neste espaço de educação em saúde não apenas sobre a doença, mas o empoderamento do paciente no seu tratamento e na melhoria da qualidade de vida. Assim, os profissionais não estariam restringindo a sua abordagem apenas no curativismo, mas na execução de ações preventivas, como no caso a educação para a saúde (ALVES et al., 2005; GUSMÃO et al., 2009; JESUS, 2008).

A educação em saúde como fim, não como meio, o que importa é o processo de empoderamento dos usuários e da comunidade, para que então, eles próprios, sujeitos de suas vidas, possam, em conjunto, decidir sobre suas necessidades e não serem instruídos para seguirem o que outros já decidiram por eles (SMEKE E OLIVEIRA, 2001 apud MOREIRA, 2010).

4 METODOLOGIA

Este estudo baseia-se em uma pesquisa de campo qualitativa e quantitativa, do tipo exploratório descritiva.

Os dados foram coletados entre os meses de março e abril de 2012, a partir de entrevistas semi-estruturadas e diário de campo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Criciúma (APÊNDICE C e D). As entrevistas foram agendadas por telefone, com dias e horários marcados. Foram entrevistados 28 profissionais coordenadores dos grupos (enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas) inseridos nas equipes de ESF e nas UBS. Destes, 21 profissionais realizam os grupos nas suas unidades, sendo 17 atuantes nas ESF e 4 nas UBS do município de Criciúma. Dos 7 restantes, são os que não realizam os grupos no momento, mas que já tiveram a experiência; destes, 6 atuam nas ESF e 1 em UBS. Para definir o número de entrevistados, utilizou-se o recurso de esgotamento de dados. Em Criciúma existem 46 unidades de saúde, destas 34 são ESF.

Para a verificação do número de habitantes, Hipertensos e Diabéticos pertencentes às 5 Regionais de saúde do município de Criciúma: Centro, Próspera, Santa Luzia, Rio Maina e Boa Vista, foi acessado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) na Vigilância Epidemiológica de Criciúma para a possibilidade de encontrar os dados por regional, tendo como referência o ano de 2011.

Como se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, o projeto desta foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, e aprovado sob o nº 51.715 (ANEXO B). Cada entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determina a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 196/96, declarando a livre participação na pesquisa, após os devidos esclarecimentos quanto aos seus objetivos. Ao término das transcrições das entrevistas, as mesmas foram entregues aos participantes da pesquisa para a sua devida aprovação e assinatura em todas as páginas. Para a preservação da sua identidade, utilizou-se siglas (E1, E2, ..., E10, ..., E20, E21....E27,E28).

Inspirada em Minayo (2008), a análise das entrevistas foi realizada

conforme processos de ordenação dos dados, de categorização inicial, de reordenação dos dados empíricos e de análise final. Para os dados quantitativos, utilizou-se do programa de estatística SPSS 17.0 for Windows.

Para Gomes (2003, p.70):

As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. [...]. Já as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas.

Segundo o autor, as categorias gerais são estabelecidas antes da empiria e as categorias específicas emergem da análise dos dados empíricos. No início do processo de construção do projeto de pesquisa, a proposta seria verificar a utilização de protocolos instituídos pelo MS para o cadastramento e o acompanhamento dos indivíduos Hipertensos e Diabéticos e averiguar a utilização de algum tipo de normatização para a realização dos grupos. Assim, a proposta seria a elaboração de protocolos para acompanhamento destes indivíduos e a realização de uma normatização municipal para a execução dos grupos de educação em saúde. Logo no início da pesquisa de campo, no entanto, foi percebido que as unidades de saúde do município utilizam o cadastramento dos Hipertensos e Diabéticos através da utilização do cadastro do HIPERDIA e o acompanhamento mensal através da entrega dos medicamentos. Além disto, a Secretaria Municipal de Saúde do município instituiu uma normatização municipal para as ESF no mês de março de 2012, onde consta as propostas com inúmeras sugestões para a realização dos grupos. Diante do exposto, a proposta do projeto tomou outro rumo, tendo em vista o funcionamento e a adesão aos grupos voltados aos Hipertensos e Diabéticos, sendo estes itens já inclusos no instrumento de pesquisa. Sendo assim, neste trabalho serão analisadas apenas algumas das categorias que emergiram na pesquisa conforme as unidades de saúde onde os coordenadores realizam ou não os grupos.

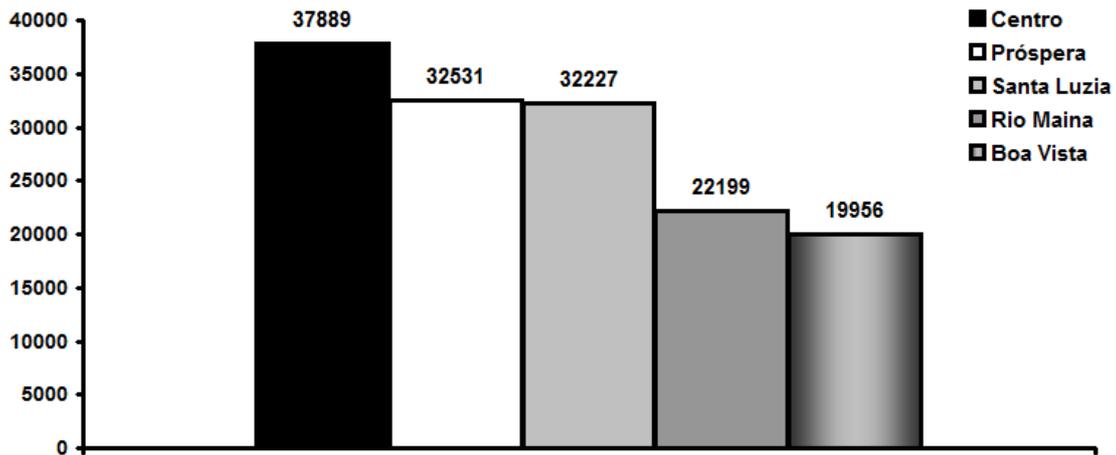
Na análise qualitativa, após a aprovação das transcrições pelos sujeitos, iniciou-se a pré-análise das entrevistas, que constituiu na leitura exaustiva das mesmas com a finalidade de determinar as palavras-chaves ou frases para recorte e análise. Originalmente, emergiram 10 categorias das entrevistas cujas unidades de saúde fazem os grupos: funcionamento dos grupos, adesão ao grupo, dificuldades

para a adesão, uso correto da medicação, orientações para a utilização dos medicamentos aos pacientes que não sabem ler, participação das ACS, sugestões para a melhoria do funcionamento dos grupos, Manuseio do formulário do hiperdia, acolhimento dos pacientes novos e normatização municipal. Porém, para a temática do funcionamento e adesão aos grupos de Hiperdia destacaram-se 3 destas categorias: funcionamento dos grupos, adesão aos grupos e sugestões para a melhoria no funcionamento. Das entrevistas das unidades que não realizam os grupos originalmente emergiram 10 categorias: uso correto da medicação, orientações para a utilização dos medicamentos aos pacientes que não sabem ler, participação das ACS, sugestões para a melhoria do funcionamento dos grupos, como funcionavam os grupos anteriormente, Manuseio do formulário do hiperdia, o que é realizado atualmente aos hipertensos e diabéticos, se existe a necessidade da implementação novamente dos grupos, acolhimento dos pacientes novos e normatização municipal. Porém, para a temática dos que não realizam os grupos, das categorias supracitadas serão utilizadas 04 que seriam: como funcionavam os grupos anteriormente, o que é realizado atualmente aos hipertensos e diabéticos, se existe a necessidade da implementação novamente dos grupos e as sugestões para a melhoria no funcionamento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

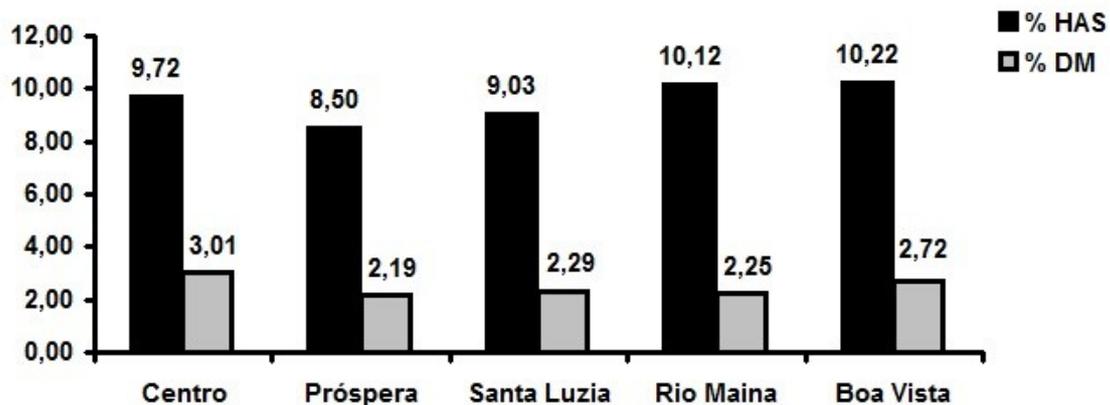
Com relação ao número de hipertensos e diabéticos pertencentes às regionais de saúde no município de Criciúma, a regional Boa Vista, mesmo sendo a que possui o menor número de habitantes, apresentou a maior porcentagem de hipertensos e diabéticos, correspondendo a 12,94%, tendo também o maior número de hipertensos, 10,22%, comparado com as outras regionais. Quanto ao número de diabéticos, a Regional Centro apresentou o maior número, tendo 3,01% da população. A Regional Próspera apresentou o menor número de hipertensos e diabéticos (10,69%), assumindo o 2º maior número populacional (Figura 1 e 2).

Figura 1 – Número de Habitantes por Regional de Saúde



Fonte: SIAB, 2011

Figura 2 – Porcentagem dos Hipertensos e Diabéticos com Relação ao número de Habitantes por Regional



Fonte: SIAB, 2011

Conforme o censo do IBGE, no ano de 2010, a população do município de Criciúma era de 192.308 e a estimativa para o ano de 2011 seria de 193.989. Verifica-se que o somatório do número de habitantes cadastrados nas 5 Regionais das UBS e ESF no município de Criciúma corresponde a 144.802, o que equivale a 76,64% de habitantes cadastrados no SIAB.

O cadastramento dos habitantes pertencentes às unidade de saúde pode ser utilizado como um indicador de situação de vida da comunidade. Com a coleta de dados pessoais e familiares o cadastro torna-se capaz de identificar subáreas de população expostas a piores condições de vida. Permite, desse modo, um planejamento de ações em saúde, seja na unidade de saúde ou na comunidade (SALA et al., 2004).

Estudo realizado em UBS na cidade de Criciúma demonstrou que a HAS é a patologia mais constatada nos bairros e também o principal problema da população na cidade de Criciúma (CRUZ et.al., 2010).

Conforme o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – SC disponível on line (DATASUS, 2012), o último período atualizado, na finalização desta pesquisa, referente ao cadastramento dos Hipertensos por município foi o mês de abril de 2012. Em Santa Catarina, existiam 432.633 hipertensos cadastrados e em Criciúma 10.498. Comparando os dados do SIAB coletados na Vigilância Epidemiológica de Criciúma no cadastro de 2011 existiam 13.644 cadastros. Se observarmos os mesmos dados no SIAB on line, no

mês de Janeiro de 2012 existiam 7.927; fevereiro de 2012 existiam 9.640 e março existiam 9.946. Nota-se, que entre estes 2 sistemas (Sistema da Informação da Atenção Básica e Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – SC), existem diferenças entre estes dados.

Passamos agora à análise da parte qualitativa da pesquisa. A partir das 21 entrevistas referente às UBS e ESF que realizam os grupos para os hipertensos e diabéticos serão discutidas 3 categorias: funcionamento dos grupos, adesão aos grupos e sugestões para a melhoria no funcionamento.

I. Funcionamento dos Grupos

Esta categoria reúne elementos sobre o funcionamento dos grupos de hipertensão e as ações realizadas pelos organizadores. Quanto ao cronograma para a realização dos grupos, cada unidade possui a sua agenda, realizando encontros semanais, quinzenais ou mensais. Na sua maioria, utilizam-se dos encontros mensais para que o usuário possa participar do grupo e buscar a sua medicação.

Os coordenadores, em sua maioria, mencionam a abordagem de diferentes temas de educação em saúde para serem discutidos nos grupos, como por exemplo: discussão sobre a hipertensão e diabetes, alimentação saudável, importância da realização da atividade física, medicina alternativa, orientações posturais para a realização das atividades do dia a dia, entre outros. A visão dos entrevistados nesta pesquisa aponta o envolvimento do usuário na seleção dos temas, ressaltando-se a importância da participação ativa deles, pois neste momento têm a oportunidade de discutir o que realmente estão interessados.

As propostas sobre os temas escolhidos pelos participantes nem sempre são diretamente relacionadas com a Hipertensão ou o Diabetes. O grupo tem interesse em assuntos distintos, que são relacionados à saúde, e cada escolha é importante, pois eles acabam participando e se envolvendo mais. Assim, os profissionais também trabalham em prol da saúde e não mais com enfoque apenas na doença. Percebe-se que a fala dos entrevistados está voltada para a participação dos usuários na elaboração da proposta do grupo:

“Funciona assim,[...] a gente combina os temas com os

próprios integrantes. O primeiro grupo a gente já faz com os temas escolhidos, porém conversamos com o grupo para ver se eles têm interesse em estar discutindo [...]” (E1).

“A gente pergunta qual a sugestão dos pacientes para o próximo grupo. Eles falam e é montado em cima do que eles querem, os temas são diversos: desde uma vacina contra o tétano até bicho de pé [...] é um grupo que quer melhorar de vida, mas que não fala só de diabetes e hipertensão (E5)”.

“É, sempre no começo do ano, passava uma caixinha, ou pedia para quem quisesse falar mesmo, sobre o que eles gostariam de saber, então, no decorrer do ano, a gente [...]eu ia preparando, uma coisa não muito demorada, que eles não gostam, mas coisa assim, que fosse tipo uma conversa, e não uma palestra, e como a gente não tem muito recurso audiovisual, tinha que ser falado mesmo, né (E9)”.

Seria conveniente que o usuário assumisse a sua autonomia de decisão e a capacidade sobre o controle da sua saúde e condições de vida. Neste sentido, ele deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica (TOLEDO et al., 2007; BESEN et al., 2007).

Alguns coordenadores utilizam das rodas de conversas e atividades dinâmicas para atrair a participação dos usuários ao grupo.

“Até no nosso primeiro encontro a gente fez uma roda, para eles mesmos sugerirem o que eles gostariam de estar sendo apresentado para eles [...] então, nesse primeiro encontro que a gente teve com o grupo no ano passado, foi onde eles sugeriram o que eles gostariam que a gente apresentasse para eles [...]” (E8).

“Então, a gente trabalha sempre com dinâmicas. Dinâmicas de grupo e depois a explanação do assunto, mas a gente sempre opta pela roda, assim, de discussão, pra trazê-los, pra compartilhar os conhecimentos deles também, não só simplesmente ouvir a palestra (E12)”.

As atividades educativas, além de repassar normas e orientações de higiene e “boas condutas”, também representam oportunidades de diálogo entre trabalhadores e usuários, em que os aspectos coletivos podem ser enfatizados. As ações coletivas possibilitam a discussão, tanto sobre problemas que afetam a

comunidade, como também possibilitam a construção coletiva de estratégias de intervenção (MELO et al., 2009; GOMES e MEHRY, 2011). A atitude de se abrir a discussão em roda pode oportunizar esse diálogo.

Raupp et al (2001), ao constatarem que muitas vezes os problemas elencados como prioritários pelos profissionais da saúde não são os mesmos elencados pela comunidade, se perguntam como conciliar as necessidades observadas pelos profissionais com as necessidades sentidas pela população nas ações em saúde. A opção, em sua experiência, foi a de iniciar trabalhando as necessidades da população:

A opção foi difícil, já que significa modificar um modelo de atenção cristalizado pela formação do profissional de saúde, pela qual só este vê e conhece os problemas da população e releva as necessidades sentidas e expressas por ela, em geral bem mais complexas e para as quais não está preparado. A incorporação de um conceito ampliado do processo saúde-doença propicia a visão da importância do conhecimento da realidade própria de cada um em seu contexto de vida e relações. (RAUPP et al, 2001, p. 210).

Nesta perspectiva, a prática da educação em saúde não deve e não pode ser entendida como ação vertical e unidirecional, do profissional que sabe, para a população que não sabe (JÚNIOR, 2010). O Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se no princípio da integralidade, da atenção e da participação popular. Com isto, deu-se início ao discurso que a educação em saúde seria voltada para a participação comunitária, sendo uma prática social, baseada na troca de saberes, sendo o intercâmbio entre o saber científico e popular (AUGUSTO et al., 2011).

Assim, a educação em saúde realizada em forma de diálogo, tomados os devidos cuidados apontados por nossos autores, estimula os participantes a debaterem e trazerem suas experiências e expectativas, além de aproximar profissionais e usuários, proporcionando um espaço para a participação efetiva e de sua construção enquanto sujeitos.

II. Adesão aos Grupos

Esta categoria envolve elementos sobre a adesão dos pacientes ao grupos e o motivo pelo o qual os usuários participam dos grupos e porque também não participam.

Os entrevistados mencionam as justificativas dos usuários para sua ausência nos grupos:

“Geralmente eles têm outros afazeres da casa, deslocamento, uns por serem mais longe, outros trabalham e tem dificuldades para vir pegar o medicamento (E14)”.

Percebe-se que estes coordenadores estão insatisfeitos com tantas desculpas para a não participação aos grupos:

“Eles falam que o horário é ruim, tem que cuidar do neto, o marido tá doente e não tem como deixar sozinho, sempre tem uma desculpa (E14)”. “Bem difícil. Eles quase não aderem aos grupos. Eles vêm para pegar os medicamentos e só! (E12)”.

A adesão ao tratamento reflete, ao menos em parte, o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde, determinada por sua percepção e susceptibilidade à doença e a gravidade do problema. Pode estar relacionada também com as características dos usuários, desde o seu comportamento em termos de tomar o medicamento, comparecer nas consultas médicas, realizar mudanças no estilo de vida. Nesse sentido, contém um forte componente relacional manifesto nos processos interativos entre pessoas que necessitam de cuidado e o serviço de saúde que deve prestá-lo (JESUS et al., 2008; HELENA et al., 2010; AIRES E MARCHIORATO, 2010). Porém, é importante ressaltar o que Valla (1999) e Meyer et al. (2006) apontam sobre a centralidade de se considerar o modo como as pessoas pensam suas vidas e seu processo saúde-doença, seus aspectos psicológicos, culturais. Este pensar é constituinte de seus motivos para “aderir” ou não a um tratamento, e se queremos uma prática educativa libertadora, ele não pode simplesmente ser substituído por outra forma de pensar, mas sim, “levado em conta” na relação profissional-paciente.

Em estudo realizado com 114 indivíduos participantes do programa Hiperdia na região sul do estado de Campinas/SP, quando questionados em relação ao motivo que deixaram de frequentar a unidade mencionaram: trabalho (10,53%), ausência de sintomas (15,79%), convênio médico (61,40%), falta de medicações (1,75%) e dificuldade de locomoção (10,53%) (SANTOS et.al., 2009). Nesta pesquisa, foi constatado o trabalho e o deslocamento do usuário até a unidade de

saúde como fatores que dificultam a participação ao grupo.

Assim, um motivo que dificulta a participação dos cadastrados nos grupos, relatado pelos profissionais de saúde, é que grande parte dos grupos é realizada em horário do funcionamento da unidade, entre as 08h e 17h, no qual a maioria dos cadastrados está trabalhando ou realizam suas tarefas do lar.

“Porque eles trabalham, eu tenho ainda muito pessoal de idade que trabalham, e tem também os pacientes jovens, de 40 anos, mas eles também trabalham. No horário da manhã, principalmente mulheres, elas são donas de casa e eu prefiro fazer meus grupos à tarde [...] eu tenho um pouco de dificuldade, tenho que convidar, persistir para que eles tenham aquela frequência suficiente (E11)”.

“Até porque aqui tem muita gente nova [...] então eles trabalham aí fica ruim pra eles [...] geralmente quem vem buscar [o medicamento?] é sempre outra pessoa (E16)”.

O horário do funcionamento das unidades de saúde pode ser um fator negativo e impeditivo para a procura do serviço de saúde e a participação ativa nos grupos, pois dificulta a vinda de trabalhadores nos horários convencionais instituídos.

Nas instituições públicas, nem sempre os horários de funcionamento se conciliam com o horário das pessoas que estão inseridas no mercado de trabalho formal, independente do gênero (GOMES et al., 2007).

Outra justificativa mencionada para a não adesão, segundo alguns entrevistados, envolve a entrega da medicação aos pacientes idosos em domicílio, assim que os idosos não precisam mais se deslocar e acabam não tendo contato com a unidade de saúde e profissionais, o que gera a sua diminuição na participação no grupo. Este dado é preocupante, pois segundo os coordenadores dos grupos, os idosos são os que mais participam dos grupos e se envolvem nas ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

“[...] com essa história da entrega da medicação em casa para idosos acima de 65, diminuiu bastante a adesão ao grupo. São eles que vêm ao grupo, a grande parte gosta. São a maioria do grupo, e com a entrega do medicamento eu perdi bastante paciente no grupo (E6)”.

“Acabou diminuindo a adesão, porque os idosos eram os que

mais participavam, e eles gostavam de vir [...] (E9)”.

Em um estudo realizado sobre as necessidades de saúde comuns aos idosos, apontou-se que a realização de atividades educativas de grupo para idosos com HAS e DM foi uma prática ofertada por quase todas as UBS estudadas. Entretanto, a utilização destas atividades por idosos foi pequena, sendo mais exploradas pelas unidades ESF (PICCINI et al., 2006).

Um fator que chama a atenção é o apontamento de que os coordenadores dos grupos utilizam o recurso da medicação como um atrativo para a participação dos grupos. Estes utilizam esta alternativa, pois diante do fator histórico, o modelo biomédico ainda está muito consolidado na sociedade. Esta alternativa de utilizar a medicação como uma mercadoria evidencia o interesse do usuário. As frases a seguir deixam clara esta troca de bens e serviços:

“A maioria não quer, mesmo. Eles vêm, pegar a medicação e daí a gente pensou em colocar a medicação só naquele dia, mas daí assim, é complicado [...] o outro médico, a gente tinha o grupo e aí no grupo eu falei que quem participasse do grupo, alguns iriam consultar e aí ia ter requisições pra eles. Exames! Então eles vinham. Agora, como não está acontecendo [...] então agora não vai ter esse esquema de requisição, então eu penso que vai diminuir” (E9).

“Então, às vezes a gente tem que usar de artimanhas: ‘O seu remedinho veio, mas a senhora tem que participar do grupo, porque a gente manda um relatório lá pro Ministério da Saúde pra poder vir o remédio, então tem que participar’ (E16)”.

“[...] Uns vêm porque gostam mesmo, uns vêm meio por obrigação mesmo, porque a gente diz que o medicamento não vem, aquela coisa toda. Tem uns que vêm aqui no balcão e dizem: ‘Eu não quero participar do grupo eu quero só o remédio’. E dizem isso na nossa cara! A gente tenta argumentar, mas não tem jeito. Eles dizem: ‘eu não quero, eu não quero!’ E, aí infelizmente, tem que entregar o remédio (E18)”.

Usar de subterfúgios para a adesão aos grupos é não enxergar estas pessoas como sujeitos de seu processo saúde-doença. Pode-se compreender que o profissional de saúde encontra-se em uma difícil situação, pois também acaba sendo avaliado pelo “sucesso” de seu grupo, medido a partir do número de participantes (de adesões).

Assim, os profissionais de saúde tentam incentivar de diversas formas a

participação dos usuários aos grupos, muitas vezes de forma equivocada, fazendo a culpabilização do sujeito. Conforme os relatos dos entrevistados, cada usuário deveria ter consciência da importância de sua participação nos grupos, não apenas nos encerramentos e festas, pois nestas festas de encerramento de final do ano a adesão dos usuários aumenta, diferente de outros encontros que ocorrem durante o ano.

“Acho que deveria melhorar a adesão deles mesmo, só que a gente convida, às vezes vamos de casa em casa todo mês e dizemos qual dia é para eles irem [...], talvez se tivesse uma atrativo maior, não sei [...], quando é festa do hiperdia vem todo mundo [...] (E19)”.

“São sempre os mesmos que participam. Aí, final do ano a gente faz um encontrão, manda convite pra todos, mas assim oh: De 250, entre hipertensos e diabéticos, no total participam uns 40 no final do ano. E nesses encontros que a gente prepara vão no máximo uns 15 (E15)”.

Acreditamos que este aumento no número de participantes ocorre porque para eles é uma festa, podendo ter comida e bebida, além de encontrar os amigos para conversar, um encontro diferente, no qual não terá um palestrante. Um encontro que responde às suas necessidades enquanto pessoas, não apenas enquanto doentes.

III. Sugestões aos Grupos

Esta categoria envolve elementos sobre as sugestões para a melhoria do funcionamento dos grupos. Os entrevistados mencionam sobre: organização e responsabilidade de cada membro da equipe, fazer dinâmicas, possuir criatividade e principalmente, a conscientização do usuário sobre a importância da sua participação no grupo.

Para o processo de melhoria nos grupos os entrevistados sugerem que a equipe seja responsável, organizada e comprometida.

“A população tem que acreditar na equipe [...] organização da equipe e responsabilidade de cada membro [...] (E5)”.

Foi possível observar que os entrevistados procuram alternativas para que o usuário sinta-se envolvido com a equipe e que exista uma relação agradável entre eles. Segundo estes, a busca de alternativas e ações diferenciadas é um processo contínuo para que o processo de educação em saúde seja participativo e inovador. Mencionam que utilizam-se da criatividade como uma perspectiva para que o processo seja atrativo e não cansativo, utilizando-se de dinâmicas e ações diferenciadas. Observa-se nas frases a seguir, a ênfase dos entrevistados com relação à necessidade de inovar nas ações desenvolvidas nos grupos para que a intervenção seja mais efetiva.

“[...] tem que ser uma coisa bem dinâmica, bem participativa, acho que para um grupo dar certo, tem que existir a participação das pessoas e que realmente estejam interessadas naquilo que está acontecendo naquele momento (E6)”.

“Deve ter dinâmica sempre, não ser rotineiro, diferenciar temas, inventar algo diferente para eles [...]. deve ter principalmente dinâmica diferenciada [...] (E11)”.

“Olha, Eu acho que parte muito da gente, sempre inventando coisa nova porque aquele B, A, BA de sempre não atrai mais. Acho que tem que ser criativo e tentar sempre estimulando a eles, sempre estimulando, sempre lembrando [...] (E15)”.

Os profissionais também apontam que eles têm dificuldades para realizar atividades diferentes que despertem o interesse dos usuários. Eles sabem que devem fazer algo inovador, criativo, porém relatam que não é uma tarefa fácil.

“Olha, eu acho que é fazer diferença, mas a gente ainda não conseguiu encontrar o fazer diferente que atraia realmente esse público. A gente não conseguiu isso ainda, por mais que a gente traga outros profissionais, faça mesas com café, com frutas, estimulando a alimentação saudável e outras coisas, mas ainda não conseguimos a adesão deles. Temos que pensar numa nova estratégia! (E12)”.

Na visão dos coordenadores, não basta apenas o profissional se comprometer se o usuário não modificar a vida cotidiana e perceber a importância das ações de educação em saúde no processo saúde-doença. Os entrevistados mencionam como seria este comprometimento do usuário na participação ativa do

grupo:

“[...] acho que falta trabalhar um pouco com as pessoas a conscientização da importância do grupo pra elas (E10)”.

“É mais uma questão de conscientização da população em participar, ter adesão, a gente se esforça tanto e às vezes poucos participam. Talvez já estejam saturados dessa história de grupos [...] o certo é perguntar o que eles querem, o que precisam, se estão gostando [...] (E14)”.

“Acho que tem que ser uma coisa bem extrovertida, não tem que focar muito, em ficar falando muito, fazer uma coisa bem dinâmica, eles não tem paciência de esperar, eles não estão acostumados com isso, eles ainda estão só na visão do médico (E26)”.

A realização de grupos é uma tarefa que demanda constantes modificações, porém torna-se conveniente a participação ativa dos usuários no processo para que a equipe sinta-se motivada na elaboração das atividades a serem desenvolvidas no grupo. Não existe uma fórmula mágica para que a realização dos grupos. Conforme os relatos dos entrevistados, o sucesso depende tanto do usuário quanto da equipe de saúde.

Nas respostas, percebe-se um conflito entre a necessidade de atrair a atenção dos usuários e a necessidade de sua conscientização. Aqui se deve destacar que o sentido do termo “conscientização” na fala dos entrevistados é sinônimo de “adesão” dos usuários à certeza que os profissionais têm da importância dos grupos para eles. Este, todavia, não é o sentido de conscientização de Freire (1999).

Se pensarmos em uma educação em saúde libertadora, a conscientização é o processo e emersão do indivíduo de sua situação de vida alienada, é quando ele consegue enxergar ao seu redor e ver sua saúde e sua doença, por exemplo, em toda sua complexidade: seus determinantes físicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, estruturais. Da mesma forma, os grupos: se quisermos uma conscientização de fato, ela implica em que usuários e profissionais dialoguem sobre o tema, por exemplo, as dificuldades dos grupos acontecerem, ou, a “falta de adesão”. E então, em diálogo, usuários e profissionais irão falar como enxergam este fenômeno: a falta de tempo por causa do trabalho, a

falta de esperança no tratamento, a dificuldade de locomoção, a pressão dos relatórios que precisam ser preenchidos para que a medicação venha, a pressão deve de se estar sendo avaliado pelo número de adesões aos grupos. Assim, ambos, usuários e profissionais, em uma perspectiva educativa libertadora, irão conseguir enxergar o fenômeno dos grupos em sua forma contextual, se libertar da situação opressiva em que se encontravam e, numa visão ampliada, fruto do diálogo, buscar alternativas para todos.

A partir das 7 entrevistas dos coordenadores cujas unidades de saúde não realizam os grupos atualmente, serão discutidas 04 categorias: como funcionavam os grupos anteriormente, o que é realizado atualmente aos hipertensos e diabéticos, se existe a necessidade da implementação novamente dos grupos e as sugestões para a melhoria no funcionamento dos grupos.

I. Como Funcionavam os Grupos

Esta categoria reúne elementos sobre como funcionavam os grupos anteriormente. Verificou-se que todos os profissionais que atualmente não realizam os grupos nas suas unidades já tiveram experiências na realização de grupos na Unidade de Saúde (US) em que estão atuando ou que já atuaram.

Em sua maioria, os coordenadores mencionam que a adesão era muito baixa e que a comunidade e os profissionais foram se desanimando para a continuidade do grupo. Muitos coordenadores referenciam a equipe incompleta e ressaltam a diminuição da adesão pela existência de poucas ACS ou a ausência das mesmas, o que dificulta o recrutamento destes participantes para ações em grupos. Percebe-se esta necessidade nas frases que seguem:

“Quando tinham todos os agentes comunitários fazíamos os grupos mensalmente [...] percebemos que quando saíram os agentes comunitários tivemos dificuldades, começavam a vir uma, duas pessoas no grupo, até que acabou [...] (E15)”

“Na verdade, quando tinham os 4 agentes comunitárias a gente fazia grupo; é que saiu três tudo de uma vez só [...] depois eu percebi que, com a ausência delas que diminuiu e acabou o grupo (E21)”

Através das respostas dos profissionais podemos perceber a importância dos ACS na equipe de saúde. Estes potencializam a relação entre a US e a comunidade, ajudam na divulgação dos trabalhos que são realizados e incentivam a população para eles sejam empoderados na participação das atividades propostas pela unidade de saúde. Todavia este dado não foi comparado às US cujas equipes estão mais compostas e que também reclamam da falta de adesão.

Em Criciúma, a Secretaria do Sistema de Saúde realizou o processo seletivo nº 004/2011 do dia 27 de Dezembro de 2011 para ACS, disponibilizando 226 vagas, estas foram distribuídas conforme a necessidade de cada regional de saúde do município. Infelizmente, nem todas as vagas foram preenchidas, mas supõe-se que com as contratações as unidades de saúde estarão melhor amparadas na busca da melhoria do vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade. Como requisito de seleção, é obrigatório que o candidato ao cargo de ACS seja residente do bairro pertencente à unidade desde a publicação do edital, comprovado mediante apresentação de conta de água, luz, telefone ou outro documento idôneo.

Os ACS são atores-chave na ESF, e são o elo do saber científico dos profissionais e o saber popular da comunidade, pois os mesmos são membros e fazem parte da comunidade. Diante disto, subentende-se que os mesmos conheçam a realidade e com isso possam, aos poucos, estabelecer uma maior troca com os usuários levando sua realidade para a unidade de saúde (GOMES et al., 2002; GOMES et al., 2009; MOREIRA, 2010).

Os coordenadores mencionam que os grupos aconteciam, em sua maioria, mensalmente, porém, com o passar do tempo, a adesão foi diminuindo, assim como o estímulo do profissional e do usuário para a continuidade da participação dos grupos.

“[...] antigamente eram feitos grupos e eles eram bem participativos, eles vinham bastante, depois começou a diminuir e não teve tanto estímulo, acho que da unidade com relação à população e aí o pessoal começou a deixar de vir (E6)”.

“A gente chegou a ter o grupo e a gente participava [...] a comunidade também (E7)”.

Em relação a não participação da comunidade nos grupos seria necessário avaliar as atividades que estão sendo propostas pela equipe de saúde, estudar os motivos pelos quais os grupos não são participativos. O que podemos observar é que os próprios profissionais estão desestimulados, ainda que não possamos saber o porquê, mas se estes repassarem essa angústia aos participantes, é provável que eles também não se sintam estimulados a participar.

É de responsabilidade dos profissionais da saúde atentar e praticar a educação em saúde como processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, visando à apropriação sobre o tema pela população. Esses profissionais devem possuir habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde, além de incentivar o empoderamento que supõe o engajamento da população no entendimento da problemática de sua saúde e das condições de vida, na discussão de soluções alternativas e definição de prioridades, e na eleição de estratégias de implementação de programas, acompanhamento e avaliação (COTTA, 2008; CECCIM e FERLA, 2009; FERNANDES e BAKES, 2010; GOMES e MEHRY, 2011).

De modo geral, como já dito, diante da observação de grupos de indivíduos com DCNT, consegue-se identificar alguns fatores que influenciam a adesão destes aos grupos de educação em saúde: características biossociais, como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais. Diante da diversidade das equipes multiprofissionais, em conformidade com o princípio da integralidade, com seus diferentes enfoques, pode-se esclarecer neste espaço de educação em saúde não apenas sobre a doença, mas o empoderamento do paciente no seu tratamento e na melhoria da qualidade de vida. Assim, os profissionais não estariam restringindo a sua abordagem apenas no curativismo, mas na execução de ações preventivas, como no caso a educação para a saúde (ALVES et al., 2005; GUSMÃO et al., 2009; JESUS, 2008).

II. O que é realizado atualmente aos Hipertensos e Diabéticos

Quando questionados em relação ao que está sendo realizado atualmente aos hipertensos e diabéticos, os entrevistados relatam que estão cadastrando os usuários e atualizando os dados dos já cadastrados para o início

de ações específicas para os mesmos. Em Criciúma, a Secretaria do Sistema Municipal de Saúde está reformulando a atenção aos hipertensos e diabéticos com a normatização municipal para todas as ESF aderirem às políticas voltadas para os grupos de educação em saúde. A partir disso, muitas unidades estão se reestruturando.

No momento, o enfoque dos que não realizam os grupos está na questão do recadastramento e atualização dos dados.

“[...] toda quinta feira à tarde a gente está recadastrando os hipertensos e diabéticos pra gente ter um controle de quem são, se estão compensados ou descompensados, a gente está trabalhando a questão de medicação e pra gente ter uma noção do que vamos trabalhar nos grupos [...] (E15)”

“Estamos fazendo o cadastro novamente, e esses que estão há muito tempo sem passar pelo médicos estão passando novamente para ver a medicação, se estão usando ou não, se tem que trocar (E18)”

“É um recadastramento, nós mesmos optamos por fazer, para termos noção de quantos hipertensos e diabéticos que nós temos hoje [...] (E21).”

O cadastro dos hipertensos e diabéticos é importante no que diz respeito ao acompanhamento dos cadastrados, tendo o controle das medicações e da pressão arterial. O peso corporal, altura e circunferência abdominal são outros itens verificados pelos profissionais. É através do cadastro que os participantes são incentivados a procurar outros profissionais para a prevenção de riscos.

O Plano de Reorganização da Atenção ao Hipertenso e Diabético instituído pelo MS em 2001 possui como proposta principal o tratamento e o acompanhamento dos usuários atendidos na rede ambulatorial do SUS. Os usuários são cadastrados no sistema informatizado disponibilizado pelo DATASUS, denominado: Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos (HIPERDIA), tendo garantia de uma única identificação do indivíduo através da utilização do CNS. Esse sistema tem como um dos benefícios o conhecimento do perfil epidemiológico desses indivíduos, além de favorecer um controle adequado e rigoroso ao tratamento. Uma vez o usuário cadastrado, através do sistema é possível gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de

medicamentos de forma regular e sistemática (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006; CORREA et.al., 2010; PAULA et al., 2011).

Após o diagnóstico e o cadastro dos pacientes, espera-se que ocorra uma vinculação dos usuários com as unidades ocorrendo a prestação de um atendimento diferenciado, envolvendo diferentes ações da equipe multiprofissional. Além do cadastramento, o plano da reorganização sugere a realização de grupos, como uma alternativa para facilitar a adesão ao tratamento proposto. Embora seja necessária, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006; REINERS et al., 2008; Malfatti e Assunção, 2011).

III. Se existe a Necessidade da Implementação Novamente dos Grupos

Os entrevistados mencionam que há a necessidade da existência dos grupos nas unidades para que os usuários possam ter a informação sobre a doença, uma maior interação entre a equipe e o usuário.

“Poderia esclarecer melhor as atividades deles, e aproximar mais o paciente da equipe (E7)”.

“Eu acho bem importante, porque na verdade, assim, eu sinto a dificuldade dessa população, como eu estava falando que nós temos um bairro muito carente, eles precisam demais de informação, é uma população muito desinformada [...] (E15)”.

“Tem muitas pessoas que vêm aqui através do grupo, acredito que com a prevenção conseguiríamos diminuir o tanto de remédios que eles tomam (E17)”.

“Eu acho interessante o atendimento em grupo para eles interagirem, às vezes eles têm experiência, mostrando que às vezes um que tomava a medicação fez efeito que melhorou realmente, orientação com a alimentação, acho importante (E21)”.

Apesar de estes profissionais não possuírem o grupo de hipertensos e diabéticos, estes reconhecem a importância de realizar o grupo.

Embora se deva considerar o indivíduo como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de

elementos constituintes do processo: o usuário, os profissionais, o sistema de saúde e as políticas voltadas às DCNT. A falta de adesão, tanto ao tratamento quanto as outras ações envolvidas no processo, é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir uma frustração aos profissionais de saúde (JESUS, 2008; DOSSE et al., 2009).

IV. Sugestões para a melhoria no funcionamento dos Grupos

Assim como os que realizam os grupos, os 7 entrevistados que não realizam mencionam que a equipe deve estar comprometida com as ações e que a comunidade deve se sensibilizar da importância da sua participação. Além disso, sugerem que a equipe tenha criatividade e não ressalte apenas a doença como assunto principal do encontro.

“Primeiro tem que ter uma equipe completa e a adesão da comunidade, conscientização da comunidade (E7)”.

“Eu acho que é mais a adesão da comunidade, interesse deles, às vezes eles não têm interesse, eu já percebi que essa comunidade não tem muito interesse no grupo (E21)”.

“Eu acho que a gente tem que trabalhar a informação junto, com uma forma que chame a atenção deles e que eles entendam [...] conseguir a captação deles (E15)”.

Os profissionais reconhecem como é essencial a formação de grupos, porém, não o realizam. O que está impedindo que estas unidades de saúde realizem os grupos? Será que é apenas a falta de profissionais, como por exemplo: os ACS? Seria conveniente que as equipes de saúde realizassem o diagnóstico da comunidade para existir um planejamento de suas ações de educação em saúde voltadas aos hipertensos e diabéticos e para as outras dificuldades da comunidade. Tendo em vista estes resultados, os grupos poderiam ser voltados às reais necessidades destes usuários, com propostas que viabilizem o empoderamento do usuário na busca da sua melhoria pelo cuidado à saúde.

Acredita-se que a educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, para a melhoria das condições de vida dos usuários. Seguindo o princípio da integralidade proposto pelo SUS, as

atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais. Com o envolvimento dos usuários, haveria a possibilidade de conduzir o resgate desses sujeitos no envolvimento com a equipe multiprofissional em ações interdisciplinares, enriquecendo o campo de práticas e a qualidade do cuidado à saúde, estimulando o empoderamento do sujeito enquanto parte do processo (ALVES, 2005; TOLEDO et al., 2007; MOREIRA, 2010; BASTOS et al., 2011).

Como já visto, o projeto educativo de Paulo Freire (1999) é um projeto libertador, o qual enfatiza que educador e educando são os dois seres criadores que libertam-se mutuamente para chegarem a ser, ambos, criadores de novas realidades. Assim, propõe a necessidade de superarmos o tipo de educação em que o sujeito não é visto como capaz e ativo no processo, por uma relação dialógica, de troca de saberes entre educador e educando.

Paulo Freire, em sua obra *Conscientização* (2001), reflete que ao ouvir pela primeira vez a palavra conscientização e o seu profundo significado, ficou convencido de que a educação, como prática de liberdade, é um ato de conhecimento com uma aproximação crítica da realidade. Assim, quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos graças ao compromisso de transformação que assumimos. Uma educação que procura transformar a consciência ingênua em consciência crítica, graças à qual o homem escolhe de posse de si e decide, liberta-o em lugar de submetê-lo, de domesticá-lo, de adaptá-lo. Dentro da lógica da educação libertadora de Freire, a conscientização, que resulta da problematização do ser no mundo, somente se efetiva através do diálogo entre os homens.

Assim, podemos perceber que o sentido da palavra “conscientização” presente nas falas dos profissionais de saúde não guarda o mesmo sentido da palavra para Paulo Freire. Para aqueles, ela seria sinônimo de “convencimento”, levando a uma “adesão”, tal qual já fizemos a referência no início deste trabalho, ao problematizarmos a palavra “adesão” como expressão de uma ação educativa verticalizada. Para Freire, conscientização é a emersão de uma situação, localizando-se o sujeito no contexto, ato conseguido em diálogo com as pessoas, numa relação horizontal, em que se mantêm as especificidades entre profissionais e usuários, mas estes não são hierarquizados.

Assim se poderia conceber a educação em saúde como fim, não como meio, como já visto, no qual o que importa é o processo de empoderamento dos

usuários e da comunidade, para que então, eles próprios, sujeitos de suas vidas, possam, em conjunto, decidir sobre suas necessidades e não serem instruídos para seguirem o que outros já decidiram por eles (SMEKE e OLIVEIRA, 2001 apud MOREIRA, 2010).

6 CONCLUSÃO

Inicialmente, a nossa proposta de pesquisa possuía o propósito de averiguar a situação atual para a realização dos grupos, trazendo a proposta de elaborar protocolos para o acompanhamento aos hipertensos e diabéticos e uma normatização para a execução dos grupos. Diante da pesquisa de campo, os nossos objetivos e questão norteadora foram modificados tendo como proposta averiguar, a partir da visão dos coordenadores dos grupos de Hiperdia, o funcionamento e a “adesão” dos usuários ao programa no município de Criciúma. Neste estudo utilizou-se o conceito de “adesão”, no sentido de participação, sendo este também um termo muito utilizado pelos profissionais da saúde.

Os objetivos propostos nesta pesquisa foram alcançados, pois conseguimos perceber as necessidades, aflições dos profissionais da saúde no resgate desses usuários às unidades de saúde. As práticas de educação em saúde voltadas para as DCNT são evidentemente necessárias, porém, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir. Através da percepção dos entrevistados, podemos observar o quanto os profissionais consideram essencial que os usuários se conscientizem da importância da sua participação em atividades educativas e se envolvam no processo da melhoria de sua qualidade de vida. Mencionam que nestes encontros existe a possibilidade dos usuários aprenderem como cuidar de sua saúde, através do conhecimento sobre a patologia e assuntos diversos que envolvam um conhecimento em saúde. Compreendemos que são motivos legítimos por parte dos profissionais da saúde, no entanto, no aspecto da dimensão educativa desta ação, fica caracterizada uma “via de mão única”, na qual somente o usuário aprenderia, descaracterizando a mútua aprendizagem profissional/usuário, numa perspectiva freireana.

Percebe-se, através dos dados do SIAB, que existe a necessidade da melhoria do sistema de informação, na busca constante destes indivíduos com DCNT e acompanhamento contínuo. Evidencia-se que no município de Criciúma o aumento do número de casos de Hipertensão foi crescente entre janeiro e abril de 2012, tornando-se um grave problema de saúde pública municipal, como também nacional.

Em relação aos motivos alegados pelos profissionais para a realização ou não dos grupos de educação em saúde, envolve a participação ativa da equipe assim como o comprometimento da comunidade. No decorrer do processo, os profissionais vão se desestimulando de suas ações e, muitas vezes, sentem-se frustrados pela não adesão. Os mesmos sabem da importância da realização, mas não conseguem encontrar meios de viabilizar a participação ativa destes indivíduos na melhoria da sua saúde e qualidade de vida.

Quando questionados em relação às dificuldades encontradas para a realização dos grupos de educação em saúde e a adesão dos participantes, muitos profissionais mencionaram sentirem-se angustiados na realização das suas ações, pois consideram que para existir a adesão destes as atividades devem despertar o interesse para que sejam participantes ativos. Em alguns relatos, mencionaram a entrega da medicação como um atrativo destes usuários aos grupos. Em muitas unidades mencionam também sobre a diminuição da adesão dos idosos por estarem recebendo a medicação em seu domicílio pelas ACS e o horário dos grupos, que acontecem no período do funcionamento da unidade, o que dificulta a participação dos que trabalham.

Seria importante que os profissionais pudessem dialogar a respeito de suas angústias em relação à falta de adesão a esses grupos, diálogo que pudesse promover uma verdadeira conscientização em relação à sua própria inserção nestas atividades, às pressões sofridas, às necessidades burocráticas envolvidas. Poder-se-ia pensar que nos espaços de educação permanente que estes profissionais vivenciam pudessem ocorrer estas discussões, uma vez que a educação permanente é, justamente, um espaço para se problematizar o serviço cotidiano. E assim, devidamente localizados em sua ação cotidiana, estes profissionais pudessem pensar – agora junto aos usuários – grupos que pudessem fazer sentido a todos os participantes.

Podemos dizer que este estudo ainda não foi concluído, pois percebemos, diante das angústias e aflições dos coordenadores dos grupos, que existem muitos detalhes a serem percebidos e inúmeras modificações a serem realizadas nas políticas públicas voltadas às DCNT. Esta pesquisa nos possibilitou o envolvimento com categorias de pesquisa como: adesão, funcionamento dos grupos, sugestões para a melhoria no funcionamento dos grupos, como funcionavam os grupos, as ações desenvolvidas atualmente e se existe a

necessidade da implementação dos grupos nas unidades. Foi possível realizar a reflexão destas questões e, além destas, outras foram contempladas na pesquisa, porém não discutidas, o que será feito em trabalhos posteriores.

Sugerimos para pesquisas futuras averiguar se a normatização municipal implantada em março de 2012 modificou o cenário de práticas das ESF do município e a realização de pesquisas com os usuários para perceber a visão deles diante das ações de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- AIRES, Cláudia Cristina Nóbrega de Farias et al. Acompanhamento Farmacoterapêutico a Hipertensos e Diabéticos na Unidade de Saúde Tereza Barbosa: Análise de Caso. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo**, São Paulo (SP), n1. , p.26-31, set/dez 2010. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/artigosPDF/RBFHSS_01_art05.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2012.
- ALMEIDA, Helcia Oliveira de et al. Adesão a tratamentos entre idosos. **Com. Ciências Saúde**, Brasília (DF), v. 1, n. 18, p.57-67, 2007. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf>. Acesso em: 28 maio 2012.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Salvador (BA), v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012
- AUGUSTO, Viviane Gontijo et al. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Divinópolis (MG), v. 1, n. 18, p.957-963, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a27v16s1.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2012.
- BARBOSA, Maria Aglair Ribeiro et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. **Rev Bras Clin Med**, Fortaleza (CE), v. 7, n1. , p.357-360, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n6/a001.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.
- BASTOS, Leonor da Silva et al. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Feira de Santana, v. 16, n.1 , p.1417-1426, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a77v16s1.pdf>>. Acesso em: 22 nov.2011.
- BESEN, Candice Boppré et al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, Florianópolis (SC), v. 16, n.1 , p.57-68, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2012.
- BOGLIOLO, Luigi; FILHO, Geraldo Brasileiro. *Bogliolo patologia*. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, 1328 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 148 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRITO, Daniele Mary Silva de et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(4):933-940, abr, 2008.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**. 2000, vol.5, n.1, pp. 163-177.

CAVAGIONI, Luciane Cesira; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Hipertensão Arterial em Profissionais que Atuam em Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis (SC), v. 20, n. 3, p.235-244, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/03.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

CAVALLARI, Fransérgio et al. Relação entre hipertensão arterial sistêmica e síndrome da apnéia obstrutiva do sono. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** 2002, vol.68, n.5, pp. 619-622.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (botucatu)**, Porto Alegre (RS), v. 9, n. 16, p.161-168, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Trab. Educ. Saúde**, Porto Alegre (RS), v. 6, n. 3, p.443-456, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r219.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. 2 O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41- 65, 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 11 julh. 2012

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). Ciência e tecnologia em saúde. 1. ed Brasília, DF: CONASS, 2007. 166 p

CORREA, Priscila Camargo et al. O Grau de Escolaridade e sua Relação com o Programa Hiperdia na Unidade Básica de Saúde Davila Sabiá. **Rev. Fac. Ciênc. Méd**, Sorocaba (SP), v. 12, n. 4, p.15-19, 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/3268>>. Acesso em: 04 maio 2012.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v. 18, n. 4, p.745-766, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a08.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

CRUZ, Thaise Silvestri et al. Diagnóstico de saúde e atuação do fisioterapeuta nas Unidades Básicas de Saúde. **Fisioterapia Brasil**, Criciúma (SC), v. 11, n. 6, p.439-444, dez. 2010.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti et al., Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba (SC), v. 1, n. 1, p. 45-52, jan./jun. 2010. Disponível em: http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/125/pdf_3. Acesso em: 18 abr. 2012

DATA SUS. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – SC. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?hiperdia/cnv/hdsc.def>. Acessado em: 11 junh. 2012.

DOSSE, Camila et al. Fatores Associados à Não Adesão dos Pacientes ao Tratamento de Hipertensão Arterial. **Rev Latino-am Enfermagem**, São José do Rio Preto, v. 17, n. 2, p.01-07, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf>. Acesso em: 04 maio 2012.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira et al. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte (MG), v. 16,, n. 1, p 1331-1340, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a67v16s1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2012

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, ago. 2010.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, Cuiabá (MT), v. 53, n. 1, p.80-86, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n1/v53n1a12.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 27 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Centauro, 2001. 102 p

GOMES, Karine de Oliveira et al. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. **Unoesc & Ciência**, Joaçaba (SC), v. 1, n. 1, p.45-52, 2010. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/125/pdf_3>. Acesso em: 18 abr. 2012.

GOMES, Romeu. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, C, S Maria (Org.) 22. ed. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis - RJ: Vozes, 2003. P. 67-80.

GOMES, Romeu et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v.3, n.19, p565-574, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2012.

GOMES, Karine de Oliveira et al. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde Soc**. São Paulo (SP), v.4, n.18, p.744-755, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/17.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2012.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY,Emerson Elias. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 27, n.1, p. 7-18, 2011. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-34.pdf>. Acesso em: 04 mai 2012

GUSMÃO, Josiane Lima de et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens** vol.16, n.1, p:38-43, 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2012.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa et al. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc**, São Paulo (SP), v. 19, n. 3, p.614-626, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/13.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

JESUS, Elaine Dos Santos et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paul Enferm**, São Paulo (SP), v. 21, n. 1, p.59-65, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2012.

JULIAN, Desmond G.; COWAN, J. Campbell. **Cardiologia**. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2000. 404 p.

JÚNIOR, José Patrício Bispo et al. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vitória da Conquista (BA), v. 15, n. 1, p.1627-1636, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/074.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2011

LUCENA, Joana Bezerra da Silva. **Diabetes Mellitus Tipo 1 e Tipo 2**. 72 f. Monografia (Farmácia) - Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, São Paulo, 2007.

MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes et al . Evidências biológicas do treino de controle do stress em pacientes com hipertensão. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, 2009.

MARCELINO, Daniela Botti Marcelino; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Universidade Estadual de Maringá. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n.1, p.72-77. 2005

MARFATTI, Carlos Ricardo Maneck; ASSUNÇÃO Ari Nunes. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de a acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p1383-1388, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a73v16s1.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2012.

MELO, Mônica Cristina de et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Recife (PE), v.14, n1, p. 1579-1586. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a31v14s1.pdf>. Acesso em: 28 mai.2012

MEYER, Dagmar E. Estermann et al. “Você aprende. A gente ensina?” interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1335-1342, jun. 2006. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n6/22.pdf>. Acesso: 18 mai 2009.

MICHIELIN, Francisco. **Doenças do coração**. São Paulo: Robe Editorial, 2003. 1395 p.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MOREIRA, Janine et al. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF): facilitadores e obstáculos para uma educação emancipatória. In: Fórum de Leituras Paulo Freire, 11, 2009. Porto Alegre. **Anais. (CD)** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. (09 p).

MOREIRA, Janine. O papel educativo de agentes comunitárias de saúde na Estratégia Saúde da Família: o desafio da educação libertadora. In: **Reunião Anual da ANPEd**, 33, 2010. Caxambu/MG. Anais. (CD). Caxambu/MG: ANPEd, 2010. (16 p).

PAULA, Patrícia Aparecida Baumgratz de et al. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro (RJ), v.16, n.5, p. 2623-2633. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n5/a32v16n5.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2012.

PIERIN, Angela Maria Geraldo. **Hipertensão Arterial: Uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Editora Manole, 2004. 372 p.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas (RS), v.11, n.3, p.657-667, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n3/30981.pdf>. Acessado em: 28 mai. 2012

PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2008, vol.54, n.1, pp. 55-60.

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União (DF); 2011outu 10; Seção 1:204. [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-0411111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-0411111-SES-MT].pdf). Acesso em: 28 nov. 2011

PUGLIESE, Rita et al. Eficácia de uma intervenção psicológica no estilo de vida para redução do risco coronariano. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 4, out. 2007.

RABETTI, Aparecida de Cássia, FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, v. 45,, n. 2, p258-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2141.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2012

RAUPP, Bárbara et al. A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível? In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 207-216.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Cuiabá (MT), v.13, n.2, p. 2299-2306, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2012

SALA, Arnaldo. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 20, n.6, p. 1556-1564, nov-dez, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/13>. Acesso em: 03 mai. 2012

SANTOS, Alexsandra de Jesus Matias et al. A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Inst Ciênc Saúde**,

Campinas (SP), v. 27, n.4, p. 330-337, 2009. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/04_out_dez/V27_n4_2009_p330-337.pdf. Acesso em: 18 abr. 2012.

SANTOS, Brigitte Rieckmann Martins dos et al. Blood pressure levels and adherence to treatment of hypertensive patients, users of a school pharmacy. **Braz. J. Pharm. Sci.** [online]. 2010, vol.46, n.3, pp. 421-430.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **TheLancet**, Porto Alegre (RS), n. , p.61-74, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2012.

SILVA, Kênia Lara et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev.Saúde Pública**, v, n.3, p. 391-397, 2005.

SILVA, Terezinha Rodrigues et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo (SP), v. 15, n. 3, p. 180-189, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2012

SIM/IBGE. Brasil. Ministério da Saúde. **Situação em Saúde**. Indicadores de Internação. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acessado em 11 junh. 2012

TOLEDO, Melina Mafra et al. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial:Uma Nova Ótica para Um Velho Problema. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis (SC), v.16, n.2, p. 233-238, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012.

TOSCANO, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):885-895, 2004.

TRAD, Leny Alves Bonfim et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**. 2010, vol.26, n.4, p. 797-806.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim et al. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Nescon/Universidade Federal de Minas Gerais. Editora Coopmed Belo Horizonte (BH). p. 88, 2009

WILD, Sarah et al. Estimates for the year 2000 and Projections for 2030. **Diabetes Care**. V. 5, n.1,p. 1047-1053. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/facts/en/diabcare0504.pdf>. Acesso em: 04 mai 2012

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, suppl 2, p.7-14. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1283.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2012.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP - CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
E DIABETES MELITTUS NA CIDADE DE CRICIÚMA/SC

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

PROJETO DE PESQUISA

Título: CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELITTUS NA CIDADE DE CRICIÚMA/SC

Pesquisador: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Versão: 1

Instituição:

CAAE: 01300412.4.0000.0119

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 10227

Data da Relatoria: 29/03/2012

Apresentação do Projeto:

Apresenta-se adequado;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresenta-se de interesse científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Não existem recomendações específicas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências pertinentes

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SUGIRO acrescentar como uma hipótese: " verificar se os protocolos aplicados pelo Ministério da Saude estão adequados e ou suprem as necessidades da região AMREC

CRICIUMA, 02 de Abril de 2012

Assinado por:

Mágada Tessmann Schwalm

ANEXO B – APROVAÇÃO DO CEP - O FUNCIONAMENTO E A ADESÃO NOS
GRUPOS DE HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA: UMA VISÃO DOS
COORDENADORES

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

PROJETO DE PESQUISA

Título: O FUNCIONAMENTO E A ADEÇÃO NOS GRUPOS DE HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA: UMA VISÃO DOS COORDENADORES

Área Temática:

Pesquisador: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Versão: 1

Instituição: Universidade do Extremo Sul Catarinense

CAAE: 05456112.9.0000.0119

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 51715

Data da Relatoria: 30/07/2012

Apresentação do Projeto:

Este estudo baseia-se em uma pesquisa de campo qualitativa e quantitativa, do tipo exploratório descritiva. Será realizado entrevistas com os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família do município de Criciúma sobre a adesão e o funcionamento dos grupos de HIPERDIA no município de Criciúma

Objetivo da Pesquisa:

Esta pesquisa possui como objetivo averiguar, a partir da visão dos coordenadores dos grupos de Hiperdia, o funcionamento e a adesão dos usuários ao programa no município de Criciúma/SC. Por ser um termo disseminado pelos profissionais de saúde, iremos manter aqui o termo adesão, no entanto, esclarecemos que partimos do entendimento de que é um termo que reduz o paciente à condição passiva em seu tratamento, o contrário do que uma educação em saúde libertadora pretende

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não existe riscos

Benefícios:

Será possível averiguar a adesão ou não dos hipertensos e diabéticos na cidade de Criciúma numa visão dos coordenadores

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequados

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequados

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

APÉNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
UNESC



Ministério
da Saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Estamos realizando um projeto para a Monografia de Conclusão do Curso de Especialização do Programa de Residência Multiprofissional Atenção Básica/Saúde da Família – Saúde Coletiva intitulado **“Construção de Tecnologias para o Diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Cidade de Criciúma/SC”**. O (a) sr(a). foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos **verificar a utilização nas UBS e ESF dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde para atenção em saúde voltados aos hipertensos e diabéticos no município de Criciúma, assim como a sua adesão ou não.** Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza ainda a gravação da voz na oportunidade da entrevista e o registro de imagens.

A coleta de dados será realizada pela Fisioterapeuta Residente Franciani Rodrigues (fone: (48)9646.6902 e orientado pela professora Dra. Lisiane Tuon. O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

Criciúma (SC)____de_____de 2012.

Assinatura do Participante

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE DA
SECRETARIA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NAS UNIDADES DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA – PODER EXECUTIVO
SECRETARIA DO SISTEMA DE SAÚDE

Criciúma, 13 de Fevereiro de 2012.

Ilm^a Str^a.

Franciani Rodrigues

A Secretaria do Sistema de Saúde, vem através deste comunicar que estamos autorizando a realizar o seu trabalho de pesquisa intitulado como: **“Construção de Tecnologias para o Diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes Melittus na Cidade de Criciúma/SC”** em nossas unidades de saúde do município.

Sem mais no momento agradecemos.

GOVERNO do MUNICÍPIO de CRICIÚMA
Secretaria do Sistema de Saúde
KELLY CRISTINA FERREIRA
Secretária de Saúde Adjunta

APÊNDICE C – ROTEIRO ELABORADO PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA
NAS UNIDADES QUE REALIZAM O CADASTRO DOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS E O GRUPO HIPERDIA

ROTEIRO ELABORADO PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA NAS UNIDADES
QUE REALIZAM O CADASTRO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E O GRUPO
HIPERDIA

1. Nome Completo
2. Qual a sua formação? Realizou pós graduação?
3. Qual o número de microáreas pertencentes a esta unidade de saúde?
4. Qual o número de habitantes e famílias cadastradas?
5. Qual o número de hipertensos e diabéticos?
6. Qual o número de adesão de participantes ao grupo hiperdia?
7. Há quanto tempo você assume a organização das ações desenvolvidas aos hipertensos e diabéticos?
8. Quais são as dificuldades encontradas para a adesão dos participantes ao grupo de hiperdia?
9. Quais são os profissionais que coordenam o grupo? E quais são os colaboradores?
10. O grupo encontra-se em que dias? O grupo é semanal ou mensal?
11. Quais são as atividades realizadas nos grupos?
12. Quais as orientações aos pacientes em relação a utilização dos medicamentos? Como é feita a orientação aos pacientes que não sabem ler?
13. Muitos usuários vem até a unidade somente para buscar medicamento. Eles relatam porque não participam do grupo?
14. Onde ficam armazenados os dados dos pacientes com diagnóstico de hipertensão e diabetes? Existe um local específico?
15. Os serviços do hiperdia são organizados através da utilização de fluxograma? Como são organizados? Qual o controle em relação a moradores novos e os que migram da comunidade?
16. As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) realizam visitas nos domicílios dos pacientes? Como é feito? O que elas dizem? Existe maior adesão dos usuários que são visitados no seu domicílio?
17. Como é feito o cadastramento do paciente? Como é acolhido ao chegar na unidade?
18. Quais os protocolos de investigação utilizados para os hipertensos e diabéticos?

19. Qual é o intervalo de realização da avaliação desses pacientes? Utiliza-se protocolos?
20. Esta unidade de saúde utiliza os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde? Por que?
21. Existe dificuldades no preenchimento dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde?
22. Você teria sugestões para a melhoria nas ações dos grupos de Hipertensão?
23. O que você tem a dizer se existisse uma normatização municipal para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos e a realização dos grupos de Hipertensão?

APÊNDICE D – ROTEIRO ELABORADO PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA
NAS UNIDADES QUE REALIZAM O CADASTRO DOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS, PORÉM, NÃO REALIZAM O GRUPO HIPERDIA

ROTEIRO ELABORADO PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA NAS UNIDADES QUE REALIZAM O CADASTRO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS, PORÉM, NÃO REALIZAM O GRUPO HIPERDIA

1. Nome Completo
2. Qual a sua formação? Realizou pós graduação?
3. Qual o número de microáreas pertencentes a esta unidade de saúde?
4. Qual o número de habitantes e famílias cadastradas?
5. Qual o número de hipertensos e diabéticos?
6. Por que esta unidade de saúde não realiza o grupo Hiperdia?
7. Já foi realizado alguma ação voltada aos hipertensos e diabéticos anteriormente? Como era feito? Houve grupos de Hiperdia anteriormente?
8. Como é feito o cadastramento do paciente? Como é acolhido ao chegar na unidade?
9. Onde ficam armazenados os dados dos pacientes com diagnóstico de hipertensão e diabetes? Existe um local específico?
10. Qual o acompanhamento realizado para estes pacientes?
11. Você considera que existe a necessidade de implementação de grupos de hiperdia nesta unidade de saúde?
12. Os serviços disponibilizados aos hipertensos e diabéticos são organizados através da utilização de fluxograma? Como são organizados? Qual o controle em relação a moradores novos e os que migram da comunidade?
13. As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) realizam visitas nos domicílios dos pacientes? Como é feito? O que elas dizem?
14. É fornecido medicamentos para os pacientes com diagnóstico de hipertensão e diabetes?
15. Quais as orientações aos pacientes em relação a utilização dos medicamentos? Como é feita a orientação aos pacientes que não sabem ler?
16. As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) realizam visitas nos domicílios dos pacientes?
24. Quais os protocolos de investigação utilizados para os hipertensos e diabéticos?
25. Qual é o intervalo de realização da avaliação desses pacientes? Utiliza-se protocolos?

26. Esta unidade de saúde utiliza os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde? Por que?
27. Existe dificuldades no preenchimento dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde?
28. Você teria sugestões para a melhoria nas ações dos grupos de Hipertensão? O que você tem a dizer sobre a realização de grupos?
29. O que você tem a dizer se existisse uma normatização municipal para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos e a realização dos grupos de Hipertensão?