UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANA VEIGA MOTTIN DA SILVA

O ENFERMEIRO E A AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ATENDIMENTO DO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS*

CURITIBA
2012

JULIANA VEIGA MOTTIN DA SILVA

O ENFERMEIRO E A AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ATENDIMENTO DO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS*

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof[a]. Dr[a]. Maria de Fátima Mantovani
Coorientadora: Luciana Puchalski Kalinke

CURITIBA
2012

Mottin da Silva, Juliana Veiga
O enfermeiro e a avaliação do usuário sobre o atendimento do programa de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Juliana Veiga Mottin da Silva – Curitiba, 2012.
88 f.; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Maria de Fátima Mantovani
Coorientadora: Professora Dra. Luciana Puchalski Kalinke
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2012.

Inclui bibliografia

Avaliação em saúde. 2. Doença crônica. 3. Saúde do adulto. 4. Prática profissional. 5. Enfermagem. I. Mantovani, Maria de Fátima. II. Kalinke, Luciana Puchalski. III.Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.132

TERMO DE APROVAÇÃO

JULIANA VEIGA MOTTIN DA SILVA

O ENFERMEIRO E A AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ATENDIMENTO DO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS*

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: _____
Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

_____
Profa. Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catariana – UFSC

_____
Profa. Dra. Leila Maria Mansano Sarquis
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 09 de novembro de 2012.

Dedicatória

Aos meus pais Dorival e Elisabeth pelo
amor incondicional e apoio ao longo desta caminhada.
Vocês são meus exemplos de vida e incentivo. **AMO VOCÊS**.

Ao meu marido Rodrigo pela compreensão,
companheirismo e amor. Você sempre me
incentivou a buscar o melhor. **AMO VOCÊ.**

À minha irmã Karina que paciência e disponibilidade
em sempre participar desta caminhada,
me encorajando a enfrentar as dificuldades. **AMO VOCÊ**

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e da sabedoria, por me conceder forças nos momentos em que o cansaço insistia em me desanimar. Agradeço por mais esta oportunidade e experiência de vida.

Aos meus pais, Dorival e Elisabeth que investiram em minha educação e formação. Agradeço pelo amor que nunca faltou nos momentos de dificuldade e pelo exemplo de determinação, coragem e força.

Ao meu marido, pela compreensão, paciência e motivação. Agradeço por estar ao meu lado, compartilhar todos os momentos comigo e pelo amor que demonstra em todos esses anos.

À minha família, pela demonstração de união e apoio em todos os momentos da minha vida. Agradeço em especial à minha irmã por sempre estar presente e disposta a me incentivar em minhas escolhas.

À minha professora orientadora e amiga Dr[a] Maria de Fátima Mantovani pela maneira como conduziu meu aprendizado profissional desde a graduação. Agradeço pela paciência, pela parceria, pela motivação e pela alegria com que conduz todos os projetos de sua vida. Minha admiração pessoal e profissional que levarei comigo para eterno aprendizado.

Ao Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto – GEMSA pelos momentos de estudo, discussões e diversão. Em especial aos doutorandos Elis, Anice e Ricardo pelo apoio e amizade.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná que contribuíram para meu aperfeiçoamento profissional. Em especial à minha coorientadora Dr[a]Luciana P. Kalinke.

Às professoras Doutoras Ana L. C. Kirchhof, Leila M. M. Sarquis, Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Felismina R. P. Mendes, pelo aceite em compor a banca para a avaliação deste trabalho, e pelas valiosas contribuições.

Aos meus colegas de turma 2011-2013 pelos momentos em que compartilhamos nestes dois anos. Em especial às amigas Caroline Gonçalves, Gabriele e Louise pelo companheirismo, apoio e carinho.

Aos meus amigos, que me acompanharam durante este processo, em especial à Márcia, Glaucia, Silvia e Ana Elisa, que estão comigo desde a graduação. Agradeço pelo carinho e incentivo nos momentos difíceis.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento de parte dos meus estudos.

E, por fim, a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho.

“A liberdade, antes de se tornar um atributo do pensamento ou qualidade da vontade, era o atributo que capacitava o homem a se mover, sair e encontrar-se com as pessoas, exercer o poder da palavra e da ação.” (Luciane Prado Kantorski)

“Não corra atrás das borboletas; plante uma flor em seu jardim e elas virão até você.” (Mario Quintana)

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer!” (Mahatma Gandhi)

RESUMO

MOTTIN, J. V.; MANTOVANI, M. F. **O ENFERMEIRO E A AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ATENDIMENTO DO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS*.** 86 f. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós– graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2012.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa realizada em duas Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, de um município da região metropolitana de Curitiba – Paraná, no período de setembro a março de 2012, uma de grande porte e outra de pequeno porte. Os participantes foram 30 adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *mellitus*, sendo 20 da unidade de maior porte e 10 da unidade de menor porte, cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus*. Os critérios de inclusão foram: ter idade entre 18 e 59 anos e estar com cadastro ativo; foram excluídos os usuários que não frequentavam a unidade por mais de 6 meses. Os objetivos foram avaliar o Programa proposto pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus* na visão de seus usuários e descrever aspectos da trajetória dos usuários participantes do programa correlacionando com sua avaliação. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada gravada em formato digital. A análise dos depoimentos ocorreu após a transcrição das entrevistas. As categorias oriundas desta análise foram: “A descoberta da doença”, “Motivos da busca pelo programa”, “Conhecimento do programa” e “Avaliação do programa”. Dos 30 usuários entrevistados, 23 eram do sexo feminino e sete do sexo masculino. As idades variaram entre 31 e 60 anos, sendo predominante a faixa etária de 51 a 60 anos. Em se tratando do grau de instrução, dois usuários concluíram o ensino superior, um o ensino médio, 10 o ensino fundamental e 17 o ensino fundamental incompleto. Com relação ao diagnóstico, 19 são portadores de Hipertensão arterial, 11 possuem Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus, s*endo que 17 referiram outras patologias associadas. O tempo de diagnóstico variou entre 1 e 15 anos, predominando uma média de 3 anos a 6 anos. A data de entrada no Programa foi dividida em 15 usuários que ingressaram imediatamente após o diagnóstico e 15 depois de 1 ano do conhecimento da doença. Ao analisar os relatos, percebeu-se que os usuários identificaram a descoberta da doença como o ponto de partida para a adesão ao Programa de Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus*. Os motivos para busca do Programa foram orientação e tratamento, aquisição de medicamentos como redução de custos e incentivo da equipe de saúde. O conhecimento do programa foi identificado pela sua finalidade reconhecida pelas orientações fornecidas, controle das doenças e entrega da medicação; o funcionamento foi descrito mediante as atividades como reuniões mensais, entrega de medicação e agendamento de consultas. A avaliação do programa ocorreu devido à contribuição para a saúde do usuário. A identificação de componentes do processo, da estrutura e dos resultados, no âmbito da avaliação qualitativa em saúde foi observada. Houve o reconhecimento das orientações, do acompanhamento e das atividades desenvolvidas, com destaque para redução de custos para os usuários. Estes demonstraram saber o que procuram ao aderir ao programa.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Doença crônica. Enfermagem. Saúde do Adulto. Prática profissional.

ABSTRACT

MOTTIN, J. V.; MANTOVANI, M. F. THE NURSE AND EVALUATION OF USER ON THE SERVICE PROGRAM FOR HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS**.** 86 f. (Thesis) Master in Nursing. Graduate Program in Nursing. Universidade Federal do Paraná, 2012.

It is an evaluative study with a qualitative approach performed in two Health Units with Family Health Strategy, in a city in the metropolitan region of Curitiba - Paraná, in the period from September to March of 2012, a big Health Unit and another small one. Participants were 30 adults with systemic hypertension and / or diabetes mellitus, 20 of the bigger unit and 10 of the smaller one, registered in the “Arterial Hypertension and Diabetes mellitus” Program. The inclusion requirements were: age between 18 and 59 years and be active with registration; Were excluded users who did not attend the unit for more than 6 months. The objectives were: Evaluate the program proposed by the Plan of Reorganization of Care for Hypertension and Diabetes mellitus in a perspective of its users, and describe aspects of the trajectory of program participants correlating them with their evaluation. Data were collected through semi-structured interviews recorded in digital format. The statements came after transcribing the interviews. The categories arised from the analysis were: "The discovery of the disease", "Reasons for search by the program", "Knowledge of the program" and "program evaluation". Of the 30 users interviewed, 23 were female and seven male. Their ages ranged between 31 and 60 years, with the predominant age group of 51 to 60 years. In terms of schooling, two users have completed college, 1 high school, 10 elementary school and 17 elementary education. Regarding diagnosis, 19 had Hypertension, 11 have Hypertension and diabetes mellitus, and 17 reported other disorders. The time since diagnosis has ranged from 1 to 15 years, predominantly an average of 3 years to 6 years. The date of entry into the program was divided into 15 users who enrolled immediately after diagnosis and 15 after 1 year of knowledge of the disease. By analyzing the reports, it was noted that users have identified the discovery of the disease as the starting point for joining the program of Hypertension and Diabetes mellitus. The reasons for seeking the program were: counseling and treatment, drug procurement as cost reduction and encouragement of the health team. The knowledge of the program was identified by its purpose recognized by the guidelines provided, disease control and delivery of medication; The operation was described by activities such as monthly meetings, medication delivery and scheduling appointments. The evaluation of the program was due to the contribution to the user's health. The identification of components of the process, structure and outcome, in assessing qualitative health was observed. There was recognition of the guidelines, and monitoring of the activities, with emphasis on cost savings to users. They have demonstrated that they knew what to look for joining the program.

Keywords: Health evaluation. Chronic disease. Nursing. Adult Health. Professional practice.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 09
2. REVISÃO DE LITERATURA 14
2.1 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE..... 14
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE..... 21
2.3 DOENÇA CRÔNICA: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIEBETES MELLITUS..... 26
3. METODOLOGIA..... 33
3.1 TIPO DE PESQUISA..... 33
3.2 LOCAL DA PESQUISA..... 34
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA..... 37
3.4 COLETA DE DADOS..... 37
3.5 ANÁLISE DE DADOS 38
3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS..... 40
4. RESULTADOS..... 41
4.1 “A DESCOBERTA DA DOENÇA”..... 42
4.2“MOTIVOS DA BUSCA PELO PROGRAMA..... 43
4.3 “CONHECIMENTO DO PROGRAMA”..... 45
4.4 “AVALIAÇÃO DO PROGRAMA” 48
5. **DISCUSSÃO**.. 52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 68
REFERÊNCIAS..... 71
APÊNDICES..... 81
APÊNDICE 1- ROTEIRO DE ENTREVISTA 82
APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 84
ANEXO..... 85
ANEXO 1- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE..... 86

1 INTRODUÇÃO

Um dos principais desafios da atualidade para a saúde pública volta-se para a questão das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Estas ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas e representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo, com impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral (BRASIL, 2011a).

As DCNTs são multifatoriais e relacionam-se a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, o consumo demasiado de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física (BRASIL, 2011b).

Com relação ao número de mortes, as DCNTs caracterizam-se como principais causas no mundo, correspondendo a 63% em 2008. Aproximadamente 80% dos óbitos por DCNTs, ocorrem em países de baixa e média renda, e um terço acometem pessoas com idade inferior a 60 anos. No Brasil, as DCNTs constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes (BRASIL, 2011b).

As transformações ocorridas quanto à incidência e à prevalência das doenças, demonstram que os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional (MIRANZI *et al.*, 2008).

Mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, gratuito e universal, a despesa individual de uma doença crônica ainda é alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias (BRASIL, 2011b).

Entre as DCNTs, estão as doenças cardiovasculares, que têm sido a principal causa de morte em nosso país, apresentando em 2010, 326.371 óbitos por doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2012). Contudo, nos países ricos, a mortalidade cardiovascular ocorre na faixa etária acima de “60-70 anos, enquanto que nos países pobres ocorre precocemente, em uma fase na qual o indivíduo é economicamente ativo” (BENSENOR; LOTUFO, 2004, p. 11).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *mellitus* (DM) que compõem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde (BRASIL, 2011a), são os principais fatores de risco populacionais para as doenças cardiovasculares, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede pública básica (BRASIL, 2001a).

Na tentativa de reduzir o número de hospitalizações e de atingir o acompanhamento e tratamento adequados na atenção básica, diversas estratégias e ações vêm sendo elaboradas e adotadas no Ministério da Saúde. Dentre essas ações, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus* possui destaque (BRASIL, 2001a).

Esse plano estabelece a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde; a vinculação dos usuários à rede; e a implementação de programa de educação permanente em Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes *mellitus* e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Segundo o Plano, o tratamento da HAS e do DM inclui como estratégias educação em saúde, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos (BRASIL, 2001a).

Para atingir tais estratégias cada município possui uma programação local de atividades para os usuários cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes *mellitus* (DM)[1] como: reuniões mensais com ações educativas, estímulo à realização de atividades físicas (através da realização de caminhadas ou atividades aeróbicas moderadas), consultas médicas agendadas e entrega de medicamentos (BRASIL, 2001a).

O cadastro e acompanhamento dos usuários portadores de HAS e/ou DM é realizado por meio do Sistema Informatizado de Saúde HiperDia (SIS-HIPERDIA)**,** criado em 2002. Este sistema gera as informações para os profissionais e gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

Os objetivos desse sistema consistem em: possibilitar a gestão do cuidado com a vinculação do portador à unidade básica ou equipe de saúde;

[1] Nesta Dissertação o Programa de atendimento aos portadores de Hipertensão arterial e Diabetes mellitusserá identificado por Programa de Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes mellitus(DM).

monitorar de forma contínua a qualidade do controle desses agravos na população assistida; fornecer as informações gerenciais que permitam subsidiar os gestores públicos para tomada de decisão; estimar acesso aos serviços de saúde; fornecer as informações que auxiliam a gerência e gestão da assistência farmacêutica, possibilitar o controle social por meio de informações que permitem analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção, dentre outras (BRASIL, 2011a).

Para atender a um dos objetivos propostos pelo SIS-HIPERDIA, que é vincular o portador à unidade básica de saúde, destaca-se a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como política prioritária de atenção primária. Sua conformação e processo de trabalho fornecem as condições mais favoráveis para a abordagem das DCNTs, incluindo a HAS e DM (BRASIL, 2011a).

Para o alcance da melhoria dos efeitos dos serviços na saúde da população, é preciso prestar mais atenção à qualidade da assistência prestada por eles em nosso país (MEDEIROS *et al.* 2010). Com esta finalidade enfatiza-se a importância da avaliação como uma forma de verificar as condições em que as ações de saúde são desenvolvidas para criar subsídios para melhoria dos serviços.

A avaliação da satisfação dos usuários pode fornecer elementos para adoção de novas estratégias ou melhora das existentes para qualificar o resultado do cuidado. Portanto, o usuário pode ser um grande colaborador da organização do serviço se a este for dada voz (COIMBRA *et al.*, 2011)

A melhoria da qualidade da assistência é uma preocupação na saúde pública mundial, acarretando consequências importantes para o sucesso do tratamento e para a redução de danos. Portanto, estudos de avaliação em saúde com enfoque na opinião da população são importantes e devem ser absorvidos pelos serviços como forma de melhorar o sistema. Os inquéritos populacionais mostram-se eficazes para qualificar a atenção básica (PAIVA, BERSUSA E ESCUDER, 2006).

Tendo em vista a interface entre a ESF, os usuários do SIS-HIPERDIA e a avaliação em saúde, pretende-se verificar, nesta pesquisa, a forma como os serviços prestados pelo nível local estão contribuindo para o cuidado de saúde de seus usuários.

No entanto, os resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, porém espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Nessa perspectiva, surge o meu interesse na avaliação do Programa de HA e DM à luz das diretrizes estabelecidas no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus,* sob a ótica de seus usuários. As experiências anteriores com os portadores dessas patologias me proporcionaram tal inquietação. Durante a graduação, desenvolvi pesquisas com portadores de HAS tanto em Unidades Básicas de Saúde, quanto em Hospitais. Trabalhei por três anos em uma Unidade de Saúde da Família, na qual tive a oportunidade de vivenciar o cuidado aos portadores de HAS e DM no Programa de Atendimento a essa população.

Em minha vivência, percebi que os usuários realizam o cadastro no SIS-HIPERDIA devido à necessidade de aquisição da medicação, não se adequando a algumas atividades propostas pelo Programa de HA e DM. Nesse sentido, considerando que a assistência farmacêutica é apenas uma das vertentes a serem trabalhadas com os usuários, pretendo pesquisar a lacuna existente entre interesses destes e os objetivos propostos pelo Programa.

Por conseguinte, a literatura especializada reconhece que as atividades de avaliação propiciam o comprometimento e a responsabilidade dos participantes em torno de objetivos a serem partilhados e conjugadamente alcançados (MARINHO e FAÇANHA, 2001). Assim, valorizando as considerações e expectativas dos usuários do SIS-HIPERDIA, pode-se melhorar a sua participação no Programa, bem como a maneira de realização das atividades.

Portanto, uma das expectativas geradas com a presente pesquisa é a melhoria do atendimento aos portadores de HAS e DM. Ao conhecer como os usuários avaliam o Programa de HA e DM pode-se sugerir estratégias para minimizar as complicações de saúde e potencializar a qualidade de vida.

Diante do exposto, a questão norteadora da pesquisa é: **como os usuários do Programa de HA e DM avaliam a contribuição deste para o cuidado de saúde na trajetória do tratamento da sua doença crônica?**

Nesse sentido, os objetivos desta pesquisa são**:** avaliar o Programa de HA e DM proposto pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus* na visão de seus usuários e descrever aspectos da trajetória dos usuários participantes do programa correlacionando com sua avaliação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os subtítulos, a seguir, versam sobre os temas Avaliação dos Programas de Saúde, Políticas Públicas de Saúde e Doença Crônica**:** Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus*.

2.1 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE

A avaliação dos programas de saúde visa à melhoria da qualidade da assistência, bem como a otimização dos serviços e recursos disponíveis na área. Nessa perspectiva, a avaliação do Programa de HA e DM constitui uma importante ferramenta para a continuidade do progresso das ações de saúde.

Define-se programa como um sistema organizado de ações que visam a modificar, em um contexto específico, o curso de um fenômeno a fim de atuar sobre uma situação-problema. Logo, se constitui em um conjunto de atividades implementadas por um governo com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população, através de atuações organizadas de saúde pública como intervenções em serviços, desenvolvimento de pesquisas, sistemas de vigilância, entre outros (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999).

Os Programas de Saúde possuem a finalidade de organizar e sistematizar o atendimento de populações vulneráveis, segundo critérios estabelecidos conforme sua especificidade (CONTANDRIOPOULOS *et al.,* 1997). Assim ocorre com os portadores de HAS e DM, cadastrados no Plano de Reorganização da Atenção a HA e ao DM, que estabelece as diretrizes para o Programa de Atendimento a essa população.

Devido à importância da estruturação e operacionalização dos programas de saúde Samico *et. al* (2010) chama atenção para a complexidade, diversidade e caráter evolutivo da realidade social. A análise da realidade em diferentes ângulos possibilita às instituições responder como as intervenções estão sendo implementadas e que resultados produzem com base nas informações e reflexões realizadas.

Ao considerar um programa objeto de avaliação necessita-se compreender sua complexidade e analisar a possibilidade de sua abordagem em diferentes aspectos, devido à sua multiplicidade de características e atributos (VENÂNCIO *et. al.*, 2008). Para isto, a avaliação não deve ser vista de maneira impositiva, mas resultante de discussões coletivas que referenciem condições concretas da realização do trabalho (SAMICO *et al.* 2010).

A avaliação dos programas públicos iniciou logo após a Segunda Guerra Mundial quando o Estado, ao substituir o mercado, deveria encontrar meios para que a atribuição de recursos obtivesse eficácia máxima (CONTANDRIOPOULOS *et al.,* 1997, p. 29). Em seguida, os economistas desenvolveram métodos para analisar os custos e vantagens dos programas públicos, sendo considerados os pioneiros da avaliação.

Devido à insuficiência de abordagens econômicas, houve a profissionalização da avaliação, adotando- se uma perspectiva interdisciplinar e metodológica (HARTZ, 1997).

A partir dos anos 60, os serviços, devido à sua própria expansão, passaram a serem considerados “produtos”, sendo, portanto, passíveis de padronização da qualidade. Porém, houve uma modificação dos mecanismos que garantiam essa qualidade conforme as transformações na produção industrial, a saber: excelência dos agentes produtores, sistemas de controle e fiscalização dos produtos, sistemas de garantia da qualidade e gestão total da qualidade (DONABEDIAN, 1996).

Nesse contexto, os serviços de saúde foram envolvidos nesses processos de avaliação. Observou-se maior envolvimento do setor privado, havendo também extensão ao setor público, quando a avaliação da qualidade passou a ser desenvolvida por profissionais especializados, em especial nos Estados Unidos (NOVAES, 2000).

No Brasil, devido à expansão da atenção à saúde, à oferta de novas tecnologias, ao desenvolvimento de modelos assistenciais diversos, e ao crescimento da importância política e econômica do setor da saúde, desenvolveram-se condições favoráveis para propostas de avaliação (NOVAES, 2000).

Nos anos 70, houve a necessidade de avaliar as ações sanitárias devido à diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento

dos serviços de saúde, tornando-se indispensável o controle dos custos sem redução da qualidade dos serviços (CONTANDRIOPOULOS *et al.,* 1997).

Apesar de ocupar o cenário das preocupações de gestores públicos e privados, as avaliações e alternativas metodológicas diversas ainda participam de forma incipiente e marginal dos processos de decisão no país. Devido à atuação da saúde coletiva há maior interesse pelas avaliações de programas, avaliações de qualidade e tecnológicas no setor público. No setor privado as propostas de gestão e garantia da qualidade ocupam lugar de destaque (NOVAES, 2000; BRASIL, 2003).

Devido à complexidade do sistema de saúde, bem como a velocidade da proliferação de novas tecnologias e expectativas geradas na população (CONTANDRIOPOULOS *et al.,* 1997) a avaliação surge como forma de resposta ao conhecimento das informações sobre o funcionamento do sistema de saúde, bem como de sua efetividade. Atualmente, encontra-se em expansão, sendo discutida por vários autores (NOVAES, 2000).

Assim, Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 30) consideram que "as definições de avaliação são numerosas, sendo difícil defini-la de forma universal e absoluta". Porém, adota-se, nesta pesquisa, a definição de Contandriopoulos (2006, p. 706), por ser objeto de amplo consenso, na qual a atividade de avaliar consiste em:

> aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através do fornecimento de informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter julgamentos diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Dentre os conceitos de avaliação, observa-se a distinção entre a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A primeira é realizada mediante julgamento com aplicação de critérios e de normas e, a segunda é elaborada a partir de procedimentos científicos (FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010), na qual esta pesquisa se enquadra.

Houve um crescimento da preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços nos últimos anos, devido à necessidade destes corresponderem tanto às questões econômicas quanto às novas necessidades

de saúde decorrentes da transição demográfica e epidemiológica da população (FRIAS *et al.,* 2010).

A ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, porém seu conceito é relativo e complexo, seu significado varia conforme o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade. Diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde, como profissionais, usuários, gestores, entre outros, influenciam no entendimento do que é qualidade, portanto não podem ser desconsiderados (UCHIMURA e BOSI, 2002).

A complexidade do termo qualidade traduz-se nas diferentes definições que focam principalmente na quantificação dos fenômenos. Apesar desta tendência que aborda a dimensão objetiva da qualidade, torna-se necessário explorar a dimensão subjetiva do termo, que está envolvida em todas as relações humanas (SAMICO *et al.,* 2010).

Portanto, Demo (1999) explica a complementaridade dos termos quantidade e qualidade. Pois, a objetividade da quantidade corresponde à qualidade formal mensurável através de instrumentos, técnicas e métodos. Já a subjetividade corresponde à qualidade política que está relacionada com valores, conteúdos e finalidades. Esta considera as singularidades das vivências, emoções e sentimentos.

Desta forma, parâmetros e/ou atributos são referência para a avaliação da qualidade em saúde. Assim, Donabedian (1966) propõe a avaliação da qualidade do cuidado em saúde a partir da tríade estrutura, processo e resultados.

A estrutura corresponde aos instrumentos, recursos, condições físicas e organizacionais. O processo, a saber, se refere às atividades, bens e serviços prestados e a maneira como estes são desenvolvidos. Já os resultados possuem como foco os efeitos e mudanças observadas no estado de saúde dos pacientes a partir dos objetivos propostos pela intervenção (DONABEDIAN, 1966).

Nesta pesquisa houve a necessidade de selecionar um conjunto de indicadores representativos tanto da estrutura quanto do processo e do resultado (DONABEDIAN, 1992), segundo explícito na metodologia. Esta abordagem estimula o desenvolvimento da visão crítica entre os envolvidos no

cuidado à saúde, com a identificação de critérios positivos no estudo do processo com vistas a melhorar o entendimento das formas adequadas de aplicar este cuidado com melhorias (DONABEDIAN, 1966).

O foco no processo permite o conhecimento das relações com a estrutura e os resultados, possibilitando a identificação dos fatores que facilitam ou impedem que as atividades atinjam seus objetivos. Portanto, esta abordagem permite uma visão ampla do problema avaliado, podendo subsidiar intervenções futuras (SAMICO *et al.,* 2010).

Os critérios de avaliação, segundo Donabedian (1988), podem estabelecer níveis mínimos ou máximos de qualidade e se orientar segundo as prioridades dos prestadores dos serviços, da visão dos usuários ou das prioridades da sociedade. Logo, na presente pesquisa a visão dos usuários acerca do Programa de HAS e DM pode determinar a qualidade julgada por estes participantes no contexto em que estão inseridos.

Vários estudos são realizados com o intuito de subsidiar a melhoria do atendimento dos portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Dentre estes, Paiva, Bersusa e Escuder (2006), avaliaram a assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato-São Paulo. Neste, os índices de satisfação do usuário e percepção da resolutividade do programa mostraram-se favoráveis, em torno de 66%. Por outro lado, 57,8% dos entrevistados referiram que não recebem todo o medicamento do serviço. Quanto à qualidade da assistência, detectou-se que 25% das anamneses estavam incompletas, e 43,7% dos exames físicos eram insatisfatórios.

O Ministério da Saúde publicou, em 2004, a Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus* no Brasil. No que se refere à participação da população-alvo, houve um índice bastante satisfatório, sendo que em nenhuma das regiões do país houve menos que 65% de participação (BRASIL, 2004).

Porém, os maiores índices de participação da população ocorreram em municípios pequenos, pouco urbanizados, de maior escolaridade e fora da área metropolitana. Contudo, locais nos quais houve cobertura por Programas de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) não estiveram associados a maior participação da população (BRASIL, 2004).

Tendo em vista que a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde está diretamente ligada à satisfação do usuário, o estudo realizado por Medeiros *et al*. (2010) objetivou avaliar o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e analisar a satisfação dos usuários do serviço. Como resultados, obtiveram que a maioria dos usuários mostrou-se satisfeita com o atendimento, revelando como pontos positivos a resolutividade, a humanização e a solidariedade. Já como pontos negativos referiram a demanda reprimida, a área física precária e a não participação dos usuários dos Conselhos Comunitários.

Ainda com relação à avaliação realizada pelos usuários dos serviços de saúde, um estudo realizado anteriormente (KERBER *et al*., 2010, p. 5) questiona:

> Como possíveis fatores intervenientes para a avaliação dos usuários, acerca de seus direitos e do cuidado recebido, se essa avaliação positiva está relacionada à sua condição de vulnerabilidade, associada ao receio de expressar insatisfações e desejos, ou ao seu possível desconhecimento acerca de seus direitos e também às questões referentes às desigualdades, como, por exemplo, da população que necessita, mas não está incluída nessa assistência?

As mesmas autoras consideram que a avaliação realizada pelos usuários oportuniza a verificação, na prática, da resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde e possibilita melhor adequação do serviço às expectativas da sua comunidade alvo.

Nesse sentido, Teixeira (2004) afirma que a avaliação do sistema de saúde pelo usuário possibilita a humanização do serviço, com exercício para aceitação, visão e percepção do outro, favorecendo a melhor contextualização do serviço de saúde fornecido.

Outro estudo avaliou o processo de implementação do sistema informatizado SIS-HIPERDIA nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Este revelou dificuldades como a falta de definição de um grupo responsável nos municípios tanto pelas áreas técnicas de HAS e DM, quanto pelo próprio SIS-HIPERDIA, além de faltar recursos humanos e materiais, e conhecimento necessário para a utilização deste sistema de informação. A internet, meio de acesso a várias informações úteis para a gestão e atualização sobre o sistema, neste estudo foi subutilizada (CHAZAN e PEREZ, 2008).

A opinião de mulheres usuárias do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento foram consideradas em estudo de avaliação. Neste, concluíram que a inclusão da perspectiva da mulher usuária pode permitir a flexibilização de determinadas normatizações do programa, adequando-se às particularidades de cada usuária do programa.

Este estudo enfatizou a importância de considerar a usuária como um sujeito integral em suas necessidades, não apenas em sua satisfação/insatisfação com relação ao atendimento recebido, mas também em sua possibilidade de desencadear uma reflexão crítica acerca dos objetivos e formato desse atendimento (ALMEIDA e TANAKA, 2009).

Contudo, a área da avaliação de programas, serviços e tecnologias vivencia as dificuldades na prática, para produção de conhecimentos concretos por aqueles que desenvolvem esta atividade (NOVAES, 2000). Ainda, Hartz (1997) afirma que quanto mais uma avaliação é bem sucedida, mais dúvidas ela gera, abrindo caminhos para novas perguntas, sendo considerada uma atividade dinâmica no tempo.

Os resultados de uma avaliação são úteis quando ela for considerada uma ferramenta para produzir informações, consequentemente, gerando poder para os participantes que a controlam (HARTZ, 1997).

A institucionalização da avaliação constitui-se em um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade (VENÂNCIO, 2008). Pois, institucionalizar significa integrar a avaliação em um sistema de tal forma que promova influencia em seu comportamento (HARTZ, 2005).

Assim, a avaliação objetiva contribuir para a qualificação da atenção à saúde, “promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS” (VENANCIO *et al.*, 2008, p. 22).

Com o desenvolvimento do processo de avaliação pode-se aumentar o poder dos participantes, bem como o comprometimento com a melhoria das políticas públicas. No sentido de auxiliar os grupos sociais a compreender os próprios problemas e as possibilidades de modificá-los em seu favor, a avaliação em saúde é considerada um processo que favorece a participação e o debate (HARTZ, 2005).

Em processos de avaliação, é fundamental registrar e conferir a fala das usuárias e dos informantes para o processo de decisão, visando à flexibilização do planejamento (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005).

Um déficit no trabalho de identificação dos problemas e reorientação de ações desenvolvidas, no que se referem à avaliação das práticas e mensuração do impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população foi identificado em estudo anterior. Portanto, avaliar o desenvolvimento dos serviços de saúde é imprescindível para o alcance da qualidade da assistência desejada (KERBER *et al*., 2010).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Os programas de prevenção integrada das DCNTs receberam apoio da Organização Pan-Americana de Saúde em 1996, tendo como referência o Programa CINDI *(Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Program)* criado e desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em países europeus, em 1985 (BRASIL, 2007).

Porém, o enfoque de saúde pública para as DCNTs foi respaldado em setembro de 2002, com a Conferência Pan- Americana de Saúde que aprovou a iniciativa CARMEN (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis) como uma das principais estratégias de prevenção integrada das doenças crônicas a serem implementadas na região (BRASIL, 2007).

As principais linhas de ação da iniciativa CARMEN são constituídas pelo estabelecimento de políticas de saúde, desenvolvimento de ações de base comunitária e serviços de saúde receptivos à prevenção de doenças crônicas. Por meio de intervenções de base comunitária e estabelecimento de uma rede de apoio regional, a iniciativa CARMEN pretendia impactar positivamente a epidemia de DCNTs nas Américas (BRASIL, 2007).

No Brasil, os antecedentes do Sistema Único de Saúde (SUS) configuravam um modelo de assistência à saúde não universal e baseada nos vínculos trabalhistas. Assim, tinham direito aos benefícios somente

trabalhadores que contribuíam para a Previdência, ou seja, aqueles com carteira assinada (PAULUS JÚNIOR e CORDONI JÚNIOR, 2006).

Segundo Carvalho e Barbosa (2010), em 1945, com a industrialização crescente e com a liberação da participação política dos trabalhadores, houve um aumento progressivo da demanda por atenção à saúde. Este fato culminou na promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, que promoveu a uniformização dos benefícios de saúde.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado em 1966 pelo governo militar, unificando todas as instituições previdenciárias setoriais e direcionando a consolidação da tendência à contratação de produtores privados de serviços de saúde (CARVALHO e BARBOSA, 2010).

Desta forma, a década de 1970 foi marcada pela expansão da cobertura do sistema, aumentando a oferta de serviços médico-hospitalares. Porém, a insatisfação política da população com o regime ficou evidente com os resultados das eleições de novembro de 1974, visto que o único partido de oposição assumiu o poder, e ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. Este se estendeu com a incorporação de lideranças políticas sindicais populares e também parlamentares interessados na causa (OLIVEIRA, 2000).

A primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde data em 1975, com a Lei 6.229, de 17 de julho de 1975, mas a municipalização que resultou desta Lei não prosperou (BRASIL, 1975).

O Ministério da Saúde, em 1977, reconhecia que o papel primordial da esfera municipal era o de estruturar uma rede de serviços básicos dentro dos princípios da atenção primária, mas nenhum passo concreto foi dado nesta direção (PAULUS JÚNIOR e CORDONI JÚNIOR, 2006).

Após muitos problemas relacionados ao repasse de verba e investimentos na área da saúde, em 1985, o advento da Nova República significou uma derrota ortodoxa privatista para a crise da Previdência Social e o predomínio da visão publicista comprometida com a reforma sanitária (CARVALHO e BARBOSA, 2010).

Logo, a VIII Conferência, realizada em 1986, com as eleições indiretas para um presidente não militar e a expectativa de uma nova constituição, foi considerada um marco do movimento pela reforma sanitária (SILVA *et. al*.,

2007). O relatório dessa Conferência mencionou, entre outras propostas, a ampliação do conceito de saúde para além da concepção biologicista, fazendo parte do campo político e histórico (PAULUS JÚNIOR e CORDONI JÚNIOR, 2006).

Por conseguinte, as bases do SUS atual no Brasil foram dadas mediante a VIII Conferência Nacional de Saúde, que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório subsidiando decisivamente a Constituição Federal de 1988, nos assuntos de Saúde (PAULUS JÚNIOR e CORDONI JÚNIOR, 2006).

Essa Constituição, por sua vez, estabeleceu a saúde como direito universal, pois passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo. Neste sentido, o conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas, de forma que a assistência é concebida integralmente de maneira preventiva e curativa. A gestão participativa e os comandos e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo definiram-se como importante inovação (PAULUS JÚNIOR e CORDONI JÚNIOR, 2006).

Dessa forma, as Leis nº 8.080 e Lei nº 8.142, aprovadas em 1990, regulamentam o SUS. A primeira sedimenta as orientações constitucionais do SUS. A segunda trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde e cria as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. Esta também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios (BRASIL, 1990).

Posteriormente, as normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde em 1991, 1993 e 1996 merecem destaque devido à sua importância na orientação do novo modelo, inclusive nos aspectos do financiamento (PAULUS JÚNIOR e CORDONI JÚNIOR, 2006).

Dessa forma, para garantir os princípios do SUS como a integralidade, universalidade, equidade e participação da população, os modelos tradicionais de atenção à saúde tornaram-se insuficientes, surgindo, então, a proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que teve seu início na década de 1990, com intuito de reorientar o modelo assistencial de saúde. (BRASIL, 2011b).

A ESF é um projeto dinamizador do SUS com operacionalização mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades de Saúde, sendo essas responsáveis pelas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, e, manutenção da saúde comunitária (BRASIL, 2011a). Logo, estabelece-se a criação de vínculos e de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Nesta perspectiva, a família passa a ser o objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive (BRASIL, 1997).

Um dos pressupostos básicos da ESF é conhecer a realidade acerca da qual se trabalha, planejando as ações de saúde de acordo com os problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando à melhoria progressiva das condições de saúde e qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 1997).

A composição do trabalho da ESF exige a integração entre os vários níveis de atenção e, neste sentido, apresenta um poder indutor na reestruturação desses níveis, articulando-os por meio de serviços existentes no município ou região.

Assim sendo, a ESF é um dos componentes de uma política de complementaridade, não devendo isolar-se do sistema local. Essa estratégia deve provocar uma mudança na colaboração entre as áreas de promoção e assistência à saúde, rompendo com a dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual (BRASIL, 1997).

A ESF coloca como prioridade, na elaboração do projeto de implantação, que todos tenham acesso aos serviços de saúde, a fim de garantir o princípio de igualdade a todos os cidadãos. Isso se traduz na necessidade de expansão da rede básica para assistir periferias urbanas e zonas rurais em municípios (BRASIL, 2000).

Destarte, considera-se a importância das diversas atividades realizadas pelas equipes das Unidades de Saúde da Família no nível da atenção primária como tentativa de otimização dos serviços e recursos à saúde. Destaca-se dentre estas atividades, o Programa Hiperdia, que permite o monitoramento dos doentes captados no Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus*. (BRASIL, 2001a).

Este Plano tem como propósito vincular os portadores de HAS e DM às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços (BRASIL, 2001a). Deste modo, este documento fornece subsídio técnico para os profissionais da rede de atenção básica de saúde, que hoje possuem na Estratégia Saúde da Família uma perspectiva de reorganizar a atenção à HAS e ao DM.

Desta forma, o Ministério da Saúde, por meio da Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus* no Brasil, considerou que aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde, como a cobertura das regiões por Programas de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) não se associaram a maior participação popular no Programa local de atendimento aos hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2004).

Em estudo realizado por Chazan e Perez (2008) foram encaminhados aos municípios, um questionário para avaliação do processo local de implementação do SIS-HIPERDIA, pois o número de cadastros efetuados no Estado do Rio de Janeiro estava bem aquém do estimado. Dos 78,3% questionários que retornaram respondidos, 82% afirmaram ter o sistema instalado e 88% referiram a realização do cadastramento de pacientes e a digitação de dados. Porém, foram detectadas dificuldades no cadastramento e na digitação dos dados, no processo de trabalho das equipes, e falta de estrutura do Programa de HA e DM.

Com o intuito de avaliar a eficiência da Estratégia Saúde da Família nas ações relacionadas à hipertensão arterial na atenção básica, Rabetti e Freitas (2011) utilizaram a análise envoltória de dados. Com isto, concluíram que houve maior eficiência na produção de serviços do que na produção de resultados nos municípios avaliados. Sendo que 62,2% dos municípios foram ineficientes nos serviços de cadastro no SIS-HIPERDIA, no atendimento individual e na visita domiciliar para usuários com hipertensão.

2.3 DOENÇA CRÔNICA: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E DIABETES MELLITUS(DM)

As DCNTs são as principais causas de mortes no mundo, acarretando elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011b).

A Organização Mundial de Saúde (2003) aponta que as condições crônicas de saúde são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças mundiais. Sendo que, o crescimento destas patologias é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos.

Nas últimas décadas, as DCNTs passaram a liderar as causas de óbito no país, sendo que estas patologias custam caro para o SUS, se não forem adequadamente prevenidas e gerenciadas. O enfretamento dessas “novas epidemias” de DCNT necessita de investimento em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável (BRASIL, 2011a).

Logo, os três componentes essenciais da vigilância de DCNT, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2011) são: monitoramento dos fatores de risco; monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças; e respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, ou políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive a medicamentos.

Portanto, o fortalecimento da vigilância é uma prioridade nacional e global. O investimento na melhoria de cobertura e da qualidade dos dados de mortalidade e na condução de pesquisas regulares dos fatores de risco torna-se uma necessidade.

Assim sendo, para evitar o crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências para a qualidade de vida da população, é fundamental desenvolver estratégias de prevenção e controle das DCNT e de seus fatores de risco (BRASIL, 2005).

Para isso, a Organização Mundial de Saúde (2003) considera oito elementos essenciais com fins de aprimoramento dos sistemas de saúde, e de redução do impacto das doenças crônicas: apoiar mudança de paradigma; gerenciar o ambiente político; desenvolver um sistema de saúde integrado; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o tratamento no paciente e na família; apoiar pacientes em suas comunidades e enfatizar a prevenção.

Dessa forma, ao analisar os últimos três elementos, compreende-se que as políticas de saúde devem ser coerentes com as possibilidades e necessidades dos usuários, pois sua implementação compreende um conjunto de ações que antecedem a definição de suas diretrizes, incluindo a previsão de impactos sobre as pessoas (RUA, 2009).

No entanto, a magnitude de parte das DCNTs, no contexto brasileiro, pode ser avaliada pelas doenças cardiovasculares, responsáveis por 31% do total de óbitos por causas conhecidas. Por serem doenças em geral de longa duração, essas se encontram entre as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Atualmente, as doenças cardiovasculares, nos países em desenvolvimento, são responsáveis por cerca de 76% de excesso em óbitos. No Brasil e no mundo, estas prevalecem como a principal causa de mortalidade e incapacidade (GUIMARÃES, AVEZUM e PIEGAS, 2006). Dentre as doenças cardiovasculares, a HAS e DM ocupam representatividade, pois afetam grande parte da população e demandam cuidados permanentes para prevenção dos agravos à saúde e para manutenção da qualidade de vida.

Os dados do Ministério da Saúde apontam que no Brasil, a DM junto com a HAS, são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representam 62,1% dos diagnósticos primários em doentes com insuficiência renal crônica submetido à diálise (BRASIL, 2006).

A tabela abaixo, construída baseada nos dados do DATASUS (BRASIL, 2012), demonstra o número total de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão no Brasil, comparando os registros dos últimos cinco anos, a seguir.

Tabela 1. Número absoluto de Diabéticos, Hipertensos e Diabéticos com hipertensos no Brasil, DATASUS, Maio 2006 a Maio 2011

Ano	**Nº de Diabéticos**	**Nº de hipertensos**	**Nº de diabé ticos com hipertensão**
05/2006 a 05/2007	51.755	888.329	248.728
06/2007 a 05/2008	49.873	807.743	229540
06/2008 a 05/2009	45.521	669.799	206.568
06/2009 a 05/2010	43.478	639.245	197.514
06/2010 a 05/2011	29.229	368.378	122.461
TOTAL	219.856	3.373.494	1.004.811

Fonte: DATASUS - Maio 2006 a Maio 2011

Conforme observado na tabela 1, os números demonstram uma redução dos registros, o que não significa uma consequente redução dos casos destas patologias. Boing e Boing (2007) afirmam que a interpretação de dados de origem secundária, como os oriundos dos Sistemas de Informações em Saúde nacionais requerem análise crítica e cautelosa.

Os mesmos autores avaliaram em sua pesquisa que os dados oriundos do Hiperdia não podem ser considerados representativos da prevalência de hipertensão nas regiões brasileiras. Isso ocorre porque os registros dos pacientes dependem da sistematização e remessa dos dados pelos municípios ao Ministério da Saúde, sendo que muitos municípios, entretanto, não os fazem ou realizam-nos de maneira parcial (BOING e BOING, 2007).

No entanto, a utilização e análise desses dados é passo importante e fundamental para a melhoria dos sistemas de informações de saúde. Estes permitem que gestores tenham em mãos ferramentas mais adequadas para subsidiar decisões e o meio científico para avaliar políticas de prevenção e controle dos agravos em saúde (BOING e BOING, 2007), embora ainda não se saiba que a redução dos casos apontados pelos dados sejam resultados das políticas de saúde.

Por apresentarem muitos aspectos em comum, como a cronicidade e ausência de sintomas e, devido à associação das duas doenças no mesmo portador serem da ordem de 50%, justifica-se a abordagem conjunta da HAS e DM na maioria dos casos (BRASIL, 2011a). Ambas são doenças de alta

prevalência e geram alto custo social e impacto sobre o perfil de morbimortalidade da população brasileira, constituindo um desafio para o sistema público de saúde.

Todavia, apresenta-se alguns conceitos referentes às duas patologias que considero pertinentes aos objetivos desta pesquisa. Neste sentido, a HAS caracteriza-se como uma condição clínica multifatorial com níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA).

A HAS associa-se, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo uma doença de alta prevalência e baixo controle, que caracteriza um importante problema de saúde pública. (SBC, SBH, SBM , 2010).

Além disso, a HAS agrega-se as demais condições crônicas, como doença renal crônica, diabetes, entre outras. Essas evidências contribuem para o agravamento das condições de saúde do indivíduo, concorrendo para a perda da qualidade de vida, para a letalidade precoce das doenças, para os altos custos sociais e dos sistemas de saúde (SUS e sistema suplementar) (BRASIL, 2011b).

Por ser considerada origem de outras doenças crônico-degenerativas, a HAS é determinante na redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos, devido à multiplicidade de consequências que a mesma pode causar no organismo (FUCHS, 2004). Além de acarretar graves complicações a órgãos vitais quando não tratada adequadamente, constituindo, desse modo, um dos mais graves problemas de saúde pública, merecendo assim ser estudado por aqueles que se encontram envolvidos direta ou indiretamente com esta problemática (SILVA *et al.*, 2008).

Para isso, considera-se a evolução da HAS como lenta e silenciosa, o que dificulta a percepção dos indivíduos portadores. Apesar dos estudos demonstrarem progressos na prevenção, detecção, tratamento e controle da hipertensão, nas últimas décadas, o desafio para controlar a doença é grande e parece ser comum, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (OLIVEIRA e*t al.* 2008).

Corroboram com esta afirmativa Silva *et al.* (2008), que consideram o tratamento e controle desta doença ainda inadequados, embora os avanços

científicos e tecnológicos, nas últimas décadas, venham facilitando a identificação dos fatores de risco e do diagnóstico precoce de seus agravos.

Portanto, a ausência de sintomas da HAS é considerada como um dos fatores que dificulta a adesão ao tratamento. Assim, estas pessoas podem ter alteração na pressão arterial e, em conjunto, hábitos e comportamentos de saúde que favoreçam a manutenção dos níveis pressóricos elevados. Consequentemente, a maioria conhece o diagnóstico desse agravo quando é vítima de alguma complicação (SANTOS e LIMA, 2008).

Tendo em vista que as complicações resultantes do diagnóstico tardio da hipertensão ou da não adesão ao tratamento podem demandar internações e custos hospitalares (MIRANZI *et al*., 2008), torna-se indispensável a identificação precoce e oferta de assistência e acompanhamento adequados dos portadores de HAS.

Logo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) enfatiza que o manejo adequado da HAS, de caráter prioritário, requer ações articuladas em três eixos, a saber: a vigilância da HAS, das comorbidades e de seus determinantes; a integralidade do cuidado; e a promoção da saúde. A mobilização social e o investimento em educação potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis.

Realidade que se reafirma para os portadores de DM. Portanto, o estabelecimento do vínculo dos usuários com as UBS é imprescindível para o sucesso do controle desses agravos, prevenindo complicações e reduzindo o número de internações (BRASIL, 2004).

Para isso, torna-se imperativa a compreensão do conceito da DM como uma doença de múltipla etiologia, que ocorre devido à falta de insulina e/ou incapacidade deste hormônio exercer adequadamente seus efeitos. A hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas a caracteriza. As consequências da patologia, em longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2001a).

Desta forma, algumas estratégias envolvem a abordagem geral para o tratamento do DM como a educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos. Para a redução da mortalidade, torna-se essencial

o tratamento concomitante de outros fatores de risco cardiovascular (BRASIL, 2006).

Ao analisar o diabetes como causa associada de morte, observa-se um aumento de 8% no período entre 2000 e 2007. Além das taxas crescentes de mortalidade, o diabetes preocupa pelo aumento na sua prevalência estimada em inquéritos e pelo número de atendimentos ambulatoriais e hospitalares provocados pela doença e suas complicações (BRASIL, 2011b).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2000) devido às elevadas taxas de morbimortalidade associadas, a prioridade da saúde pública referente ao DM é a prevenção. Neste sentido a atenção básica de saúde possui função importante na abordagem dos fatores de risco para combater a DM. Alguns destes são: sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis, alcoolismo e tabagismo. Portanto, a identificação e tratamento de indivíduos de alto risco devem ocorrer na atenção primária.

Na prevenção secundária, ocorre a identificação de casos não diagnosticados de DM na prevenção primária. O tratamento e intensificação do controle de portadores já diagnosticados, que visa a prevenir as complicações agudas e crônicas ocorrem na prevenção terciária (SBD, 2000).

Portanto, o manejo do DM, segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado, sendo sua base o nível primário. Os principais componentes do sistema de saúde local devem ser considerados para a adequada prestação de serviços para os diabéticos.

A prevenção e o controle da DM na população estão diretamente relacionados ao nível da qualidade da assistência prestada à população e, especialmente, pela capacidade integralizadora das ações de saúde no âmbito municipal do SUS (PEREIRA *et al.*, 2008), fato que se correlaciona com a patologia HAS.

O estudo realizado por Pereira, *et al.* (2008) concluiu que existem deficiências na atenção básica de saúde para o atendimento adequado aos doentes diabéticos nos municípios de Londrina, Maringá e Curitiba. Esse fato verifica-se devido à proporção significativa desses portadores, que utilizam a rede pública de saúde ainda não se encontram cadastrados no programa Hiperdia. Entretanto, para esses autores, não fica claro se a origem desta

deficiência pode ser a falta de divulgação do programa entre os doentes, ou a ineficiência do atendimento prestado pela equipe de saúde.

Deste modo, a avaliação de programas da atenção básica à saúde quanto ao cuidado com os portadores hipertensos e diabéticos, e entre aqueles sem os agravos, são fundamentais. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes *mellitus* foi um importante passo, porém necessita de constante avaliação para medir os impactos gerados na população (BRASIL, 2011b).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

O atual projeto faz parte da linha de pesquisa “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa. A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento *ex - post facto* de uma intervenção com métodos científicos (CONTANDRIOPOULOS *et al*., 1997).

Na avaliação de um programa, o mérito por referência a determinados parâmetros remete ao estabelecimento da qualidade. Esses parâmetros permitem a construção de instrumentos a serem utilizados neste processo. Portanto, os serviços são pensados como produtos, sendo passíveis de uma padronização na qualidade (NOVAES, 2000).

Para tanto, a avaliação possui referenciais teóricos e metodológicos específicos (NOVAES, 2000). Donabedian (1990) considera a tríade estrutura, processo e resultado, na avaliação na área da saúde. No entanto, apesar de sua utilização em grande escala na avaliação da qualidade de programas e serviços de saúde, este modelo recebeu diversas críticas e vem sofrendo alterações (SAMICO *et al.* 2010).

Existem limitações no modelo proposto por Donabedian (1992), reconhecidas pelo próprio autor, sendo recomendada a adoção de estratégias que melhor definam a avaliação da qualidade. Para isto, é necessário que haja uma seleção de indicadores representativos tanto da estrutura quanto do processo e do resultado. Estes devem ser visto como interdependentes e não como excludentes (DONABEDIAN, 1992).

Para que se possa alcançar tal expectativa, destaca-se a distância dos avaliadores, ou de parte destes, o que não exclui a participação de avaliadores internos no processo, devido à busca da máxima objetividade possível (NOVAES, 2000). Essa ideia é enfatizada por Hartz (1997) ao afirmar que este tipo de pesquisa, geralmente, é desenvolvido por aqueles que não são responsáveis pela intervenção em si.

Fato correspondido no desenvolvimento da presente pesquisa, pois a avaliação foi realizada pelos usuários, sem a intervenção direta dos componentes da equipe de saúde. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná, que não estava inserida previamente na realidade avaliada.

Optou-se pela abordagem qualitativa, pois esta trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões dos indivíduos (MINAYO e SANCHES, 1993). No entanto, sabe-se que a metodologia predominante nas pesquisas de avaliação ainda é a de natureza quantitativa, mas com crescente participação das formas de natureza qualitativa, sendo que ambas buscam objetividade e possibilidade de generalização do observado (NOVAES, 2000).

O termo qualitativo, segundo Chizzotti (2008), implica partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para retirar deste convívio os significados importantes que são perceptíveis somente a uma atenção sensível.

Corroborando com a descrição da pesquisa qualitativa, Minayo e Deslandes (2002) afirmam que esta é construída conforme situações reais e cotidianas, sem estruturação dos dados, buscando o significado da ação social segundo a visão dos sujeitos pesquisados.

Desta forma, a pesquisa qualitativa permite maior fidedignidade à realidade empírica e à experiência dos sujeitos pesquisados, pois ocorre a inserção do pesquisador no cotidiano de grupos e instituições (MINAYO, DESLANDES, 2002).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Colombo, Região Metropolitana de Curitiba. O município possui o total de 22 Unidades Básicas de Saúde, sendo treze referentes à atenção básica e nove que possuem ESF. No entanto, foram selecionadas duas unidades de saúde que possuem ESF: uma de grande porte e outra de pequeno porte.

A escolha de duas unidades de saúde ocorreu devido ao desenvolvimento da análise de implantação, no quadro da pesquisa avaliativa, a qual “mede a variação da intervenção implantada em diferentes contextos” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 45). Esta opção permite analisar os efeitos diferenciados na situação de saúde da população estudada devido aos diferentes contextos em que as atividades são desenvolvidas. Pois, diferenças como processo de trabalho da equipe e área de abrangência podem produzir resultados particulares nas duas unidades selecionadas.

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

A inserção da pesquisadora no campo de pesquisa ocorreu por meio do desenvolvimento da disciplina “Vivências na Prática Assistencial” do Programa de Mestrado da Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná. Esta etapa foi desenvolvida mediante a realização de atividades educativas com os usuários do SIS-HIPERDIA, que participam das reuniões realizadas pelas Equipes de Saúde da Família. Este primeiro contato possibilitou o conhecimento do ambiente e a aproximação dos usuários e da pesquisadora para o posterior desenvolvimento da pesquisa.

Logo, notou-se que as duas unidades selecionadas possuem populações mistas e realidades de trabalhos diferenciadas. Na unidade de menor porte, as reuniões ocorrem separadamente conforme as duas Equipes de Saúde da Família. Cada equipe possui cinco microáreas de abrangência, sendo que para a realização das reuniões ocorre uma subdivisão do grande grupo. Esta envolve duas microáreas em uma tarde da semana e as outras três microáreas em outra tarde da semana, devido à estrutura física da unidade. Em cada reunião é verificado o peso e aferida a pressão arterial, sendo que a medida da circunferência abdominal é verificada a cada seis meses.

Neste mesmo dia, há uma verificação da data da última consulta, pois, se estiver próximo de seis meses, as enfermeiras pedem os exames de sangue de rotina e agendam a consulta médica para que o paciente retorne com os resultados. Logo após, realiza-se uma atividade educativa em grupo com

duração média de 30 minutos. A entrega da medicação ocorre após a atividade educativa na própria farmácia da unidade de saúde.

Na unidade de maior porte, o funcionamento do Programa de HA e DM ocorre mediante a divisão dos usuários de cada uma das quatro Equipes de Saúde da Família em dias da semana diferentes para a reunião no período da manhã. Sendo que, ainda existe uma subdivisão do grande grupo em grupos menores por microárea que comparecem à unidade de saúde mediante agendamento prévio de dia e horário.

Cada equipe da ESF realiza a reunião com o grupo de sua área de abrangência em um dia da semana, totalizando quatro dias para cada uma das quatro áreas. Como cada área possui cinco microáreas de abrangência, organizou-se uma hora de reunião para cada microárea na mesma manhã.

Cada reunião tem uma hora de duração com a realização da verificação da pressão arterial, de uma palestra com tema específico com posterior entrega dos medicamentos e agendamento da próxima consulta e da próxima reunião. Nos dias da realização das reuniões não há verificação de peso e/ou circunferência abdominal e nem solicitação de exames de rotina pelos enfermeiros.

A frequência das consultas de rotina dos pacientes hipertensos e diabéticos de baixo risco é de duas vezes ao ano, conforme é preconizado pelo Plano de Reorganização da Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a). Porém, aqueles que possuem médio e alto risco são avaliados conforme a necessidade antes desse período, sendo esta realidade para as duas unidades de saúde. A medicação é entregue sempre nessas reuniões para um mês, conforme prescrição médica.

Portanto, ao considerar a busca da objetividade e da possibilidade de generalização do observado nas pesquisas avaliativas de cunho qualitativo, (CHEN, 1990), adotou-se duas realidades diferentes apresentadas sob a seleção das duas unidades de saúde descritas para este estudo.

Dessa forma, a escolha de unidades de saúde com ESF ocorreu devido ao contexto atual de transformação e reorganização da atenção básica de saúde voltada para a implantação da dinâmica de trabalho das Equipes de Saúde da Família, devido à possibilidade de criação de maior vínculo com a comunidade.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *mellitus*, que possuem cadastro no Programa de HA e DM. Os critérios de inclusão foram: ter idade entre 18 e 59 anos e estar com cadastro ativo no SIS-HIPERDIA das referidas Unidades Básicas de Saúde. Foram excluídos os usuários que não frequentavam a unidade por mais de 6 meses.

Participaram 30 usuários das duas Unidades de Saúde, sendo 10 da unidade de menor porte e 20 da unidade de maior porte, conforme o método da amostragem por saturação descrita por Turato (2003). Nesta o pesquisador "fecha o grupo quando, após as informações coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo" (TURATO, 2003, p. 363).

Para isso, esse autor descreve a importância da homogeneidade ampla do grupo pesquisado, que é composto por uma soma de características em comum a todos os sujeitos que compõe a amostra, como os selecionados para esta pesquisa, participantes do programa de atendimento ao portador de HA e DM.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada gravada em áudio (Apêndice 1) nas Unidades Básicas de Saúde. A avaliação da qualidade do Programa Hiperdia sob a ótica de seus usuários envolveu questões sobre processo, estrutura e resultados, conforme é preconizado por Donabedian (1992), sendo desenvolvido nos seguintes aspectos: uso do serviço; conhecimento do programa, adesão às atividades propostas e avaliação do usuário.

A avaliação segundo o uso do serviço foi realizada por meio de questões que envolveram: tempo (em dias) decorrido entre o diagnóstico médico da

doença e o agendamento da primeira consulta; avaliação do acesso ao serviço; e satisfação do usuário segundo a resolutividade para seu problema.

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

O roteiro de eixos temáticos foi avaliado por meio da realização de um teste piloto com três usuários. Esta etapa da pesquisa foi realizada no mês de novembro de 2011. Após adequação deste, a coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2012.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tratados segundo a análise de conteúdo de Bardin, (2010). Na realização de pesquisas qualitativas, a escolha de uma técnica para a análise dos dados, deve proporcionar um olhar multifacetado acerca da totalidade dos dados recolhidos no período de coleta (*corpus*). Tal fato se deve, invariavelmente, à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados. Um método muito utilizado na análise de dados qualitativos é o de análise de conteúdo, compreendido como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca dos sentidos de um documento (CAMPOS, 2004).

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que objetiva a descrição sistemática do conteúdo manifesto da comunicação. Esta abordagem “tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e o seu contexto ou, eventualmente os efeitos dessas mensagens)” (BARDIN, 2010, p. 44).

Desta forma, as etapas a seguir compõem a sequência da análise descrita por Bardin (2010): **organização da análise** – pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados –, **codificação** – corresponde à

transformação dos dados brutos para uma forma sistemática e agregada em unidades –, **categorização** – operação de classificação dos elementos – e, **inferência** – operação da qual se aceita uma hipótese em virtude da sua ligação com outras hipóteses já aceitas.

Na organização da análise, a fase que corresponde à pré-análise envolve um período de intuições que objetiva sistematizar as ideias iniciais, conduzindo a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas. Para isso, desenvolvem-se técnicas ditas sistemáticas que permitem apreender, a partir, dos próprios textos, as ligações entre diferentes variáveis (BARDIN, 2010).

O mesmo autor enfatiza que a exploração do material envolve a aplicação sistemática das decisões da pré-análise, envolvendo procedimentos manuais ou computadorizados para verificação dos textos. Esta corresponde à longa fase que envolve a decomposição do material a ser analisado. Desta forma, o tratamento dos resultados envolve operações que organizam os dados em quadros de resultados, diagramas, figura e modelos que ressaltem as informações que emergiram da análise.

Logo, a codificação transforma os dados, segundo regras precisas, mediante recorte, agregação e enumeração, possibilitando atingir uma representação do conteúdo ou a identificação de suas características. Para isso, esta etapa envolve ***a unidade de registro*** que utiliza o **tema** para estudar as motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências. Sendo que o tema é a unidade de significação e se liberta, naturalmente, de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria, pois serve de guia à leitura. Assim, os temas resultantes da análise são classificados conforme a freqüência de aparição, pois a importância de uma unidade de registro aumenta com a frequência de aparição (BARDIN, 2010).

Ainda na fase da codificação, existe a **unidade de contexto** considerada por Bardin (2010) como uma unidade de compreensão para codificar a unidade de registro. Na sequência a categorização corresponde à "classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento" segundo critérios previamente definidos (BARDIN, 2010). Portanto, esta etapa reúne um grupo de **unidades de registro** com características comuns para classificá-los em categorias.

A inferência designa a indução a partir dos fatos, através de predisposições causais do locutor. Esta etapa pretende estabelecer “uma lei relacional em que o aumento do nível pulsional do locutor seja acompanhado pela simplificação e normalização das suas escolhas”, ou seja, identificar a relação entre hipóteses estabelecidas (BARDIN, 2010, p. 167).

A análise dos dados possibilitou a identificação de quatro categorias temáticas: “A descoberta da doença”, “Motivos para a busca do programa”, “Conhecimento do programa” e “Avaliação do programa”.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 0136.0.091.000-11), após a autorização da Secretaria de Saúde do Município de Colombo.

Os sujeitos foram esclarecidos acerca da pesquisa, os objetivos, riscos e benefícios, e a inclusão de cada um ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – apêndice 2), respeitando o anonimato, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (1996).

Os usuários foram identificados com códigos de E 1 a E 10 correspondestes às entrevistas realizadas na Unidade de Saúde de menor porte. Os códigos de E 11 a E 30 referem-se às entrevistas realizadas com os usuários da Unidade de Saúde de maior porte.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em uma sala separada nas unidades de saúde, o que possibilitou a privacidade dos sujeitos da pesquisa.

4 RESULTADOS

Dos 30 entrevistados, 23 eram do sexo feminino e sete do sexo masculino. A idade variou entre 31 e 60 anos, sendo dois participantes de 31 a 40 anos, 11 de 41 a 50 anos e 17 de 51 a 60 anos. Com relação ao estado conjugal, 22 participantes da pesquisa são casados, dois possuem união estável, quatro são divorciados e dois viúvos.

Em relação à religião, 18 usuários consideraram-se católicos, 11 evangélicos e apenas um sem religião. No que se refere ao grau de instrução, dois usuários concluíram o ensino superior, um o ensino médio, 10 o ensino fundamental e 17 o ensino fundamental incompleto.

No que se refere à ocupação, quatro usuários estão aposentados, sendo dois por invalidez; três estão afastados por auxílio doença; 12 são do lar; e, 11 trabalham com registro.

Tendo em vista que o valor do salário mínimo é de R$ 622,00 a renda familiar predominante foi de dois a três salários mínimos para 17 usuários; sendo que nove possuem entre um a um e meio salário mínimo; e, quatro entre quatro e cinco salários mínimos.

Em relação à presença de histórico familiar para HA e DM, na população participante desta pesquisa constatou-se a presença deste fator de risco em quase todos os usuários, sendo que apenas um referiu não possuí-lo.

No que se refere ao diagnóstico, 19 usuários são portadores de Hipertensão arterial e 11 possuem Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus,* sendo que 17 referiram outros diagnósticos associados, como hipercolesterolemia, artrose, depressão e reumatismo.

O tempo de diagnóstico variou entre um e 15 anos, sendo seis classificados entre um a três anos; 12 entre três anos e um mês a seis anos; e, 12 com mais de seis anos. A data de entrada no Programa de atendimento ao portador de Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus* foi dividida em 15 usuários que ingressaram imediatamente após o diagnóstico e 15 depois de um ano de diagnóstico.

4.1 “A DESCOBERTA DA DOENÇA”

Na primeira categoria, dos 30 usuários entrevistados, 25 revelaram a trajetória de cuidado à saúde desde o momento da descoberta do diagnóstico até a entrada no Programa de HA e DM. Algumas falas ilustram a afirmação acima:

> *“Descobri que eu era hipertenso quando eu estava na empresa. Estourou um coágulo de sangue no meu olho e eu achei que era um problema da vista. Fui no oculista e ele falou para eu procurar um cardiologista porque devia ser hipertenso, e foi o que aconteceu. Eu tinha plano de saúde então eu fui, fiz o teste de esforço aquela coisarada toda e constatou que eu era hipertenso” (E 10)*

> *“Comecei a fazer os tratamentos, começou a aparecer tudo e mais um pouco; já que estou me aposentando, hoje estou aposentado, então mais o que eu tinha que fazer eu trabalhei o que tinha que trabalhar.” (E 1)*

> *“(...) Lá em Salvador assim eu não estava nem aí, então eu passei mal fui para o hospital aí me passaram um remédio aquele captopril e tomei aquele remédio 9 anos nunca mudava para outro nem pra nada (...). Quando eu vim pra cá, eu passei mal me levaram no postinho, chegaram e me atenderam, (...) passei o dia todo no posto tomando medicação, daí comecei fazer o tratamento. Graças a Deus desde que cheguei aí estou bem. (...)” (E 23)*

> *“(...) A minha pressão era muito alta, eu não podia arrancar um dente, chegava já media a pressão já tava alta, fiquei uns 5 anos com a boca estragada e não podia arrancar, porque não controlava. Tomava o remédio baixava, dalí a pouco subia de novo.” (E 27)*

> *“(...) Fiquei 3 anos sem saber o que era um tratamento eu passava mal (...) mas quando eu vi que estava demais, (...) daí eu procurei, vi que não tinha outra solução, (...) já que é pressão alta o negócio é acompanhar, mas eu não queria, queria ficar com remédio caseiro” (E 8)*

Nas falas acima, verificou-se que doença foi descoberta após um fato específico que marcou a vida dos usuários. Desta forma, o diagnóstico da doença os impulsionou a tomar uma atitude mediante os cuidados com a

saúde. Esse fato desencadeou a formação da próxima categoria com os motivos elencados pelos participantes do programa para seu ingresso neste.

4.2 “MOTIVOS PARA A BUSCA DO PROGRAMA”

Na segunda categoria, as falas dos usuários demonstraram a busca de orientação e tratamento para o cuidado com a saúde, conforme exemplos abaixo:

> *“(...) entrei porque estava preocupado com minha saúde, meu bem-estar (...) resolvi aderir ao programa porque precisava de tratamento” (E 3)*

> *“(...) Para que a gente tenha um acompanhamento melhor, têm as consultas, eles agendam, não fica por conta da gente ir lá, aí como eles agendam a gente fica mais alegre.” (E 16)*

> *“(...) Decidi entrar no programa porque o plano de saúde é muito caro para ficar pagando. Eu tinha até plano de saúde mas não vale a pena pela empresa, chega e tem que agendar a consulta. (...) A minha saúde e o atendimento, porque eu fiquei bem ruim, eu não conseguia abrir a janela, não conseguia respirar com a pressão muito alterada”. (E 20)*

Outro motivo apontado pelos usuários para a busca do programa foi a aquisição de medicamentos e o cuidado com a saúde – busca de orientação e tratamento explícita nos discursos dos usuários, conforme segue:

> *“(...) Por causa dos remédios, não preciso comprar (...)” (E 2)*

> *“(...) Foi por causa do remédio, daí tinha que participar das reuniões” (E 5)*

> *“(...) eu ia no hospital da polícia militar porque meu marido era policial, então eu fazia os exames, as vezes comprava os remédios e as vezes não, mas não tinha orientação igual aqui. (...) por causa dos remédios*

> *também porque é tão caro (...) e já que o governo fornece." (E 13)*
>
> *"(...) Era importante para mim, para minha saúde, porque basicamente o governo manda os comprimidos tudo de graça, medicação; e depois é para meu próprio bem, porque a partir do momento que eu não pegar e não tomar a medicação vai prejudicar a mim mesma; e no caso, se eu não comparecer em 3 reuniões eles cortam o medicamento." (E 15)*
>
> *"(...) Para não acontecer nada com a gente, estar sempre em dia com a saúde, estar sempre prevenida, isso que é importante. Eu tomo remédio também, então tem que estar por perto e a gente não pode estar comprando. Isso também é importante."(E 21)*
>
> *"(...) Por causa do remédio e para participar de reunião, que é muito bom, a gente aprende muita coisa, não é? Não adianta a gente tomar o remédio e não cuidar, às vezes de alimento. (...)" (E 24)*

Os usuários apontam também a participação da equipe de saúde como determinante na decisão pela busca do programa, conforme explicitam as falas seguintes:

> *"A agente comunitária veio lá em casa falou que eu tinha direito, (...) daí ela me convenceu a vir. Participei da reunião, gostei e fui para casa! Ela foi duas vezes lá em casa e eu disse, não, não precisa, o medicamento não é caro, mas ela disse que eu tinha direito que era para ir na reunião (...) e estou até hoje." (E 22)*
>
> *"Quando eu vim para cá que eu fiz os exames então ela (a enfermeira) já me indicou que era para entrar no programa, por indicação da equipe." (E 12)*

Assim ao entrar no programa, muitos o fizeram para adquirir medicamentos, para receber orientação e tratamento das patologias e, outros aceitaram a indicação dos profissionais.

4.3 “CONHECIMENTO DO PROGRAMA”

Na terceira categoria, o conhecimento do programa foi identificado pela sua finalidade – reconhecimento das orientações no discurso dos profissionais (espaço para aprendizado), controle das doenças (acompanhamento) e entrega da medicação. Houve a associação das orientações com a entrega de medicamentos, acompanhamento associado às orientações e acompanhamento associado à entrega de medicação.

O programa é reconhecido pelos usuários participantes desta pesquisa, como um espaço para o aprendizado, conforme pode ser observado nos recortes das falas a seguir:

> *“Eu aprendi muitas coisas sobre pessoas hipertensas (...). Esse programa serve para orientar a gente, em como deve se proceder, em todos os sentidos eles ensinam (...)” (E 8)*

> *“Não comer muito sal (...), não fumar, não tomar muita bebida alcoólica, serve para orientar.” (E 22)*

O programa é reconhecido ainda como um espaço onde ocorre o controle da doença conforme identificado no discurso dos usuários:

> *“ (...) o programa serve para controlar a doença (...)” (E 7)*

> *“É para controlar a pressão, a diabetes, alimentação tudo.” (E 12)*

Alguns usuários resumem as atividades do programa apenas à entrega da medicação. Outros fazem a associação das orientações com a entrega de medicamentos, conforme identificado nas falas dos usuários:

> *“(...) eu conheço assim que eu pego os remédios, quando eu posso eu venho nas reuniões (...)” (E 2)*

> *“(...) às vezes a gente vem só pegar remédio e vai embora (...)” (E 9)*

> *“Serve para dar remédio e tem as palestras que ajudam muito a gente”. (E 17)*
>
> *“O que eles falam para gente, sobre os riscos, medicação que a gente pega aqui” (E 11)*

O acompanhamento da doença e do tratamento relacionado com a entrega da medicação é citado nos discursos dos usuários da unidade de maior porte:

> *“Serve para gente não infartar. Para não subir muito a pressão (...), para acompanhar (...)” (E 27)*
>
> *“Geralmente a gente vem na reunião e eles não explicam muita coisa (...). Eu acho que tem um sistema de controle porque a gente tem as reuniões vem mais para gente poder pegar o remédio vê como que está a pressão (...)” (E 28)*

O conhecimento do programa foi identificado através de seu funcionamento– reuniões mensais, entrega de medicação e agendamento de consultas. As atividades do programa das quais os participantes referiram realizar foram as reuniões mensais e a entrega de medicamentos, segundo as falas a seguir:

> *“Das reuniões mensais sempre participo, raramente eu falto (...). Eu acho as reuniões interessantes, bem esclarecedoras, ajuda bastante, (...) amplia o conhecimento da gente. Se não tivesse que pegar os remédios na reunião eu viria do mesmo jeito. Da entrega de medicamentos eu acho excelente. (E 11)*
>
> *“Ah, eu acho muito legal, você aprende um monte de coisa; aí você até passa pra outras pessoas (...). A entrega de medicamentos eu acho normal (...)”. (E 17)*
>
> *“Participo porque eu gosto, a gente fica sabendo a comida que pode comer (...). (E 5)*
>
> *“Porque é muito bom, (...) eles explicam (...) como tomar remédio, sobre dieta, tem que comer muita verdura, tudo isso”. (E 6)*

O agendamento de consulta foi relatado apenas na unidade de saúde de maior porte. Porém, nesta mesma unidade, alguns usuários declararam não possuir agendamento de consulta, como ilustram as seguintes falas:

> *"A consulta médica sempre fica agendada, a receita vale por 3 meses; antes era 6 meses, agora é 3." (E 16)*

> *"A consulta médica não fica agendada, diz que para mim não pode porque eu não tenho 60 anos ainda. As pessoas que tem 60 anos agendam, mas eu vou na fila. Na segunda-feira mesmo cheguei na fila 4 horas da manhã. É ruim, mas é o jeito." (E 23)*

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

> "*Caminhada eu estou fazendo por conta minha (...)".(E 8)*

> *"Caminhada eu faço quase todo dia, mas hoje eu não fiz. Tem umas palestras que orientam para fazer (...)." (E 19)*

> *"Não sei se eles fazem caminhada, fazem? Nunca fiquei sabendo." (E 13)*

> *"Caminhada eu nem sabia que tinha isso aqui, mas acho uma boa." (E 15)*

Os usuários demonstraram reconhecer, mesmo que indiretamente, as atividades realizadas no Programa de HA e DM. A descoberta da doença, os motivos para a busca do programa e o conhecimento que os usuários possuem permitiram a estruturação da quarta categoria referente à avaliação do programa.

4.4 “AVALIAÇÃO DO PROGRAMA”

Na quarta categoria, os usuários fazem a avaliação do programa em benefício próprio como contribuição para sua saúde com ênfase nas orientações, conforme ilustram os discursos:

> *“O que ajuda cuidar da saúde é a orientação, por exemplo na alimentação (...) comecei a perder peso, porque só o medicamento não resolve porque você toma ali e por 3 a 4 horas você ta bom, depois volta tudo aquela carga de novo né”.(E 1)*
>
> *“Sim, pelas palestras, tem muitas coisas que eles ensinam que a gente pode por em prática em casa (...)” (E 17)*
>
> *“Ajuda pela informação, (...) porque uma pessoa um dia fala de peso, outro dia vem e fala de alimentação, outro dia fala sobre outro assim, então são muitas informações (...)”. (E 29)*

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

> *“Sim, através da informação e de certa forma da cobrança que se faz para que a gente tenha os cuidados devidos com a alimentação e uma série de coisas. (...). Venho por causa do acompanhamento, não só pelo medicamento (...)” (E 3)*
>
> *“Ajuda bastante, (...) que nem a enfermeira falou, na farmácia leva a receita e eles te dão o remédio, agora que saiu aquela lei (...) você vai lá e pega igual, só que eles não vão ficar te controlando, não vão medir sua pressão. Eles não fazem isso, não falam o que pode comer e o que não pode. (...) Não custa uma vez por mês vir aqui e perder 2 horas, não é todo dia, é uma vez por mês, para cuidar da saúde, porque se não tiver assim uma pessoa pra ajudar a gente, a gente não ia levar a sério também, e já podia ter dado um derrame, um infarto, qualquer coisa.” (E 7)*

> *“Eu acho que ajuda a cuidar da saúde por causa das reuniões que sempre tem, por causa das palestras (...), o controle de pressão, da glicose que faz também”. (E 13)*

> *“Com certeza, não só me ajuda, mas ajuda as outras pessoas, por que eu tenho pressão, outras pessoas tem diabetes. Não só com as reuniões, mas eles vão até na casa (...)” (E 15)*

> *“Ajuda, nossa, ajuda bastante. Ajuda porque eles ensinam direitinho como tomar o remédio e passam os remédios certos quando tem que tirar eles tiram, dão e explicam tudo direitinho (...)” (E 23)*

Outros citaram como contribuição para a saúde a redução de custos, conforme exemplificam as falas abaixo:

> *“Não acho que está bom nem ruim, mas acho que essa entrega de remédio é importante, porque nós não vencemos comprar todos os remédios, (...)” (E 4)*

> *“Ajuda bastante; eu acho que mais com os remédios, porque se fosse comprar, veja eu tomo 5 tipos de remédios (...)” (E 25)*

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

> *“È difícil que hoje eles tão com um grupo, amanhã já têm outro, (...) a pessoa (o profissional) vem 2 a 3 vezes e depois não vem mais, isso dificulta para gente.” (E 1)*

> *“A única coisa é o negócio de eu vim marcar as consultas, porque tem que vir muito cedo e vem o povo de outras vilas marcar aqui, daí tira nossa vez,(...) eu acho que isso não poderia acontecer.” (E 2)*

> *“(...) Só que se você quiser marcar de madrugada, fica difícil, (...),isso aí não é bom não.” (E 14)*

> *“A consulta não fica agendada, meu marido vem 5h marcar.” (E 5)*
>
> *“A consulta médica as vezes demora para (...) agendar, 30 a 40 dias; de 3 e 3 meses eu consulto para renovar as receitas e eu acho que tinha que ser mais curto para poder acompanhar melhor.” (E 28)*
>
> *“(...) E o problema do remédio, se deixassem tudo aqui, porque agente tem condições de ir pega né, mas as vezes tem pessoas idosas que não podem ir (...)” (E 13)*
>
> *“Acho que é difícil pegar o remédio em outro lugar, mas no mesmo instante eu não faço aquele protesto. Eu concordo. Mas acho que poderia ter todos aqui. (...).” (E 19)*

A estrutura física e medicação em outro local, que segundo Donabedian (1966) envolvem questões da estrutura, são identificadas nas falas abaixo:

> *“(...) o problema é o local, (...) falta espaço mesmo(...)” (E 13)*
>
> *“O lugar não está apropriado, porque têm algumas pessoas sentadas, outras em pé então têm que ter tudo certinho, medicamentos. (...)” (E 29)*

A questão dos exames (usuários da UBS de maior porte), que abrange os resultados (DONABEDIAN, 1966), são exemplificadas nas falas seguintes:

> *“(...)Tem bastante dificuldade, por exemplo, exame. (...) Eu fiz duas cirurgias, eu paguei todos esses exames. Se fosse pra eu esperar pelo SUS... E eu não tinha condições, eu fiz financiado, sabe? Parcelado, passa o cartão lá, a mulher ia lá, passava o cartão.” (E 19)*

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

> *“Tem que agendar consulta, fica mais fácil pra gente, (...) levantar cedo e vim nessa fila, às vezes está chovendo.” (E 6)*
>
> *“Melhorar eu acho que tinha que ter mais consulta no posto, mais atendimento, porque não está parando médico aqui (...), quando a gente começa a se adaptar com um médico sai e entra outro e isso é ruim pra nós”. (E 2)*
>
> *“Um local melhor e a medicação para vir pra cá.” (E 13)*
>
> *“Que nem eu falei para você, a única coisa, o problema aqui, é só ter um posto para essa comunidade que é muito grande.” (E 15)*

No processo de avaliação realizado pelos usuários foi possível identificar componentes da estrutura, do processo e dos resultados. Estes relataram os benefícios e dificuldades individuais relacionadas ao atendimento que recebem no Programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos.

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

5. DISCUSSÃO

Os achados referentes à predominância do sexo feminino e da idade entre 51 e 60 anos corroboram com estudos anteriores realizados com portadores de doenças crônicas. (FORTES e LOPES, 2004; JESUS *et al*., 2008; MANTOVANI, MOTTIN e RODRIGUES, 2007; MANTOVANI *et al*., 2008).

Segundo dados mundiais (MARTINS *et al.*, 2007), a população feminina é maior que a masculina no planeta. Este fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres acometidas e diagnosticadas por procurarem mais frequentemente os serviços de saúde (ALMEIDA *et al*., 2002), conforme resultados encontrados na pesquisa. Porém, a menor prevalência entre os homens é sugestiva das barreiras enfrentadas pelos adultos jovens, principalmente do sexo masculino, na utilização de serviços de saúde (NOBLAT *et al*., 2004).

Com relação à prevalência da idade, a pressão sistólica tende a aumentar e a diastólica eleva-se até os 50 anos em homens e até 60 anos em mulheres, com tendência a declinar após essa faixa etária (SIMONETTI, BATISTA e CARVALHO, 2002).

Em estudo anterior, Magnabosco (2007), ao caracterizar a população de estudo de doentes crônicos em um município de Minas Gerais, constatou a prevalência de 54% de indivíduos casados. Fato que corrobora com os dados encontrados nesta pesquisa. Segundo a OMS (2003) o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar e no autocuidado.

A associação entre a religiosidade e os cuidados com a saúde foi discutida em estudo de Vasconcelos (2010), que apresentou a participação como membro de religiões associada a um comportamento saudável. Condutas com relação à saúde, à doença e à morte são indicados por muitas religiões. Portanto, para as pessoas que seguem uma religião, muitas das doutrinas ou ensinamentos de sua fé oferecem orientação moral e prática com relação a como promover, conservar ou recuperar a saúde ou o bem-estar físico e emocional. Esta relação pôde ser contemplada através dos dados da pesquisa, pois apenas um participante se declarou sem religião.

Em se tratando do grau de instrução, outros estudos descrevem a baixa escolaridade dos portadores de doenças crônicas que frequentam as Unidades de Saúde, o que vai ao encontro da população desta pesquisa (SANTOS e LIMA, 2008; MANTOVANI *et al*., 2008; MAGNABOSCO, 2007). O nível de escolaridade pode contribuir para a falta de conhecimento, bem como de engajamento para o tratamento da doença (BASTOS e BORENSTEIN, 2004).

Os dados da população participante desta pesquisa demonstraram um pequeno quantitativo de adultos portadores HAS e/ou DM que conseguem desempenhar atividade laboral remunerada. Este fato pode estar associado à perda de capacidade funcional acarretada pelas patologias crônicas. Este fato foi constatado em estudo realizado no México, no qual, os portadores de doença crônica na idade adulta deixam de realizar suas ocupações por não possuir a mesma capacidade de antes, e com isto sentem-se marginalizados na sociedade (MERCADO-MARTÍNEZ e HERNANDEZ-IBARRA, 2007).

A renda familiar predominante de 2 a 3 salários mínimos dos participantes da pesquisa corrobora com a afirmação da *World Health Organization* (WHO, 2011) que o maior desenvolvimento de DCNTs em pessoas de baixa renda está relacionado à exposição destas aos fatores de risco associado ao menor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Os dados encontrados em estudo de Taveira e Pierin (2007) reafirmam a existência de uma relação inversa entre o *status* socioeconômico e os níveis pressóricos, indicando que baixos níveis de renda e escolaridade podem acarretar em maiores níveis de pressão arterial.

O histórico familiar positivo para doenças crônicas constitui-se em um dos fatores de risco não modificáveis, que orienta o diagnóstico (PIERIN, 2004). Estudos entre familiares (pais, filhos e irmãos) evidenciaram que fatores genéticos interferem no desenvolvimento da hipertensão. Existe uma associação importante entre os níveis pressóricos em irmãos biológicos, comparados ao de irmãos adotivos (PEREIRA e KRIEGER, 2005). Outro estudo corrobora com estes dados ao registrar 80% da amostra com história pregressa familiar de hipertensão arterial (MANTOVANI *et al*., 2008).

O maior número de usuários portadores de Hipertensão Arterial na amostra relaciona-se com as taxas de prevalência da doença, que estão estimadas em 20% na população brasileira adulta, com 20 anos ou mais,

atingindo 40% a 50% dos indivíduos com idade acima dos 40 anos. Esta porcentagem varia conforme o critério de diagnóstico empregado, e aumenta proporcionalmente com a faixa etária (BRASIL, 2004; SBC, SBH e SBM, 2010).

Estas taxas incorrem em elevado custo médico e social, sobretudo devido às complicações da HA como doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doenças vasculares de extremidades (SBC, SBH, SBM, 2010).

Sabe-se que a HA é duas vezes mais frequente em diabéticos que na população em geral. Pessoas com diabetes têm maior incidência de doença coronariana, de doença arterial periférica e de doença vascular cerebral (MBANYA e SOBNGWI, 2003).

O tempo de diagnóstico da HA e DM prevaleceu em mais de 3 anos, porém a entrada no Programa de HA e DM ficou dividida entre imediatamente após o diagnóstico e depois de 1 ano deste. Este fato chama atenção para as consequências que um diagnóstico e tratamento tardios podem acarretar, pois culminam, muitas vezes, em complicações precoces. Além de internações e custos hospitalares, constatados pelos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, do Ministério da Saúde (PEIXOTO, GIATTI e LIMA-COSTA, 2004).

O diagnóstico da doença significa um marco na vida de muitos portadores de doenças crônicas. As falas de E 10, E 1, E 23, E 27 e E 8 ilustram a trajetória de cuidado à saúde desde o momento da descoberta do diagnóstico até a entrada no Programa de HA e DM. Neste momento, ocorre o início de uma “jornada” na qual o doente crônico é protagonista de sua saúde. Este precisa assumir sua condição para iniciar mudanças em sua vida, que são determinantes para o sucesso do controle da doença.

No entanto, o processo de adoecimento causa uma descontinuidade na rotina do portador de doença crônica, impondo-lhe uma reflexão sobre valores, prioridades e projetos de vida. O tornar-se doente atinge as pessoas significativas da vida do doente crônico, que também sofrem com a situação. Ao descobrir a patologia, inicia-se uma longa trajetória, que é objeto de estudo de alguns autores (MERCADO-MARTÍNEZ *et al.* 1999). As falas de E23, E 27 e E8 ilustram esta realidade, pois, ao se depararem com a condição crônica de

saúde, muitas pessoas, no primeiro momento, apresentam resistência por algum tempo em assumir esta condição e iniciar o tratamento.

Os profissionais de saúde possuem papel importante para a orientação dos cuidados necessários para os portadores de patologias crônicas como a HAS e DM. Estes necessitam compreender a importância da prevenção e adaptação dos hábitos de vida para prevenção de complicações dessas doenças.

No entanto, as ações dos profissionais de saúde frente ao portador de doença crônica resumem-se, muitas vezes, em um conjunto de determinações de ações reducionistas, baseadas na transmissão vertical de informações. Os profissionais não percebem as dificuldades que essas pessoas possuem no seu cotidiano (FARIA e BELLATO, 2009). A fala de E 23 ilustra esta situação ao explicitar que somente a prescrição do medicamento não foi suficiente para a compreensão do estado de saúde deste usuário.

A empatia, a interação e a comunicação são ferramentas fundamentais para que os profissionais de saúde compreendam as condições de vida dos doentes crônicos e com isto, consigam orientá-los de acordo com a realidade que possuem contato.

Os portadores de doenças crônicas vivenciam no cotidiano o adoecimento, no qual os sentidos e significados dessa vivência são construídos. É nesse cenário também que são reconstruídas formas de viver e gerenciar essa condição crônica, permeadas por um querer-viver espontâneo (MAFFESOLI, 2007).

Os discursos de E 1 e E 10 ilustram a necessidade, encontrada no cotidiano, de buscar o entendimento e o tratamento adequados para a patologia descoberta. Pois estes usuários descobriram, através de exames, o diagnóstico da doença para posteriormente iniciar o processo de compreensão da situação de doente crônico. A experiência de adoecimento advinda da realidade cotidiana apresenta várias possibilidades, não é unívoca, não se adequando a ela, portanto, os universalismos de qualquer ordem que queiram impor os profissionais de saúde (FARIA e BELLATO, 2009).

Alguns usuários não explicitaram uma trajetória de cuidado à saúde em decorrência da descoberta da doença crônica. Estes não identificaram um marco para o início do tratamento ou mesmo mudanças que ocorreram ou

ainda ocorrem em sua vida. Tal fato pode estar relacionado ao caráter das doenças crônicas, estas são consideradas, muitas vezes, “assassinas silenciosas”, devido à falta de sintomatologia. Com isto, seu portador não se considera doente, postergando a necessidade da busca por diagnóstico, cuidados e tratamento adequados.

Outro fator a ser considerado na ausência de trajetória de cuidado à saúde é a falta de entendimento sobre o caráter crônico da doença, verificada em estudo anterior de Mantovani *et al.* (2011) no qual os portadores de hipertensão arterial descreveram seu aparecimento aliado a complicações e narraram formas utilizadas para contornar a sua aparição.

É importante considerar que a falta de sintomatologia pode ocasionar a negação do adoecimento, o que também dificulta não só o início como a continuidade do tratamento. Os doentes crônicos fazem escolhas conforme as pressões da doença e do tratamento, pois estes nem sempre são aceitos de imediato, sendo avaliados em termos de consequências e alterações no cotidiano, fatores mais decisivos que os critérios clínicos (MENDES, 2005).

Portanto, apesar de frequentar o Programa de Atendimento aos portadores de Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus*, estes usuários não referiram alterações significativas que marcaram o início do seu tratamento.

Na segunda categoria, as falas de E 3, E 8, E 16 e E 20 apontam como motivo para busca pelo programa orientação e tratamento para o cuidado com a saúde. Para Novais et al. (2009) o portador de doença crônica tende a desenvolver um conjunto de aprendizagens e/ou estratégias que lhe possibilitem conviver com a doença.

Dessa forma, os portadores de HAS e DM consideraram a adesão ao programa como um auxílio para o enfrentamento de sua nova condição de vida. As mudanças percebidas explicitadas na sintomatologia motivaram a busca de ajuda para a melhoria de sua saúde.

Atualmente o acesso à informação de saúde é diversificado. Existem fontes formais e informais que, em conjunto, permitem à pessoa tomar decisões acerca dos comportamentos de saúde que lhe são mais favoráveis (MENDES, 2004). Encontrou-se no Programa de HA e DM um suporte para a tomada de decisões frente às características do adoecimento.

As falas de E 2, E 5 e E 13 exemplificam a aquisição de medicamentos como medida motivadora de busca pelo programa e demonstram que os usuários consideram a entrega de medicamentos como um benefício importante do Programa de HA e DM.

As falas dos usuários E 13, E 15, E 21 e E 24 da unidade de saúde de maior porte citaram a busca de orientação e tratamento associado à aquisição de medicamentos como um cuidado com a saúde. Essas falas demonstram a importância denotada à aquisição de medicamentos para redução dos custos, bem como a orientação realizada nas reuniões na tentativa de aderir aos cuidados e tratamentos indicados.

A entrega de medicamentos, preconizada pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus* e que ocorre no Programa de Atendimento aos hipertensos e diabéticos estimula a continuidade do tratamento, mas em ambas as UBS a entrega de medicamentos está associada à participação nas reuniões. Portanto esta estratégia, enfatizada nas falas de E15 e de E5, vai ao encontro de um dos objetivos do Plano: orientar e sistematizar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos hipertensos e diabéticos inseridos na atenção básica (BRASIL, 2001a).

Para qualquer doença crônica, a finalidade do tratamento está relacionada ao controle desta. No caso dos níveis pressóricos e glicêmicos é imprescindível a adesão ao tratamento medicamentoso e não- medicamentoso, de modo a prevenir as complicações, comorbidades e, sobretudo, a mortalidade precoce (ULBRICH, 2010).

As falas de E 22 e E 12 ilustram a importância da equipe de saúde para adesão e continuidade do tratamento. Este fato é elucidado no estudo de Oliveira (2010), no qual consta que os profissionais da rede básica têm primordial importância para a definição de estratégias de acompanhamento e controle dos usuários hipertensos e diabéticos para a manutenção do tratamento, seja este medicamentoso ou não.

A fala de E 22 chama atenção para a informação de que é um direito dele de participar do Programa. Portanto, ressalta-se que o tratamento do Diabetes mellituse da Hipertensão arterial inclui estratégias de educação que são responsabilidade da equipe multidisciplinar. Contudo, a aderência à terapêutica envolve um consenso entre o profissional e o paciente, acerca da

forma mais apropriada de conduzir seu regime terapêutico (FORTES e LOPES, 2004). Neste sentido, a informação como forma de negociação da terapêutica adequada tornou-se um instrumento importante para a adesão deste usuário ao programa.

O conhecimento do programa, que constitui a terceira categoria, foi identificado pela sua finalidade e por seu funcionamento. Em relação à finalidade, as falas de E 8 e E 22 demonstram que os usuários reconhecem o programa como um espaço de aprendizado para o cuidado de sua saúde.

Este fato possui correlação com os dois primeiros objetivos do Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus (BRASIL, 2001a): instrumentalizar e estimular os profissionais envolvidos na atenção básica para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular e DM; e, orientar e sistematizar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos hipertensos e diabéticos inseridos na atenção básica.

A ação educativa possui como foco o benefício da condição clínica no contato dos profissionais de saúde com os indivíduos portadores de doenças crônicas. O objetivo maior deverá ser a educação, visto que ela beneficia o paciente, alivia seus medos e ansiedades no conhecimento e compreensão da doença, possibilita um enfrentamento positivo, e permite também agilizar o retorno às suas atividades sociais, além de maior efetividade do tratamento (FREITAS e SANTANA, 2002).

Ainda referente à finalidade do programa, nas falas de E 7 e E 12 ilustram a forma de controle das patologias (acompanhamento) preconizadas no nível da prevenção secundária do Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus(BRASIL, 2001a).

A prevenção secundária, que visa detecção e tratamento precoce da HA e DM, possuem como objetivos: alcançar a remissão das patologias, quando possível; evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico (BRASIL, 2001a). Apesar de não conhecer as diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus*, os usuários identificaram esta vertente conforme explicito nas falas de E 7 e E 12.

Os usuários E 2 e E 9 referem conhecer o programa conforme sua finalidade através da aquisição de medicamentos. Como observado na categoria anterior, a entrega de medicamentos possui destaque entre as ações do Programa. Em estudo anterior, o uso correto da medicação é abordado como uma necessidade para postergar a morte e continuar vivendo sem complicações (PERES, MAGNA e VIANA, 2003).

Logo, se faz necessário destacar a importância desta ação como uma forma de cativar os usuários para participação no Programa, na tentativa de aplicar a educação em saúde como medida de prevenção e promoção em saúde. Nas falas de E 2 e E 9 observa-se a ocorrência desta atividade através da vinculação da entrega da medicação com a participação no Programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos.

Já os usuários E 17 e E 11 realizam a associação das orientações com a entrega de medicamentos. Ao considerar que o tratamento da HA e DM possuem como estratégias educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos (BRASIL, 2001a), as falas de E 17 e E 11 revelam a aplicação desta tríade.

Os usuários percebem que esta tríade - medicamentos, orientação e acompanhamento - controlam a doença. Nos discursos de E 17 e E 11 os usuários do programa conseguem definir exatamente o que o programa faz, embora não conheçam as diretrizes preconizadas.

O discurso do usuário E 27 demonstra a importância do acompanhamento da doença e do tratamento associado às orientações e também à entrega da medicação.

Assim, compreende-se que o paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida como manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2001a). Desta forma pode-se postergar o aparecimento de complicações conforme enfatizado na fala de E 27.

No entanto, a fala de E 28 enfatiza que as reuniões são realizadas para entrega dos medicamentos e para o controle da pressão arterial. Este não visualiza o caráter educativo que aparece nas falas dos demais usuários sobre a palestra da qual participam mensalmente.

O desenvolvimento das atividades educativas deve considerar os saberes das pessoas envolvidas, bem como o contexto social e cultural em que vivem (NOVAIS *et al*., 2009). Quando ocorre uma abordagem em grupo, muitas vezes, deixa-se de considerar a particularidade que cada indivíduo possui em sua conjuntura cultural. Desta forma, o entendimento que pode ser facilitado para a maioria, não é comum para todos, conforme observado na fala de E 28.

Com relação ao seu funcionamento, o conhecimento do programa ocorreu através da identificação de: reuniões mensais, entrega de medicação e agendamento de consultas. Todos os usuários referiram participar das reuniões mensais e da entrega de medicamentos, segundo ilustram as falas dos usuários E 11, E 17, E 5 e E 6. Nestes identifica-se a realização da prevenção primária juntamente com a secundária preconizada no Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM (BRASIL, 2001a).

A prevenção primária visa reduzir fatores de risco, sendo que esta tarefa é de competência da equipe de saúde na prevenção da HA, do DM e de suas complicações. As atribuições da equipe de saúde envolvem: a realização de campanhas educativas periódicas, abordando fatores de risco, programação de atividades de lazer individual e comunitário; e, reafirmação da importância dessas medidas para duas populações especiais - a de indivíduos situados no grupo normal-limítrofe na classificação de HA e a de indivíduos considerados como intolerantes à glicose (BRASIL, 2001a).

A importância da compreensão dos problemas do cotidiano, somados a outras intercorrências que surgem a partir da doença crônica, necessitam ser trabalhados nos aspectos que refletem a interação e a adaptação do indivíduo à doença e ao meio, objetivando uma melhor qualidade de vida (CADE, 2001). As intervenções proporcionam boa integração social, bom relacionamento com o médico e a equipe de saúde, facilidade de acesso aos medicamentos, além de atividades de lazer, o que pode elevar a qualidade de vida dos pacientes (CAVALCANTE *et al*. 2007). Na prevenção primária há necessidade de trabalhar para o alcance da qualidade de vida dos usuários.

A prevenção secundária visa à detecção e tratamento precoce da HA e do DM, destinando-se aos indivíduos com as patologias já instaladas. Esta possui entre seus objetivos evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico. Toda ação deve ser programada a partir da

identificação de fatores de risco associados, lesões em órgão-alvo e avaliação de comorbidades (BRASIL, 2001a).

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

Com relação ao agendamento das consultas, houve diferenças entre as unidades, sendo que na UBS de maior porte existe o agendamento, apesar de ser percebido e vivenciado de maneiras diferenciadas entre os usuários. As falas de E 16 e E 23 explicitam esta diferença, já que um usuário refere possuir o agendamento e o outro não. Já na UBS de menor porte o agendamento das consultas não é realizado. Sendo caracterizada com parte do processo, esta atividade, se realizada de maneira padronizada, contribuiria com a visão do usuário do trabalho desenvolvido pela equipe, melhorando, assim, os resultados das ações em saúde.

Estudos do Ministério da Saúde (BRASIL 1999; BRASIL, 2001a) comprovam a falta de sistematização do atendimento para portadores de doenças crônicas, como a hipertensão arterial, apesar da existência de vários documentos oficiais sobre o tema, em especial, voltados para a atenção básica.

Vale ressaltar que a assistência às pessoas com hipertensão arterial exige da equipe de saúde atenção especial no tocante à problemática do controle da doença, que por sua vez apresenta estreita relação com o processo de adesão ao tratamento (SILVA, COLÓSIMO e PIERIN, 2010). Nesta perspectiva, as ações integradas e padronizadas estimulam o desenvolvimento do vínculo com o serviço de saúde, facilitando a adesão ao tratamento.

Em relação à atividade física, observou-se que os usuários que referiram realizar caminhada como atividade à parte e não integrante do Programa de HA e DM, conforme está explicitado na fala de E 8. Porém, na fala de E 19 consta o incentivo à realização de atividade física em palestras, o que demonstra diferenças na opinião dos usuários do serviço quanto ao estímulo a estas atividades.

Na unidade de saúde de menor parte, foi relatada pela equipe a tentativa de instituir a caminhada juntamente com os usuários do Programa, mas devido à pouca participação, esta atividade foi abolida. Porém, nenhum usuário referiu conhecimento desta atividade em momento algum de sua participação no programa, conforme explicitado pelas falas de E 13 e E 15. Fato que demonstra o desconhecimento destes em relação a esta atividade desenvolvida pelo Programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos.

No Plano de Reorganização da Atenção à HA e DM consta a importância do incentivo à atividade física para melhoria da qualidade de vida e condição de saúde dos portadores de doenças crônicas. Portanto, a sensibilização dos profissionais e equipes de saúde da ESF para a importância da promoção da atividade física, da alimentação saudável e da redução de fumo e álcool, como fatores predominantes de proteção à saúde em relação às DCNT, é fundamental (BRASIL, 2001b).

A adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida influenciam o sucesso do controle das taxas de glicemia e pressão arterial (SILVA *et. al*., 2006). Entre os hábitos de vida que influenciam a manutenção dos níveis pressóricos e glicêmicos está a prática de atividade física, pois o sedentarismo é um fator de risco para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2001a).

Na quarta categoria, os usuários avaliaram o programa em relação ao benefício próprio que este acarretou e em relação ao serviço prestado pela equipe. Nesta avaliação foram identificados componentes do processo, da estrutura e dos resultados percebidos pelos usuários, apesar de estes não conhecerem as diretrizes da avaliação qualitativa baseada neste tripé.

A contribuição referida pelos usuários em relação ao benefício próprio é percebida nas falas de E 1, E 17 e E 29 com ênfase nas orientações. De acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM, os fatores de risco para as doenças crônicas podem ser classificados em três grupos: os de caráter hereditário; os ambientais e socioeconômicos; e, os comportamentais. No entanto, dos três grupos de fatores de risco, a intervenção mais produtiva refere-se à atuação sobre os fatores de risco comportamentais: sedentarismo, dieta, fumo e álcool (BRASIL, 2001a, p. 36-37). As falas denotam o cumprimento destas diretrizes pela equipe de saúde.

O trabalho com os fatores de risco implica modificações para a melhoria da qualidade de vida e retardamento das complicações da HA e da DM. As orientações em relação fatores de risco, como parte do processo no contexto da avaliação dos serviços de saúde, são importantes para o incentivo à mudança nos hábitos de vida na visão dos usuários.

Sabe-se que mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da doença, através de hábitos e atitudes saudáveis (SANTOS e LIMA, 2008).

Nas falas de E 3, E 7, E 13, E 15 e E 23 são explicitadas as contribuições das orientações associadas ao acompanhamento do programa. Nas diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM, consta que o tratamento dos portadores de HA e DM deve ser individualizado, respeitando-se determinadas situações como: idade do paciente; presença de outras doenças; capacidade de percepção de hipoglicemia e hipotensão; estado mental do paciente; uso de outras medicações; dependência de álcool ou drogas; cooperação do paciente; e, restrições financeiras (BRASIL, 2001a, p. 31).

O tratamento das doenças crônicas envolve constante vigilância e acompanhamento para adesão e possível minimização do aparecimento de complicações (MANTOVANI, MOTTIN e RODRIGUES, 2007). A aferição da pressão arterial e da glicemia como acompanhamento individualizado, bem como a cobrança da manutenção do controle das patologias demonstra a atenção de que os usuários necessitam para a percepção do cuidado da equipe com sua saúde. Na avaliação em saúde, estes fatores constituem parte do processo.

Referente à redução de custos devido à entrega de medicamentos avaliada pelos usuários, as falas de E 4 e E 25 contemplam a Portaria/GM/MS nº 371, de 04/03/02 que institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus* em consonância com a implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus* em curso no país (BRASIL, 2001a).

A aquisição de medicamentos é considerada como causa única da participação de alguns usuários no Programa de Atendimento aos hipertensos e diabéticos. No entanto, a estratégia de vinculação da participação das reuniões a esta atividade acaba sendo uma forma que a equipe de saúde de ambas unidades encontrou para tentar captar e incentivar mudanças de hábitos de vida dos portadores de HAS e DM.

Com a realização desta atividade busca-se a percepção, por parte dos usuários, da importância das orientações associada à aquisição dos medicamentos no Programa, conforme explicita a fala de E 23. Estas duas medidas, em conjunto, constituem o processo associado à estrutura do serviço de saúde, avaliados pelos usuários.

O tratamento medicamentoso é muito importante, porém se exclusivo acaba não atingindo os índices pressóricos e glicêmicos adequados na maioria dos casos. Esta afirmativa vai ao encontro das diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à HA e DM, no qual consta que o tratamento destas patologias inclui educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos. Portanto, o tratamento concomitante de outros fatores de risco cardiovascular é essencial para a redução da mortalidade (BRASIL, 2001a, p. 31).

Em relação à avaliação dos usuários com enfoque no serviço, novamente emergiram componentes do processo, da estrutura e dos resultados identificados pelos usuários. Houve diferenças entre as UBS de maior e menor porte.

A dificuldade relatada em ambas as unidades foi a marcação de consulta. Na UBS de menor porte não há agendamento (falas de E 2 e E 5) e na UBS de maior porte existe o agendamento, porém este é vivenciado de maneira diferenciada pelos usuários, segundo está explícito nas falas de E 14 e E 28 e conforme já constatado na terceira categoria referente ao conhecimento do programa.

Em estudo de Souza, Souza e Scochi (2006) a cobertura por consulta foi baixa, pois quase 36% dos portadores de hipertensão arterial não consultaram com o médico nenhuma vez; para a enfermagem, esse porcentual foi mais elevado ainda (67,6%). Essa taxa explica-se pela falta de sistematização do

atendimento para portadores de doenças crônicas, apesar da existência de vários documentos oficiais sobre o tema (BRASIL, 2001a; BRASIL, 1999).

A não padronização da organização da marcação das consultas dificulta a criação do vínculo dos portadores de HAS e DM com o serviço de saúde, bem como o acompanhamento adequado conforme a classificação de risco dessas patologias. Na avaliação dos usuários, a marcação de consultas não ocorre da mesma maneira para todos. Esta atividade faz parte do processo na avaliação qualitativa.

A mudança constante na equipe foi uma dificuldade percebida pelos usuários da UBS de menor porte, conforme a fala de E 1. A proposta da ESF destaca experiências com foco na melhoria da qualidade e na humanização do atendimento que requerem novas concepções dos serviços, expressas no acolhimento e vínculo (BRASIL, 1997; BRASIL, 2000). Portanto, a mudança constante de equipe pode dificultar a criação do vínculo da população com o serviço de saúde, bem como o estabelecimento de confiança para o sucesso do tratamento.

Já a medicação em outro local e estrutura física (fala de E 13), apenas estrutura física (fala de E 29), medicação em outro local e exames (fala de E 19) foram dificuldades percebidas pelos usuários da UBS de maior porte. Essas falas envolvem a parte da estrutura e resultados na avaliação em saúde.

Um estudo anterior identificou dificuldades para se conseguir consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico na média e alta complexidade da atenção, longos tempos de espera, filas, demora no recebimento dos exames, entre outros. Na busca da integralidade da atenção, com que se depara a implementação da equipe de saúde da família, essa situação recebeu fortes críticas dos profissionais e, principalmente, dos usuários como os principais prejudicados por esse funcionamento do sistema (ROCHA *et al*., 2008).

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

Em consonância com as dificuldades encontradas pelos usuários, emergiram nas falas de E 6, E 2, E 13 e E 15 sugestões para o programa como: agendamento de consultas, mais consultas e médico fixo, arrecadação

de doações de alimentos - serviço voluntário, mais uma unidade para o atendimento da população, local adequado e local adequado e toda a medicação na unidade.

Nas falas são percebidas sugestões que compõem o processo, a estrutura e os resultados no âmbito da avaliação qualitativa em saúde. Sem considerar a arrecadação de doações de alimentos, as solicitações relatadas pelos usuários encontram-se preconizadas no Plano de Reorganização da Atenção à HÁ e DM, bem como nas diretrizes da ESF, que determinam a criação de vínculo com a população atendida, acompanhamento adequado de grupos de risco e utilização de recursos para o atendimento adequado da população (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b).

Nas falas de E 6, E 2 e E 15 ainda são contempladas questões referentes ao acesso dos serviços de saúde. Esta realidade vai ao encontro dos achados de um estudo anterior no qual foram relatadas dificuldades semelhantes referentes às consultas na unidade e aos encaminhamentos, pois os usuários referiram existir grande demanda para atendimento (ROCHA *et al*., 2008).

Houve solicitações de melhoria no serviço e no atendimento conforme foi observado nas falas dos usuários referentes às dificuldades e às sugestões ao Programa. Em estudo de Kantorski *et al.* (2009), os fatores mais referidos pelos usuários para melhoria do serviço foram: estrutura (21,8%) - ampliação do espaço físico; atendimento (14,6%) - diminuir a rotatividade dos profissionais, aumentar o número de consultas, ter a medicação disponível no serviço, bem como manter o fornecimento regular das medicações, entre outros. Estes fatores também foram citados em estudo realizado por Medeiros et al. (2010), sendo contemplados nos resultados da atual pesquisa.

Em relação aos elogios elencados à equipe de saúde, os achados em pesquisa anterior corroboram com os dados da atual pesquisa no que se refere as opiniões positivas dos usuários. Dentre estas destacaram: o bom atendimento (trato) da equipe; a qualidade; as ações educativas e a resolutividade (ROCHA *et al*., 2008).

Embora os usuários não possuam conhecimento das diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM, na avaliação realizada por eles emergem aspectos que constam nestas diretrizes.

Segundo expectativas geradas com a análise de implantação, com a realização desta avaliação em duas UBS – uma de maior e outra de menor porte constatou-se que na UBS de menor porte não foi identificado diferença no atendimento por causa da proximidade da equipe de saúde com os usuários do serviço.

Ficou explícito que a forma como a equipe de saúde conduz o desenvolvimento das atividades é determinante para a adesão e acompanhamento adequado dos grupos de saúde. Na UBS de menor porte, assim como na de maior porte, o grupo era conduzido por uma equipe específica de ESF, de maneira diferenciada, independentemente do tamanho da unidade. Devido a esse fato as categorias foram identificadas em conjunto, nas falas dos usuários de ambos os serviços, sem necessidade de segregação.

Assim, a maneira como o usuário percebe o cuidado de sua saúde no Programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos foi relevante em ambas as unidades devido às especificidades encontradas.

A existência de uma relação profissional-usuário satisfatória e reconhecida pelos usuários pode demonstrar um grau de responsabilidade da ESF com a população. É essa relação de respeito, compreensão e escuta que faz a diferença entre as práticas das ações de saúde. Com a politização dos usuários pode-se atingir um atendimento centrado na satisfação das necessidades e na conscientização do gestor das suas obrigações, de prestar uma assistência digna e da melhor qualidade (MEDEIROS *et al*. 2010).

A avaliação qualitativa em saúde oferece subsídios para o alcance desta politização através da oportunidade dada aos usuários de reivindicar e opinar sobre os serviços que lhes são fornecidos. Em pesquisa anterior, Kantorski *et al.* (2009) priorizaram incluir no seu processo de construção a constituição de espaços públicos em que cada sujeito implicado na atenção psicossocial nos CAPS pudesse se inserir por meio de palavras e atos na avaliação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de avaliar o Programa de Hipertensão arterial e Diabetes mellitusproposto pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitusna visão dos usuários foi atingido. A descrição da trajetória da doença possibilitou a identificação, no contexto da avaliação, de como os usuários foram motivados a cuidar de sua saúde através do ingresso neste programa.

A descoberta da doença permitiu que os usuários realizassem uma reflexão sobre o momento do diagnóstico e como esse processo ocorreu, bem como a maneira que este fato marcou sua vida. O caráter crônico da HAS e do DM exige que seus portadores compreendam o impacto de algumas mudanças em suas vidas para que se possa postergar o aparecimento de possíveis complicações.

Através do marco inicial do diagnóstico da(s) doença(s) os usuários relataram as causas pelas quais se sentiram motivados a aderir ao Programa de HA e DM. Apesar de emergirem causas particulares, a redução de custos obteve destaque devido à importância da aquisição de medicamentos relatada pelos usuários.

Os motivos particulares associados à redução de custos elencados pelos usuários sugerem o anseio de cuidar da saúde da maneira que consideram mais eficaz no atual momento de sua vida. Com isto o incentivo da autonomia e do poder de decisão do portador de doença crônica sobre sua saúde necessita ser ampliado.

O conhecimento do programa identificado pelos usuários pela finalidade e funcionamento, denotou a percepção das atividades realizadas. Logo, apesar de não ter a noção exata das diretrizes preconizadas pelo Plano de Reorganização da Atenção a HA e DM, os usuários sabem o que buscam ao aderir ao Programa. No tocante à redução de custos, destaca-se a função assistencialista que os usuários buscam no serviço de saúde.

Muitos participantes aderem ao Programa de HA e DM por causa dos medicamentos, porém a utilização da estratégia de vincular a aquisição destes

às palestras educativas é importante. Desta forma tenta-se despertar nos usuários o interesse em conhecer sua patologia e em manter uma qualidade de vida dentro de sua realidade. É neste momento em que ocorre, muitas vezes, a captação dos usuários para a adesão efetiva ao Programa e para a compreensão da prevenção e da promoção da saúde almejada na atenção primária para as doenças crônicas.

A avaliação realizada pelos usuários demonstra a percepção da contribuição do Programa para o cuidado com sua saúde. Destaca-se que este tipo de avaliação é assistemática e foi realizada com alicerce nos aspectos em que os usuários consideraram relevantes referentes ao uso do serviço, conhecimento do programa e adesão às atividades propostas.

No que se refere às dificuldades e sugestões para melhoria da qualidade do atendimento de saúde, em ambas UBS emergiram aspectos semelhantes. Porém, a estrutura foi referida com maior ênfase pelos usuários da UBS de maior porte devido ao número de participantes para adequação às atividades do Programa. A marcação de consultas foi um fator discrepante entre os usuários de ambas as unidades e entre os usuários da UBS de maior porte devido à falta de padronização destas ações.

A limitação na realização desta pesquisa se refere à crítica de um serviço de saúde do qual os usuários dependem. Pois estes, apesar de elencarem dificuldades e sugestões preocuparam-se em expor elogios ao serviço e ao atendimento. Portanto, identificou-se que os usuários agiram com cautela ao avaliar um serviço que utilizam e do qual dependem para manutenção dos cuidados com sua saúde.

Os resultados desta pesquisa contribuem para reflexão da função dos profissionais de saúde na atenção primária, em especial dos enfermeiros, por serem vistos como líderes da equipe de saúde. O cuidado aos portadores de doenças crônicas exige criação do vínculo com o serviço para o estabelecimento da confiança em seu tratamento.

Os portadores de patologias crônicas necessitam de atenção e da percepção de sua individualidade nos cuidados de saúde. Nisto os enfermeiros destacam-se ao poder definir e identificar diferentes realidades no contexto socioeconômico e cultural de cada usuário integrante do serviço mediante a consulta de enfermagem. Este cuidado direcionado e individualizado, quando

percebido pelo usuário, contribui para o incentivo à participação e à voz ativa deste nas decisões sobre sua saúde.

A vivência do cuidado à saúde de portadores de doenças crônicas enquanto enfermeira e mestranda possibilitou a constatação da importância na ênfase na prevenção destas patologias. A manutenção da qualidade de vida dos portadores de patologias crônicas permite a redução de complicações que causam dependência e desmotivação na realização do tratamento.

A avaliação qualitativa em saúde contribui para a identificação de problemas que, muitas vezes, causam diferenças nos interesses entre quem os realiza (profissionais) e entre quem os vivencia (usuários). Este foi o foco da realização desta pesquisa, pois ao avaliar o programa na visão dos usuários, identificaram-se as convergências e divergências entre o que é preconizado e o que é realizado na prática.

A grande demanda populacional para os serviços de saúde relacionada a uma oferta não compatível foi constatada. Os profissionais de saúde realizam o atendimento de acordo com os recursos físicos e humanos disponíveis. Porém estes são, muitas vezes, insuficientes para suprir as necessidades de saúde da população, o que pode gerar uma frustração tanto para quem realiza os cuidados (profissionais) quanto para quem os vivencia (usuários).

Deste modo, é visível a importância de uma prática profissional de enfermagem embasada no diálogo, para viabilizar a emancipação da população através de voz ativa em espaços que favoreçam a avaliação da qualidade em saúde. Com isto almeja-se um processo de transformação pessoal e social, no qual os portadores de patologias crônicas consigam transparecer seus interesses e assim, atingir o sucesso do tratamento.

Esta pesquisa possibilitou identificar os desafios a serem transpostos na avaliação qualitativa em saúde para a efetivação de melhorias na prática assistencial. Sugere-se a realização de novos estudos para que esta prática possa ser compreendida como uma ferramenta para auxiliar na melhoria do atendimento dos serviços de saúde nos aspectos do processo, da estrutura e dos resultados.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, C. A. L. de; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev**. **Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

ALMEIDA, M. F.; *et al*. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva,** v.7, p. 743-756, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, março de 2010.

BASTOS, D. S. **Cuidando de pessoas portadoras de hipertensão arterial: contribuindo para a superação dos déficits de autocuidado.** [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade; 2002.

BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M. S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 92-9, 2004.

BENSENOR, I. M.; LOTUFO, P. A. A Hipertensão Arterial no contexto nacional e internacional. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev Bras Hipertens** vol.14(2): 84-88, 2007.

BRASIL. **Lei nº 6. 229**, de 17 de julho de 1975. Cria o Sistema Nacional de Saúde. [citado 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L6229.htm.

_____. **Lei nº 8.080,** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 20 set 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59. Disponível em: http://www.soleis.adv.br/suscomunidaderecursos.htm

_____. **Lei nº 8.142,** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [citado 2011]. Disponível em: http://www.soleis.adv.br/suscomunidaderecursos.htm

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

_____. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Melittus**. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família** [texto na Internet]. Brasília; 2001b. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/guia_psf.pdf. Acesso em 30 de agosto de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta N.º 371, de 04 de março de 2002.

_____. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**, 2003. [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003].

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitusno Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Cadernos de Atenção Básica, n. 16, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede CARMEM** Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes**. Janeiro/2011 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas**

para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CADE, N.V. Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. **Rev. Psiq. Clin**. v 28, p.300-4, 2001.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.,** v.57, n.5. Brasília. Set./ Out, 2004.

CARVALHO, A. I. de; BARBOSA, P. R. **Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração. UFSC, Brasília: CAPES: UAB, 2010.

CAVALCANTE, M. A., et al. Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 89, n. 4, p. 245-250, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Framework for Program Evaluation in Public Health.** MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report). 48 (RR-11): 1-40, 1999.

CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do Sistema Informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 10-16. Jan./mar., 2008.

CHEN, H. T. Theory-driven evaluations. **Newbury park**: Sage Publications; 1990.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

COIMBRA, V. C. C. et. al. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.5. São Paulo, outubro, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A, P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n 3, p:705-11, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo humanos. Disponível em: www.saudeufpr.br. Acesso em: 08/05/2011.

DATASUS. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Acesso em 10/07/2012. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. São Paulo: Editora Cortez, 1999.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Mem Fund, v.44, n. 3, p. 166-206, 1966.

_____. The assessment of technology and quality. **Int J.Technol Assess Health Care**. v. 4, p. 487-496, 1988.

_____.The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.** Vol. 114, p. 115 - 18, 1990.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance . **Quality Review Bulletin**, v. 18, p. 356-360, 1992.

_____. Continuity and change in the quest for quality. **Clin Perform Qual Health Care**. v. 1, p. 9 -16, 1996.

FARIA, A. P. S. de; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus**. Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.4. São Paulo, dez., 2009.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, I. *et. al.* (org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook, 196 p., 2010.

FORTES, N. A.; LOPES, V. O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto & contexto Enferm.** v. 13, n. 1, p. 26-34, 2004.

FREITAS, M. C.; SANTANA, M. E. Implementação da estratégia ensino - aprendizagem à família de doente crônico. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 55, n. 2, p. 146-150, mar./abr. 2002.

FRIAS *et al.* Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO, I. *et. al.* (org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook, 196 p., 2010.

FUCHS F.D. **Hipertensão arterial sistêmica**. In: DUNCAN B.B.; SCHMIDT M.I.; GIUGLIANI E.R.J. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; p.641-56, 2004.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S. Epidemiologia do Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP)**. São Paulo. Vol. 16, n.1; jan/ fev/ mar, 2006.

HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas**. Organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z., M., A. VIEIRA da SILVA, L.,M. **Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: FIOCRUZ; p. 275, 2005.

JESUS, E. S., *et al*. Perfil de un grupo de hipertensos: aspectos biosociales, conocimientos y adhesión al tratamiento. **Acta Paul. Enferm**., v.21, n.1, p. 59-65, 2008.

KANTORSKI. L. P. *et. al*. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública,** v.43, s.1. São Paulo, agosto, 2009.

KERBER, N.P.C., *et al* . Direito do cidadão e avaliação nos serviços de saúde: aproximações teórico-práticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v. 18, n. 5, set-out, 2010.

MAFFESOLI M. **O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva**. Porto Alegre: Sulina; 2007.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. 123 f Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2007.

MANTOVANI M. de F., *et. al.* As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. **Rev. Gaúcha Enferm., v.32 n.4.** Porto Alegre Dec. 2011.

MANTOVANI, M. F.; MOTTIN, J. V.; RODRIGUES, J. Nurse Home Visity with Educational Activities in the arterial pressure treatment. **Online Brazilian Journal of Nursing** (OBJN- INSS 1676-4285), [Online], v.6, n.1, Abril, 2007. Disponível em: http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=769. Acesso em 20 julho, 2010.

MANTOVANI, M. F., *et al*. Health clients profile and knowledge about arterial hypertension. **Online Brazilian Journal of Nursing.** v.7, n.2, jul., 2008. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1467/348. Acesso em: 13 Ago. 2012.

MARINHO A, FAÇANHA L. O. **Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001. (Texto para Discussão, 787)

MARTINS J. J., *et. al*. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 254- 62, abr-jun, 2007.

MBANYA, J.C.; SOBNGWI, E. Diabetes microvascular and macrovascular disease in Africa. ***Journal of Cardiovascular Risk***, London, v.10, n.2, p.97-102, 2003.

MEDEIROS, F. A., *et al*. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Rev. Salud Publica v.12, n. 3,p. 402 a 413, 2010.

MENDES, F.R.P. Doenças crônicas: a prioridade de gerir a doença e negociar os cuidados. **Pensar Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 42 a 47, 2005.

MENDES M. Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença: As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde [Dissertação de Mestrado]. Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho; 2004.

MEDEIROS, F. A. *et al*. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud pública**, v. 12, n. 3, p. 402 a 413, 2010.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; HERNÁNDEZ-IBARRA, E. Las enfermedades crônicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estúdio cualitativo en México. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.9, p.2178-2186, 2007.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.J.; SILVA, L.R.; HERRERA, I.M.R.; LEAL, N.M.; HERNÁNDES, E.A. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. Cad Saúde Pub 1999; 15 (1): 179-86.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo – qualitativo: oposição e complementaridade? **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v.3, n.9, p. 239-48, jul/set. 1993.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MIRANZI, S. S. C.; *et al*. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes mellituse hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto - enferm**. v.17, n.4, Florianópolis, out./dez. 2008.

NOBLAT A. C. B. *et al.* Complicações da Hipertensão Arterial em Homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arq Bras Cardiol.** v. 83, p. 308-13, 2004.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de Programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 34; n.5. São Paulo. Outubro, 2000.

NOVAIS, E.; *et al*. O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. **Rev. HCPA**. v.29, n.1, p.36-44, 2009.

OLIVEIRA, R. M. **A produção do conhecimento em saúde em escala local**: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares. 2000. 246 f Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

OLIVEIRA, S. M. J. V. de *et. al*. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto & Contexto Enferm.** v.17, n.2. Florianópolis, abr./jun. 2008.

OLIVEIRA, S. G. de. **Caracterização dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em serviço de urgência e emergência no município de Dourados – MS.** Ministério da Saúde. FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-ENSP, setembro de 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)**. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação; relatório mundial**. Brasília, 2003.

PAIVA, D. C. P. de; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385. Fev., 2006.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde.** Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez., 2006. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude. Acesso em 20/06/2011.

PEIXOTO, S.V.; GIATTI, L. A. M. E.; LIMA-COSTA, M. F. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.13, n. 4, p. 46-53, Dez. 2004.

PEREIRA, A.C.; KRIEGER, J.E. Dos fatores de risco clássicos ao perfil de risco individualizado: quais são os caminhos? **Revista da sociedade brasileira de hipertensão,** 2005. Disponível em: http//www.sbh.org.br. Acesso em: 02/09/2012.

PEREIRA, J. G. *et al.* Estudo comparativo da assistência ao paciente portador de Diabetes mellitus*n*a rede pública de saúde, entre municípios do Estado do Paraná - Brasil, nos anos de 2004 e 2005. **Revista Espaço para a Saúde,** Londrina, v. 10, n. 1, p. 07-15, dez. 2008. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude Acesso em 27/07/2011. Acesso em:22 de setembro de 2011.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública,** v. 37, n. 5,p. :635-642, 2003. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf. [Links]. Acesso em: 16 de outubro de 2011.

PIERIN, A.M.G. **Hipertensão Arterial**: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004.

RABETTI, A. de C.; FREITAS, S. F. T. de. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 258-268, 2011.

ROCHA, P. de M. *et. al.*. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios**. Rev. Cad. Saúde Pública,** v.24, n.1. Rio de Janeiro, 2008.

RUA, M. das G. **Políticas Públicas**. Departamento de Ciências da Administração. Florianópolis. UFSC; CAPES: UAB, 2009.

SAMICO, I. *et al.* (org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook, 196 p., 2010.

SANTOS, Z. M. de S. A. S.; LIMA, H. de P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto & Contexto Enferm**. v.17, n.1. Florianópolis, jan./mar. 2008.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardilogia; SBH_ Sociedade Brasileira de Hipertensão; SBM_ Sociedade Brasileira de Nefrologia. Revista Brasileira de Hipertensão Arterial. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** v. 17, n.1, jan/mar. 2010.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação de Diabetes mellituse tratamento do Diabetes mellitustipo 2**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2000.

SILVA, S. S. B. E. da; COLÓSIMO, F. C. C.; PIERIN, A. M. G. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial**. Rev. Esc. Enferm. USP, v.44, n.2**, São Paulo, junho, 2010.

SILVA, T. R. S.; *et al.* Controle de Diabetes mellituse hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev Saude Soc.** São Paulo v.15, n.3. São Paulo, set./dez. 2006.

SILVA, C. M. C.; *et. al*. Educação em saúde: uma reflexão de suas práticas. **Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade** (ABRASCO) 0271/ 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1532. Acesso em: 06 abr. 2011.

SILVA, M. E. D. C.; *et. al.* As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. **Rev. Bras. Enferm**. v.61, n.4, Brasília, jul./ago. 2008.

SIMONETTI J.P.; BATISTA L.; CARVALHO L.R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 415-22, 2002.

SOUZA L. B. de; SOUZA, R. K. T. de; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**., v.87, n.4. São Paulo, out., 2006.

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Rev. Latino-am. Enferm**. v.15, n.5, p. 929-935, 2007.

TEIXEIRA, S. A. Avaliação dos usuários sobre o programa de saúde da família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. In: FERNANDES, A. S., SECLEN-PALACIN, J. A., organizadores. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil.** Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, p. 77-10, 2004.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

ULBRICH, E. M. **Repercussões da intervenção educativa do enfermeiro no cuidado pessoal do doente crônico.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

VASCONCELOS, E. M. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.12-18, Set., 2010.

VENANCIO, S. I. *et al.* **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.

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

APÊNDICES

APÊNDICE 1.....82
APÊNDICE 2 84

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Vinheta: Você está sendo convidado a participar desta pesquisa para avaliar o Programa de Hipertensão e Diabetes. O HiperDia é um sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde. Além do cadastro, o programa permite o acompanhamento e a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, permitindo, a definição do perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Roteiro de Entrevista para Coleta de Dados

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: ( ) F ( ) M

Estado conjugal: ( ) casado (a) ( ) solteiro (a) ( ) união estável ( ) divorciado (a) ( ) viúvo (a)

Religião: _____

Escolaridade: ( ) ensino primário (1ª a 4ª série)
( ) ensino fundamental (5ª a 8ª série)
( ) ensino médio (1º a 3º ano)
( ) ensino superior (graduação, pós-graduação)

Ocupação: _____ Renda familiar:_____

Num. de ocupantes do domicilio:_____ Diagnóstico: ( ) Hipertensão
( ) Diabetes *Mellitus*
( ) Hipertensão e Diabetes *Mellitus*
( ) Outros_____

Tempo de Diagnóstico: _____ Data de entrada no Programa Hiperdia:_____

Quando o senhor fica doente, que serviços o senhor(a) procura?

_____

Quais serviços de saúde o senhor utiliza? _____

Tem alguém na família que teve/ ou tem doença crônica? ( ) SIM, quem?_____ ( ) NÃO

1-O que o senhor sabe sobre o Programa de Hipertensão e Diabetes?

_____
_____
_____

2- Quando o senhor(a) começou a freqüentar o programa nesta unidade de saúde? Por que o senhor(a) decidiu entrar no Programa Hiperdia? Conte como isso aconteceu.

_____
_____
_____
_____

3- Das atividades listadas abaixo, quais o senhor(a) participa?

a) ( ) Reuniões mensais com “palestras” b) ( ) Entrega de medicamentos

c) ( ) Caminhada d) ( ) Consulta médica agendada

Por quê?

_____
_____
_____

4- O Programa contribui para o cuidado com a sua saúde? De que forma?

_____
_____
_____
_____

5- Que dificuldades o senhor (a) identifica no Programa?

_____
_____
_____

6- Que sugestões o senhor (a) faz para o Programa para melhorar o atendimento?

_____
_____
_____

7- Gostaria de falar mais alguma coisa?

_____
_____
_____

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

a) Você portador de hipertensão arterial (HA) e/ou Diabetes mellitus(DM), usuário da Unidade de Saúde _____está sendo convidado a participar de um estudo intitulado **"A trajetória dos doentes crônicos no cuidado à saúde e o Hiperdia: subsídios para a enfermagem"**. Através das pesquisas ocorrem avanços na área da Saúde e da Enfermagem, portanto sua participação é importante neste estudo.
b) Os objetivos desta pesquisa são: analisar a trajetória do usuário participante do Hiperdia desde o diagnóstico de sua patologia até sua entrada no programa; avaliar o Programa Hiperdia sob a ótica de seus usuários.
c) Caso você participe da pesquisa será necessário responder a uma entrevista, na qual constará uma vinheta explicativa sobre o programa Hiperdia, que poderá ser aplicada na Unidade de Saúde ou no domicilio, e gravada de acordo com o seu consentimento, com duração de aproximadamente 30 minutos.
d) O benefício esperado é o conhecimento dos fatores relevantes para os usuários do programa Hiperdia relacionados ao seu funcionamento, e quanto ao seu modo de cuidar da saúde para a melhora da sua qualidade de vida e redução dos fatores que provocam a doença.
e) A pesquisadora Juliana Veiga Mottin da Silva_ Enfermeira e Mestranda da UFPR, é responsável pela pesquisa, podendo ser contatada no telefone 9145-7048 ou no 3361-3759, em Curitiba, das 13:30 às 17:00, de 2ª a 6ª feira, sendo orientada pela Professora Doutora Maria de Fátima Mantovani_Enfermeira, da UFPR.
f) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.
g) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem liberdade de se recusar a participar do estudo, ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção de seu atendimento, que está assegurado.
h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
i) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
j) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
K) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado(a) a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo e as atividades que deverei participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do Paciente:_____

Data: ___/___/2011

ANEXO

ANEXO 1 86

Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

Curitiba, 06 de setembro de 2011

Ilmo (a) Sr. (a)
Juliana Veiga Mottin da silva
Maria de Fátima Mantovani

Nesta

Prezados Pesquisadores,

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **"A trajetória dos doentes crônicos no cuidado à saúde e o hiperdia: subsídios para a enfermagem"**, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 31de agosto de 2011.

Registro **CEP/SD:** 1194.119.11.08 **CAAE:** 0136.0.091.000-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do 1° relatório parcial: 07/03/2012

Atenciosamente

Profª. Drª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Rua Padre Camargo,280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – CEP:80060-240
Fone/fax: 41-360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br