

PROGRAMA HIPERDIA E SUAS REPERCUSSÕES SOBRE OS USUÁRIOS

THE HIPERDIA PROGRAM AND ITS REPERCUSSIONS ON USERS

PROGRAMA HIPERDIA Y SUS REPERCUSIONES EN LOS USUARIOS

Darla Lusía Ropelato Fernandez¹

Sandra Helena Isse-Pollaro²

Lucia Hisako Takase-Gonçalves³

Objetivos: descrever o atendimento prestado pela equipe de saúde de um Programa Hiperdia e identificar as repercussões desse Programa no comportamento de vida e saúde de seus usuários. **Método:** estudo de caso realizado mediante entrevista com usuários, equipe de saúde e gestores; consulta documental a prontuário e normas e diretrizes oficiais do Hiperdia. **Resultados:** foram concebidos três padrões de significação: Precarização da gestão do Hiperdia; Falta de adesão dos usuários às práticas de controle da Hipertensão Arterial (HA); e Diabetes *Mellitus* (DM) e Deficiente enfrentamento da cronicidade. **Conclusão:** a repercussão das ações da equipe necessárias à mudança de comportamento dos usuários atendidos pelo Hiperdia para controlar a HA e o DM é limitada, tanto pela precarização do serviço oferecido, como pelas más condições em que vivem os próprios usuários.

Descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes *Mellitus*; Atenção Primária de Saúde.

Objectives: to describe the service provided by the health team of a Hiperdia Program and identify the repercussions of this program in behaviors of life and health of its users. Method: a case study was developed by means of interviews with users, a health team and managers; and documentary survey to medical records and official guidelines and norms of the Hiperdia. Results: three signification patterns were conceived: Precariousness of the Hiperdia management; Lack of users' adherence to practices for controlling hypertension and diabetes mellitus; and Deficient coping with chronicity. Conclusion: the repercussion of the team's actions necessary for changing the behavior of users assisted by the Hiperdia to control hypertension and diabetes mellitus is limited, both due to the precariousness of the service provided, and the poor conditions in which the users live.

Descriptors: Systemic Arterial Hypertension; Diabetes Mellitus; Primary Health Care.

Objetivos: describir la atención brindada por el equipo de salud de un Programa Hiperdia e identificar las repercusiones del Programa en el comportamiento de vida y salud de sus usuarios. Método: estudio de caso realizado mediante entrevista con usuarios, equipo de salud y gestores; consulta documental de historia clínica y normas y directrices oficiales del Hiperdia. Resultados: fueron establecidos tres estándares de significación: Precarización de la gestión del Hiperdia; Falta de adhesión de los usuarios a prácticas de control de Hipertensión arterial (HA); y Diabetes Mellitus (DM) y Enfrentamiento deficiente de la cronicidad. Conclusión: la repercusión de las acciones del equipo necesarias para el cambio de comportamiento de los usuarios atendidos por el Hiperdia para control de HA

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. darlaropelato@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil. shpollaro@ufpa.br

³ Enfermeira. Professora Titular Aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista de produtividade em pesquisa/CNPq. Professora visitante sênior CAPES no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil. lhtakase@gmail.com

y DM es limitada, tanto por la precarización del servicio ofrecido como por las malas condiciones en las que viven los propios usuarios.

Descriptor: Hipertensión Arterial Sistémica; Diabetes Mellitus; Atención Primaria de Salud.

Introdução

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM) são considerados problemas de saúde pública no Brasil e acarretam sérias consequências à população. A hipertensão arterial tem sido associada a importante risco cardiovascular, que, por sua vez, representa a principal causa de morte no mundo, com custos elevados, considerando-se os cuidados necessários⁽¹⁻²⁾. O diabetes também traz graves consequências, como: retinopatia, nefropatia, neuropatia, coronariopatia, acidente vascular cerebral e doença arterial periférica⁽³⁾. Diante das possíveis consequências, ressalta-se a importância da prevenção dessas afecções e, quando já instaladas, a necessidade de seus portadores tomarem ciência da condição de cronicidade e como enfrentá-la, para controlar a patologia de base e prevenir agravos e complicações.

Com base no exposto, compreende-se a necessidade do desenvolvimento de programas de atenção básica destinados à prevenção, identificação e acompanhamento dos casos. No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de pessoas com hipertensão e diabetes podem ser tratadas na atenção primária, necessitando de medidas preventivas e promoção de saúde. O país, por meio do Ministério da Saúde (MS), criou inúmeros programas para o controle das doenças de maior impacto na população e, no caso dessas duas afecções, publicou, em 2001, o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes *Mellitus*, conhecido como Hiperdia⁽⁴⁻⁵⁾.

Entretanto, estudos em nosso meio têm demonstrado dificuldades na aplicação prática das diretrizes do Hiperdia por inúmeras razões, comprometendo o controle das afecções e a minimização das complicações, como falhas gerenciais, que afetam a qualidade do serviço prestado por demanda excessiva, carência de

insumos e medicamentos, lacunas na realização de consultas e exames, interferindo seriamente no acesso e adesão ao tratamento. Também a incompletude de informações geradas pelo Programa, entre outras dificuldades, resulta em mau gerenciamento do programa⁽⁶⁻⁷⁾.

Nesse contexto, mais de uma década após sua implantação, cabe indagar: Qual é o impacto do Programa Hiperdia sobre seus usuários? Questionou-se de que modo o Programa Hiperdia vem sendo executado na atenção básica e que repercussões suas ações têm provocado no comportamento de vida e saúde dos usuários. Assim, os objetivos propostos foram: descrever o atendimento prestado pela equipe de saúde de um Programa Hiperdia e identificar as repercussões do Programa no comportamento de vida e saúde de seus usuários.

Método

Estudo de caso de um Programa Hiperdia, da Unidade Básica de Saúde do Guamá da cidade de Belém (PA), situada numa periferia populosa e empobrecida, buscando conhecer o seu funcionamento e repercussões sobre os usuários.

Inicialmente foram realizadas consultas ao manual do Ministério da Saúde (MS) que estabelece normas e diretrizes oficiais para o funcionamento do Programa Hiperdia⁽¹⁻²⁾. Essa consulta foi realizada com o intuito de elucidar os princípios, a filosofia e a política norteadora do referido Programa, e serviu como base teórica para o estudo. O estudo de caso permite estudar um caso em profundidade, usando métodos, técnicas e fontes de dados variadas; a teorização pré-existente passa a ser chamada de proposição teórica, tomada como referência para a

condução do estudo, análise dos dados e interpretação dos resultados⁽⁸⁾.

Os dados propriamente ditos foram coletados e obtidos por várias técnicas e em diferentes fontes: entrevista com profissionais da equipe de saúde e com os usuários; consulta documental ao prontuário dos usuários e observação direta do contexto do funcionamento do Hiperdia, além de informações adicionais de representantes da gestão da Unidade Básica de Saúde e do Programa do Município, no período de agosto a novembro de 2013.

Do primeiro grupo, participaram seis profissionais da equipe de saúde: dois enfermeiros, um médico, um assistente social, um nutricionista e um psicólogo, cuja inclusão seguiu o critério de atuar no programa Hiperdia, disponíveis naquela unidade no período de coleta de dados, com tempo de atuação que variou entre um mês e 10 anos.

Para a seleção dos usuários, que somaram 14, o critério de inclusão foi estar em atendimento no Programa Hiperdia há pelo menos 6 meses, tempo necessário para estabelecer o diagnóstico e o acompanhamento. Dentre os usuários, 7 eram adultos com idade entre 37 e 57 anos, e 7 eram idosos, entre 62 e 83 anos de idade; 5 disseram ser aposentados, 2 pensionistas, 1 do lar, 1 desempregado, 2 empregadas domésticas; 3 declararam ter renda de ocupação informal (venda de roupas, gelo e artesanato); 10 disseram ser casados, 2 viúvos e 2 solteiros; 1 era analfabeto, 11 tinham até 8 anos de estudo e 2 até 12 anos. Com relação à patologia de base, 10 eram apenas hipertensos e 4 eram hipertensos e diabéticos.

A entrevista em profundidade com os profissionais foi realizada em sala privativa e gravada com a anuência prévia, e guiada pelas questões norteadoras:

- 1) Conte em detalhes um dia comum de seu trabalho no atendimento aos usuários do Hiperdia.
- 2) Ao atender, o que você acrescenta de ações diferenciadas quando se trata, por exemplo, de usuário idoso? E de usuário que já apresenta sinais de complicação?

Se não apresenta sinais de complicação, que recomendações você faz?

- 3) Fale das facilidades e dificuldades que você encontra na rotina de seu trabalho no Hiperdia.

Já a entrevista com os usuários também foi realizada em sala privativa, com anuência para a gravação. Abrangeu questões como:

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

A entrevista com os usuários foi interrompida quando se observou a repetição de informações.

As informações obtidas foram analisadas por meio de uma técnica analítica denominada “contando com proposições teóricas”⁽⁸⁾, ideal para os casos em que, previamente ao estudo, já exista algum tipo de explanação teórica acerca do fenômeno ou objeto estudado, que poderá ser analisada e posteriormente comparada com sua aplicação na prática. Aqui, tomou-se como proposição teórica a concepção do Programa Hiperdia – normas e diretrizes do MS⁽¹⁻²⁾.

A técnica analítica adotada, chamada “combinação de padrão”⁽⁸⁾, consiste de análise em sequência de passos que levam à emergência de conjecturas. Na fase pré-analítica, houve a transcrição na íntegra das entrevistas realizadas e a organização do material obtido em fontes como: documentos oficiais pertinentes ao Programa, notas de campo oriundas da observação direta e apontamentos de dados extraídos de prontuário dos usuários, além de informações fornecidas

pelos gestores. No passo seguinte, leitura minuciosa e crítica de todo o material levantado, em busca de “padrões de significação”, que consiste em identificar temas significativos que emergem da análise dos dados obtidos em várias fontes, para, em seguida, compará-los entre si e com a proposição teórica.

Após leitura repetida e análise minuciosa dos dados, foi possível notar certas constantes na fala dos usuários, como a falta recorrente de medicamentos, por exemplo. Esse padrão que emergiu dos dados dos usuários foi então comparado aos dados similares da equipe profissional, e também com o que foi observado no campo de prática, considerando a proposição teórica prevista nos manuais do Hiperdia acerca da distribuição de medicamentos. Esse padrão, por sua vez, foi comparado a outros temas ou padrões afins e emergidos dos dados, como a falta de materiais e equipamentos, a sobrecarga de trabalho da equipe de saúde, formando, desse modo, um padrão de significação a esse respeito que foi denominado “a precarização da gestão do Hiperdia”.

Assim, combinando-se temas padrão que foram emergindo dos dados analisados, comparando-os entre si e com a proposição teórica, foram concebidos três padrões de significação: Precarização da gestão do Hiperdia; Os usuários do Hiperdia e a falta de adesão às práticas de controle da(s) doença(s); Os usuários do Hiperdia e o enfrentamento de sua condição de cronicidade.

Atendendo à Resolução n. 466 de 2012, no que concerne aos cuidados éticos de pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPA), que o aprovou em parecer exarado no documento protocolado sob n. 027/12, CAAE n. 01030712.1.0000.018.

Resultados

Os resultados, organizados segundo os três padrões de significação e seus desdobramentos emergidos da análise dos dados, são mostrados no Quadro 1.

Quadro 1 – Padrões de significação emergidos dos dados do estudo do Hiperdia na Unidade Municipal de Saúde do Guamã, Belém, PA, 2013

Precarização da gestão do Hiperdia	Insuficiência de profissionais multidisciplinares na equipe. Insuficiência de insumos e equipamentos.
Falta de adesão às práticas de controle	Insuficiente provisão de necessidades familiares: alimentação inadequada; insegurança urbana levando ao sedentarismo.
Deficiente enfrentamento da cronicidade	Cotidiano de vida estressante. Enfrentamento limitado à medicação. Conhecimento limitado sobre as complicações.

Fonte: Elaboração própria.

O primeiro padrão de significação – “Precarização da gestão do Hiperdia” – emergiu focando vários fatores, como número insuficiente de profissionais da saúde para atender à demanda do Programa, a recorrente falta de medicamentos e as más condições de trabalho. Neste quesito, ao adentrar-se na referida unidade, foi possível observar a precariedade da estrutura física local, como consultórios adaptados em espaços apertados, separados por divisórias que não

proporcionavam isolamento acústico adequado para preservar a privacidade do usuário, mobiliário e equipamentos envelhecidos, enferrujados ou até mesmo quebrados, tanto os de uso dos profissionais quanto os disponíveis para os usuários.

Também se observou a costumeira remarcação de consultas, especialmente as médicas, em virtude da insuficiência de profissionais, por motivos que iam desde faltas pontuais ao

trabalho até o desligamento de profissional que ainda não havia sido substituído pela Prefeitura. Tal situação gerava descontentamento entre os usuários que não eram atendidos nas consultas pré-agendadas. Também era comum os usuários chegarem até a farmácia para retirar seus medicamentos e não os encontrar, recebendo sempre a informação de que estavam em falta.

O descontentamento dos usuários pelo longo intervalo entre as consultas médicas e a frequente falta de medicamentos na Unidade configura-se um círculo vicioso de problemas sem solução a curto prazo para suas necessidades imediatas. Quando os usuários conseguem receita médica, não há medicamento na farmácia da Unidade; quando é possível adquirir medicamentos com preços mais acessíveis, subsidiados pelo Governo em farmácias populares, não conseguem a receita médica.

Como consequência dessa precarização do serviço, observaram-se profissionais da equipe multidisciplinar sobrecarregados e desgastados, com agendas superlotadas e trabalhando com deficiência de insumos e equipamentos inadequados, em meio às reclamações e insatisfação, cenário que é ilustrado com as seguintes falas de usuários e profissionais:

Eu vim para falar com a médica, mas soube que ela não está mais atendendo. Vou ter que ver como faz para remarcar essa consulta. Os remédios, eu não pego aqui na Unidade. Nunca tem nada! Por isso eu tenho que comprar. (Usuário 4).

Estou com exame em mãos desde abril para entregar à médica. Marcaram minha volta agora para o dia 15 de agosto, que é amanhã, só que hoje a enfermeira já me falou que essa médica já saiu, não trabalha mais aqui. Agora vou ver como vou fazer. Quem é que vai me atender? (Usuário 2).

Temos necessidade de mais profissionais, porque estou sozinho na Unidade, para todos os programas [...] O Hiperdia, por si só, tem uma demanda muito grande. E fora isso, a falta de medicação... e de profissional médico para atender e acompanhar esses pacientes. Assim fica complicado! Temos o problema de material, por exemplo, balança antropométrica que não é aferida há vários anos. (Nutricionista).

Nós paramos de fazer o teste de glicemia capilar, porque faltaram insumos. Eles deram o aparelhinho, mas as fitas, nunca mais. (Enfermeira 1).

Problemas na rede de referência e contrarreferência também foram apontados como limitadores da atuação do profissional:

Outro dia não consegui encaminhar um idoso que precisava de atendimento psiquiátrico, porque a Casa do Idoso está sem esse profissional. E o CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] também. Então a rede... ela é muito deficiente. Muito deficiente mesmo. (Psicóloga).

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

O segundo padrão de significação – “Falta de adesão às práticas de controle” – focalizou problemas como alimentação inadequada e sedentarismo. No quesito alimentação, os profissionais associaram a questão cultural às escolhas alimentares inadequadas, especialmente quanto ao consumo excessivo da farinha de mandioca, costume arraigado na culinária local.

Eles choram quando a gente proíbe a farinha, que é típica aqui do Norte. E aí, quando você começa a questionar... Mas aí você entra na cultura. (Médico).

Ab, a farinha tem que estar no meio [risos] [...] Eu gosto de açaí. Eu tomo açaí todo dia, com farinha. (Usuário 4).

No entanto, problemas alimentares que vão além de escolhas equivocadas ou pautadas em costume cultural também foram identificados pelos profissionais, especialmente quanto à questão financeira, como empecilho para uma alimentação mais adequada, o que se confirma nos depoimentos dos usuários. A pobreza parece ser a principal razão, pois é a falta de dinheiro que acaba influenciando as escolhas. O contexto de muitas pessoas morando na mesma casa, por si só, já se configura num grande desafio: o de alimentar tantas bocas. Fazer dieta específica seria um desafio a mais, podendo até soar como um luxo numa situação em que mal se consegue alimentar todo mundo com uma dieta básica. E assim, alimentam-se do que é possível e do que provoca maior saciedade, como a farinha, por exemplo.

Aqui em Belém, eles comem muita farinha, mas para encher a barriga mesmo, para saciar a fome. (Enfermeira 2).

Quando eu trabalhava de empregada doméstica, eu comia a dieta da patroa. Era melhor, mais saudável. Agora que estou desempregada, como o que o restante da família come. Eu sei que eu preciso emagrecer, só não sei

onde vou arranjar dinheiro para comprar tanta fruta. Lá em casa são muitos: cinco adultos e quatro crianças. E a gente vai comendo o que dá. Come o que tem, o que aparece. (Usuário 11).

Quanto ao sedentarismo, de antemão, os profissionais reconheceram que está mais ligado à falta de condições para se exercitar, como debilidade física, falta de calçados apropriados, falta de locais públicos adequados ao exercício físico e até à presença da violência como ameaça aos que saem para praticar caminhadas pelas ruas.

Quanto ao exercício físico, a maioria tem dificuldades, sobretudo os diabéticos, por causa do problema nos pés. Eles não têm calçados adequados, às vezes têm tontura, alguns não enxergam direito, podem cair, ser atropelados. (Enfermeira 2).

Uma vez eu não fui e minha cunhada foi caminhar sozinha. E agrediram ela. Lá perto de casa geralmente tem assalto, lá pelas seis horas da manhã. E mais tarde, o sol já tá alto, aí só falta desmaiar de tanto calor. (Usuário 10).

No terceiro padrão de significação – “Deficiente enfrentamento da cronicidade” –, um cotidiano de vida estressante emergiu nas falas, insinuando que o enfrentamento das afecções não é fácil, quando a realidade é permeada por pobreza, desemprego ou subemprego, sobrecarga de atividades, más condições de moradia, violência urbana e conflitos familiares.

A pressão alta, eu tive porque o meu primeiro trabalho era muito carregado, como se diz, era muito sufocado. Acho que isso alterou mais a minha pressão. Deve ter sido isso. (Usuário 7).

Lá em casa sou só eu para fazer tudo... aí eu tenho que cuidar das três netas, levo pro colégio, vou buscar, aí faço almoço. Outro dia eu amambeci ruim, a minha cabeça rodava, foi terrível! (Usuário 4).

A gente vive sempre com problema de filho, netos... sabe como é família. Aí, às vezes, eu passo mal. Sinto muita dor de cabeça, dor na nuca. (Usuário 12).

Além do mais, os usuários demonstraram enfrentar sua cronicidade de maneira limitada, atribuindo o sucesso ou o insucesso do tratamento exclusivamente ao uso de medicamentos e ao atendimento médico, que supervalorizam, sem compreender a importância do atendimento multiprofissional.

O que eu faço pra me cuidar? Eu tomo o remédio. (Usuário 13).

Faz um tempão que eu não consulto direito. Vou com a assistente social, vou com a enfermeira, mas ela não resolve como o médico. (Usuário 4).

Eles faltam muito, não comparecem à consulta da enfermeira. Se não estão se sentindo incomodados com algo, eles não comparecem. Não acham importante a consulta dos outros profissionais. Só médico e remédio. (Enfermeira 2).

Eu acho que eles ainda centralizam muito no médico. É o medicamento e o médico. (Psicóloga).

Por outro lado, foi observado que a prática oferecida por todos os profissionais da equipe multiprofissional, tanto pelo médico como pelas enfermeiras, nutricionista, psicóloga e assistente social, limitava-se ao formato de consultas. Durante o período em que foi acompanhado o atendimento aos usuários do HiperDia, não foi observada ação além de consultas, a exemplo de ações de educação em saúde, visitas domiciliares, atendimento em grupo ou qualquer outro tipo de ação que ultrapassasse os limites dos consultórios.

Por fim, os usuários demonstraram ter conhecimento limitado e superficial acerca das complicações em longo prazo, o que pode restringir seu enfrentamento. O pouco que sabiam advinha de vivências pessoais.

Eu acho que posso enfartar ou posso ter derrame. Minha mãe era hipertensa e diabética e meu pai era hipertenso. Os dois morreram de infarto. Outras complicações, eu não sei. (Usuário 11).

A minha mãe tinha problema de pressão alta. Ela teve problema de AVC. Ela morreu aí no Pronto Socorro do Guamã, faz seis meses. Foi por causa da pressão alta. Pois é, já aconteceu com minha mãe. Então eu acho que a consequência que pode acontecer é a pessoa morrer de uma hora pra outra. Dá um AVC e pronto, já era! [...] Mas outras consequências, além do AVC, não, nunca ouvi falar. (Usuário 12).

Eu ainda não ouvi falar de outras consequências da pressão alta. Só mesmo o que eu ouvi falar é esse negócio do coração, que tem que ter muito cuidado pra não dar infarto [...] Eu não sabia que a pressão pode causar problema no rim. [espanto] Não! Eu nem imaginava! [...] Eles sempre me falam do coração. (Usuário 2).

Discussão

O estudo demonstrou que a equipe multiprofissional de saúde atende aos usuários do HiperDia em más condições de trabalho, precariedade de suporte logístico, limitando sua

ação interdisciplinar e integral. A começar pelo número insuficiente de profissionais. Sua atuação pauta-se na oferta de consultas e não foram observados outros tipos de ações, como grupos de educação em saúde. As orientações para controle da doença, envolvendo tanto o tratamento medicamentoso quanto o não medicamentoso, eram repassadas de maneira geral, transparecendo um atendimento em série, para dar conta da grande demanda. Esse contexto era agravado pela falta de infraestrutura básica, insumos e medicamentos, criando uma atmosfera de insatisfação, tanto dos próprios membros da equipe como – e principalmente – da população atendida.

Mais especificamente no que concerne à oferta de consulta médica e de outros profissionais da equipe de saúde, fazendo um contraponto da realidade encontrada com o que preconizam as Diretrizes do Programa Hiperdia⁽¹⁻²⁾, as consultas devem ser programadas e agendadas em número de quatro por ano com Médico e Enfermeiro, alternadamente; duas consultas por ano com Nutricionista; e uma consulta por ano com Assistente Social. Caso o paciente seja de difícil controle da doença de base, as consultas deverão ser em número de seis por ano com Médico e Enfermeiro; quatro, com Nutricionista e Assistente Social; e duas, com Psicólogo. Contudo, observa-se substancial inobservância dessas diretrizes. Da mesma forma, tem sido difícil cumprir as diretrizes de oferta gratuita de medicamentos pela farmácia da Unidade, mediante receita médica.

Fica claro que nem sempre é fácil cumprir os protocolos oficiais de atendimento no programa Hiperdia. Este estudo aponta falhas que ultrapassam o nível local de funcionamento do Programa, com estrutura deficiente de grau macro, uma vez que a demonstração de fragilidade do modelo de atenção adotado no município resulta das deficiências existentes em todo o sistema de saúde. Deve-se refletir sobre as razões que levam a situação tão precária que, convém salientar, não é exclusiva do serviço em questão, mas do Sistema Único de Saúde (SUS) em geral,

envolvido diariamente na mídia com denúncias graves de problemas de saúde pública no país.

A literatura ilustra realidades semelhantes quanto à precarização dos serviços. Estudos revelam problemas na infraestrutura física, serviços de emergência superlotados, deficiência na rede de referência e contrarreferência e laboratórios da rede pública que não atendem aos requisitos das autoridades sanitárias⁽⁹⁻¹⁰⁾. Quanto à falta de medicamentos, apesar de representar grande parte do investimento em saúde pública, sua dispensação gratuita ainda não é suficiente para cobrir as necessidades correntes⁽¹¹⁾.

As fragilidades encontradas no SUS podem ter origem no fato de que a Atenção Primária em Saúde (APS) tende a ser pouco valorizada, tanto por políticos quanto por gestores e até mesmo pela própria população, que ainda tem como consenso a ideia de que o bom atendimento em saúde pauta-se num atendimento médico especializado e rápido⁽¹²⁾. Assim, a APS segue estruturada com base em consultas médicas de curta duração e com evidentes fragilidades decorrentes de subfinanciamento, como: infraestrutura inadequada; falta de tecnologia dura (equipamentos) e também de tecnologias de processo, mais cognitivas e leves; serviço de apoio diagnóstico ineficiente; e carência de equipes multiprofissionais⁽¹²⁾. Nesse contexto, é imperioso fortalecer a APS, o que requer injeção de recursos e vontade política, num esforço de valorização desse setor primordial da saúde no país.

A repercussão das ações da equipe necessárias à mudança de comportamento dos usuários atendidos pelo Hiperdia para controlar as doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes *mellitus* pareceu limitada, tanto pela precarização do serviço oferecido como pelas más condições em que eles próprios vivem. A propósito, as más condições de vida dos usuários mostraram-se transversais durante a análise dos dados, marcando as limitações a que os usuários estão sujeitos quando tentam implementar os cuidados necessários para o controle de suas doenças.

O contexto de vida estressante a que demonstraram estar submetidos pode ser um agravante

para sua saúde. Estudo apontou que fatores emocionais foram considerados relevantes para a saúde dos participantes, que a definiram como um equilíbrio entre fatores objetivos – emprego, renda, condições de vida – de forma articulada com os subjetivos – sentimentos de paz e sossego – numa relação de condicionalidade⁽¹³⁾.

A falta de adesão às práticas de controle das doenças também teve influência das precárias condições de vida dos usuários estudados. Dificuldades no controle das afecções crônicas são encontradas em outros estudos, como o realizado entre caminhoneiros, no sul do Brasil, que identificou 45,2% deles como portadores de HAS, mas que tinham estilo de vida pouco saudável, com prevalência de inatividade física, sobrepeso e baixa adesão ao tratamento medicamentoso⁽¹⁴⁾.

Já o sedentarismo é importante fator de risco cardiovascular e tem sido identificado entre participantes de estudos de outros países em vias de desenvolvimento, como pesquisa realizada em Cuba, que avaliou fatores de risco para doenças cardiovasculares e detectou a falta de atividade física como principal fator de risco modificável entre os participantes; e a realizada na Colômbia, mostrando que a atividade física esteve entre as medidas de controle do diabetes de menor aderência praticada por 28,2% dos participantes⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Assim, tanto a precarização do serviço quanto as más condições de vida e saúde da população atendida limitam a adesão aos cuidados e promoção de uma vida mais saudável dos usuários. É preciso, portanto, repensar as condições e o contexto sociocultural em que o Programa vem sendo executado e qual tem sido o real alcance de suas estratégias no que concerne à promoção da saúde das populações.

Diante de tais questões, despontam desafios. Soluções que exigem esforços ampliados, como melhor gerenciamento da demanda com estratégias de territorialização, adequação das equipes e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que por sua vez necessitam estar bem equipadas e estruturadas. O contexto de limitações econômicas e sociais de comunidades periféricas de grandes cidades requer ações intersetoriais que envolvam ministérios, secretarias e até mesmo

outras organizações não governamentais, com elevado empenho no desenvolvimento de ações integradas e de longo prazo, que poderiam trazer melhorias nas condições de vida da população.

O enfrentamento das desigualdades sociais é um grande desafio que ultrapassa as ações locais de equipes de saúde. Por isso, convocam-se ações intersetoriais, que devem ser planejadas e interligadas com objetivos e metas em comum para levar melhores resultados de saúde às populações. As determinações políticas dos setores, como crescimento econômico e distribuição de renda, educação, saneamento, habitação, emprego, e trabalho e meio ambiente, são de indiscutível necessidade. No Brasil existem inúmeras políticas que podem influenciar a saúde da população, que incluem políticas de renda, de educação, de saneamento, de emprego e ambientais⁽¹²⁾.

Tais políticas, contudo, tendem a atuar isoladamente, quando deveriam estar articuladas entre os setores, com foco em comum para gerar bons resultados na melhoria das condições de vida e saúde da população⁽¹²⁾. Entende-se que uma eficiente gestão governamental, em todos os níveis, deveria funcionar articuladamente, mas, na real situação vigente, de carência generalizada, cabe a cada cidadão e a todos em conjunto, como também aos profissionais da saúde ou não, uma vigorosa atuação política de controle social com os governantes.

Cabe também refletir acerca do modo como o atendimento na Atenção Primária em Saúde vem sendo oferecido. A demanda de usuários em condições crônicas aumentou significativamente nos últimos anos, enquanto o atendimento permanece reativo e episódico, o que pode ser ideal para condições agudas, porém mostra-se pouco eficiente nas condições crônicas⁽¹²⁾.

Assim, embora o atendimento pautado em consultas médicas e prescrição de medicamentos tenha sua importância, no caso de usuários do Hipertensão esse tipo de atendimento tende a ser insuficiente, dada a natureza crônica da hipertensão e do diabetes. É preciso ir além, assumir a cronicidade e proporcionar práticas de cuidado continuado ao longo de toda a vida, afastando

os fatores de risco de agravos da patologia de base, prevenindo complicações tardias e, sobretudo, assumindo estilo de vida saudável.

O fato de o usuário demonstrar pautar o controle de sua doença apenas no uso de medicamentos e ter conhecimento limitado sobre as possíveis complicações de longo prazo, pode ser reflexo do modelo de atendimento focado na doença, na ideia de cura e na maneira como as informações são repassadas pela equipe, que, sobrecarregada, o faz, de modo geral, sem maiores estratégias de educação em saúde e insuficientes para o enfrentamento da cronicidade.

Estudo realizado entre hipertensos identificou que eles entendem a saúde como ausência de doenças e sintomas físicos. Esse fato, segundo os autores, indica uma visão biologicista e medicalizada sobre o processo saúde-doença-cuidado. Mas o usuário precisa ser ouvido no papel de sujeito e não de objeto de ações de saúde ditadas pela equipe. Quando se reduz o usuário ao papel de portador de determinada doença, necessitando de intervenção profissional de forma sistemática e padronizada, acaba-se por distanciá-lo ainda mais, porque é descaracterizado de suas percepções e crenças⁽¹³⁾.

Portanto, o atendimento ao usuário do Hiperdia que sofre de condição crônica, requer um modelo proativo⁽¹²⁾, pautado num plano de cuidados e de autocuidado em família de modo contínuo, permanente e elaborado conjuntamente pela equipe com o usuário e seus familiares, importante elemento constituinte da rede de apoio social do usuário em condição de cronicidade.

Outros estudos já identificaram baixo conhecimento dos pacientes sobre suas afecções crônicas. No Brasil, um estudo identificou baixo conhecimento sobre a doença entre diabéticos⁽¹⁷⁾. Na Venezuela, uma pesquisa mostrou que, embora os participantes sejam portadores de alterações clínicas predisponentes para doença cardiovascular, mais da metade quase desconhecia esse risco⁽¹⁸⁾.

O baixo conhecimento sobre a doença influencia a escassa adesão ao tratamento⁽¹⁹⁾. Desse modo, torna-se imperioso adotar estratégias de

educação em saúde para os usuários do Programa. Nesse quesito, abordagens educacionais inovadas tornam-se essenciais para ampliar o alcance das orientações necessárias à promoção de cuidados continuados e adequados aos usuários do Hiperdia.

Os resultados auferidos em “Precarização da gestão do Hiperdia”, “Falta de adesão dos usuários às práticas de controle da HA e DM”, e “Deficiente enfrentamento da cronicidade” demonstram complexo contexto desafiador e constitui subsídio crucial para se repensar a política de gestão do Programa Hiperdia.

O modelo vigente na atenção básica precisa ser reconsiderado: ampliação do modo de atuação por meio de ações proativas e planejadas envolvendo usuário e família, além de outros alicerces da rede de apoio social. O plano de ação requer cuidados continuados e prolongados por toda a vida, incluindo estratégias de educação do usuário para o autocuidado assistido na unidade familiar.

Cabe aos gestores da saúde e profissionais da equipe do Hiperdia servirem de elos integradores de ações transversais que congreguem usuários, famílias e comunidades locais para buscar e reivindicar melhoria das condições de vida e saúde em prol das populações em condição de cronicidade.

Cumpre enfatizar algumas limitações da pesquisa, a exemplo de não permitir detalhamento de suas similaridades e peculiaridades regionais, visto que o estudo de caso ateu-se ao contexto de um município da região Norte.

Considerações Finais

Programa instalado na atualidade em muitas UBSs, o Hiperdia carece ainda de ações proativas para produzir as repercussões necessárias à mudança de comportamento de seus usuários, a fim de controlar as doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, desafiando a atuação dos profissionais da equipe.

A precarização do programa e o modelo de atenção vigente pautado em ações reativas e episódicas limitam o cuidado. Grandes desafios

desenham-se em face da constatação que clama por ações macrogovernamentais e intersetoriais com o intuito de melhorar a qualidade da atenção prestada às populações.

Fonte de Financiamento

Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Chamada Universal, processo n. 473327/2011-2.

Contribuições de cada autor(a) na elaboração do manuscrito:

1. concepção e projeto: Darla Lusía Ropelato Fernandez, Sandra Helena Isse Polaro e Lucía Hisako Takase Gonçalves;
2. revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Darla Lusía Ropelato Fernandez, Sandra Helena Isse Polaro e Lucía Hisako Takase Gonçalves;
3. aprovação final da versão a ser publicada: Darla Lusía Ropelato Fernandez, Sandra Helena Isse Polaro e Lucía Hisako Takase Gonçalves.

Referências

1. Danaei G, Singh GM, Paciorek CJ, Lin JK, Cowan MJ, Finucane MM, et al. The global cardiovascular risk transition: associations of four metabolic risk factors with national income, urbanization, and Western diet in 1980 and 2008. *Circulation* [Internet]. 2013 [cited 2015 May 5];127(14):1493-502, 1502e1-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23481623>.
2. Heidenreich PA, Trogdon JG, Khavjou OA, Butler J, Dracup K, Ezekowitz MD, et al. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2011 [cited 2015 May 5];123(8):933-44. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2011/01/24/CIR.0b013e31820a55f5.abstract>.
3. Bello NA, Pfeffer MA, Skali H, McGill JB, Rossert J, Olson KA, et al. Retinopathy and clinical outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus, chronic kidney disease, and anemia. *BMJ Open Diabetes Res Care* [Internet]. 2014 [cited 2015 May 5];2(1):e000011. Available from: <http://drc.bmj.com/content/2/1/e000011.abstract>.
4. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). *Ciênc saúde colet* [Internet]. 2012 [cited 2016 ago 28];17(7):1885-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/28.pdf>.
5. Lima LM, Schwartz E, Muniz RM, Zillmer JGV, Ludtke JGV. Perfil dos usuários do Hipertensão de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Rev gaúcha enferm* [Internet]. 2011 [cited 2016 ago 28];32(2):323-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n2/a16v32n2.pdf>.
6. Carvalho-Filha FSS, Nogueira LT, Viana LMM. Hipertensão: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. *Rev Rene* [Internet]. 2011 [cited 2016 ago 28];12(n. esp.):930-936. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_html_site/a06v12espn4.html.
7. Zillmer JCV, Schwartz E, Muniz RM, Lima LM. Avaliação da completude das informações do HIPERTENSÃO em uma Unidade Básica do sul do Brasil. *Rev gaúcha enferm*. [Internet]. 2010 [cited 2015 maio 5];31(2):240-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000200006&script=sci_arttext.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
9. Vituri DW, Inoue KC, Bellucci Jr JA, Oliveira CA, Rossi RM, Matsuda LM. Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. *Latin Am J Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2015 June 7];21(5):1179-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf>.
10. Vidigal PG, Resende LMH, Cardoso JPG, Seabra LCS, Maia MR, Mendes TAA, et al. Challenges of the Unified Health System: present status of public laboratory services in 31 cities of Minas Gerais, Brazil. *J bras patol med lab* [Internet]. 2014 [cited 2015 June 7];50(2):115-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442014000200115.
11. Martins AG, Chavaglia SRR, Ohl RIB, Martins IML, Gamba MA. Compliance with outpatient clinical treatment of hypertension. *Acta paul enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 June 7];27(3):266-72. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/en_1982-0194-ape-027-003-0266.pdf.

12. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde – Representação Brasil [Internet]; 2012 [citado 2013 jun 1]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
13. Silva FM, Budó MLD, Silveira CL, Badke MR, Beuter M. Hypertension as a condition of non-disease – the meaning of chronicity in the subjects' perspective. Texto contexto-enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 June 10];22(1):123-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/15.pdf>.
14. Sangaletti CT, Trincaus MR, Baratieri T, Zarow K, Ladika MB, Menon UM, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors among truck drivers in the South of Brazil. BMC Public Health [Internet]. 2014 [cited 2015 June 10];14:1063. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1063>.
15. Rodríguez AC, Herrera YN, González GM, Martínez BH, Molina MJ. Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables. Rev Soc Peru Med Interna [Internet]. 2012 [citado 2015 jun 10];25(2). Disponible en: http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_25_2_2012/rev.%20spmi%20Trabajo%20original%20hipertension%20arterial%2025-2.pdf.
16. Domínguez GIM, Sánchez LMM, Gázquez MAR, Vélez CAA, Jiménez JGJ, Grisales NV, et al. Adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a una institución hospitalaria, de la ciudad de Medellín (Colombia), año 2011. Arch Med [Internet]. 2014 [citado 2015 jun 13];14(1):44-50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273832164005>.
17. Silva DAR, Lutkmeier R, Moraes MA, Souza EN. Knowledge about diabetes in patients hospitalized for heart disease: a descriptive research. Online braz J nurs [Internet]. 2013 [cited 2015 June 13];12(2):1-10. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3876/html_1
18. Querales M, Ruiz N, Rojas S, Espinoza M. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en una comunidad de Naguanagua, Venezuela. Rev salud pública [Internet]. 2011 [citado 2015 jun. 13]; 13(5):759-71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
19. Barreto MS, Reiners AAO, Marcon SS. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. Latin am J nurs [Internet]. 2014 [cited 2015 June 13]; 22(3):491-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf>.

Artigo apresentado em: 13/7/2016

Aprovado em: 29/8/2016

Versão final apresentada em: 6/9/2016

Data de publicação: 20/9/2016