

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

Franciani Rodrigues¹
Janine Moreira²
Priscila Soares de Souza³
Luciane Bisognin Ceretta⁴
Lisiane Tuon⁵

RESUMO

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

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes mellitus. Cooperação do paciente. Grupos.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são responsáveis pelas maiores

¹ Fisioterapeuta pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil. Residente do Programa Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família Turma 2010 da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil, franciani@gmail.com

² Psicóloga, Doutora em Educação, Docente do Curso de Psicologia e Mestrado em Educação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil, jmo@unesc.net

³ Fisioterapeuta pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil. Residente do Programa Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família Turma 2011 da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil, prisoaress@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira, Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil e do PET Saúde do Ministério da Saúde, luk@unesc.net

⁵ Fisioterapeuta, Tutora da Fisioterapia no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil e Superintendente de Serviços Especializados e Regulação da Secretária de Saúde de Santa Catarina, ltb@unesc.net

taxas de morbidade e mortalidade no país, ocasionando expressivas taxas de internação e custos elevados devido às intercorrências associada à doença. Reconhecidas pelo Ministério da Saúde como importante problema de saúde pública, este estabeleceu diretrizes para o acompanhamento e tratamento destes indivíduos (SILVA et al, 2006; AIRES; MARCHIORATO, 2010; DALLACOSTA et al, 2010; MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

No Brasil, a proporção de indivíduos diagnosticados com hipertensão arterial cresceu de 21,5%, em 2006, para 24,4%, em 2009 (CAVAGIONI; PIERIN, 2011). Entre 2001 até 2009 os maiores indicadores de mortalidade do aparelho circulatório foram o acidente vascular encefálico (AVE) e o infarto agudo do miocárdio (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). A HAS é responsável por 40% das mortes por AVE e 25% por doença arterial coronariana e contribui com 40% para a aposentadoria precoce (BARBOSA et al, 2009).

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

Diante do exposto, tanto a Hipertensão Arterial como a Diabetes foram doenças motivadoras para que o Ministério da Saúde instituisse o Plano de Reorganização da Atenção ao Hipertenso e Diabético em 2001 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006), tendo como proposta principal o tratamento e o acompanhamento dos usuários atendidos na rede ambulatorial do SUS. Os usuários são cadastrados no sistema informatizado disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sus (DATASUS), denominado: Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos (HIPERDIA), tendo garantia de uma única identificação do indivíduo através da utilização do Cartão Nacional de Saúde. Uma vez o usuário cadastrado, através do sistema é possível gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática. Além do cadastramento, o plano da reorganização sugere a realização de grupos, como uma alternativa para facilitar a adesão ao tratamento proposto.

Neste estudo utilizou-se o conceito de “adesão”, no sentido de participação, sendo este também um termo muito utilizado pelos profissionais da saúde. Embora se deva considerar o

portador de hipertensão como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas de todo o conjunto de elementos constituintes do processo. A adesão a regimes terapêuticos tem sido definida como uma extensão na qual o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações do médico e da equipe de saúde. Relaciona-se com a concordância ao tratamento e a conduta do paciente, assim existe uma reciprocidade entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a aceitação do paciente ao tratamento proposto (ALMEIDA, 2007; GUSMÃO et al, 2009; DOSSE et al, 2009).

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

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

Meyer et al (2006, p. 1341) propõem uma educação em saúde não como “estratégia de aliciamento”, mas como “eixo orientador de escolhas político-pedagógicas significativas para um dado grupo e contexto”. Este eixo, necessariamente, envolve “a comunicação entre

diferentes, que não objetiva a homogeneização de forma de pensar e levar a vida, mas a construção e o fortalecimento de cumplicidades na busca de proteção”.

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

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

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo baseia-se em uma pesquisa de campo qualitativa e quantitativa, do tipo exploratório descritiva. Os dados foram coletados entre os meses de março e abril de 2012, a partir de entrevistas semi-estruturadas e diário de campo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Criciúma. As entrevistas foram agendadas por telefone, com dias e horários marcados. Foram entrevistados 21 profissionais coordenadores dos grupos (enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas) inseridos nas equipes de ESF e nas UBS. Para definir o número de entrevistados, utilizou-se o recurso de esgotamento de dados.

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

Inspirada em Minayo (2008), a análise das entrevistas foi realizada conforme processos de ordenação dos dados, de categorização inicial, de reordenação dos dados empíricos e de análise final. Para os dados quantitativos, utilizou-se do programa de estatística SPSS 17.0 for Windows.

Como se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, o projeto desta foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), e aprovado sob o nº 10.227. Cada entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determina a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 196/96, declarando a livre participação na pesquisa, após os devidos esclarecimentos quanto aos seus objetivos. Ao término das transcrições das entrevistas, as mesmas foram entregues aos participantes da pesquisa para a sua devida aprovação e assinatura em todas as páginas. Para a preservação da sua identidade, utilizaram-se siglas (E1, E2, ..., E10, ... E20, E21).

Nesta pesquisa, após a aprovação das transcrições, iniciou-se a pré-análise das entrevistas, que constituiu a leitura exaustiva das mesmas com a finalidade de determinar as palavras-chaves ou frases para recorte e categorização. Originalmente, emergiram 10 categorias, porém, para a temática do funcionamento e adesão aos grupos de Hipertensão destacaram-se 3 destas categorias: funcionamento dos grupos, adesão aos grupos e sugestões para a melhoria no funcionamento dos grupos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação ao número de hipertensos e diabéticos pertencentes às regionais de saúde no município de Criciúma, a regional Boa Vista, mesmo sendo a que possui o menor número de habitantes, apresentou o maior porcentagem de hipertensos e diabéticos, correspondendo a 12,94%, tendo também o maior número de hipertensos, 10,22%, comparado com as outras regionais, ver figura 1.

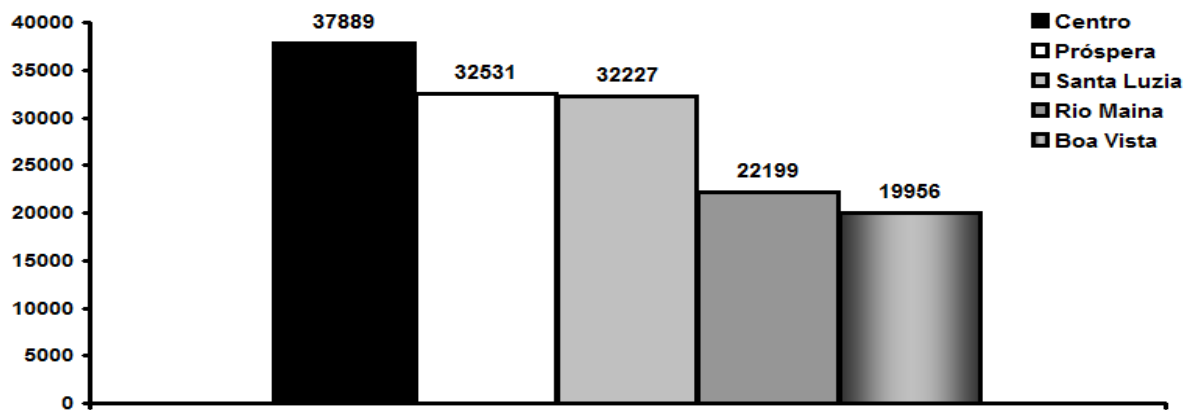


Figura 1 – Número de Habitantes por Regional de Saúde.
Fonte: Brasil, 2011.

Quanto ao número de diabéticos, a Regional Centro apresentou o maior número, tendo 3,01% da população. A Regional Próspera apresentou o menor número de hipertensos e diabéticos (10,69%), assumindo o 2º maior número populacional, ver figura 2.

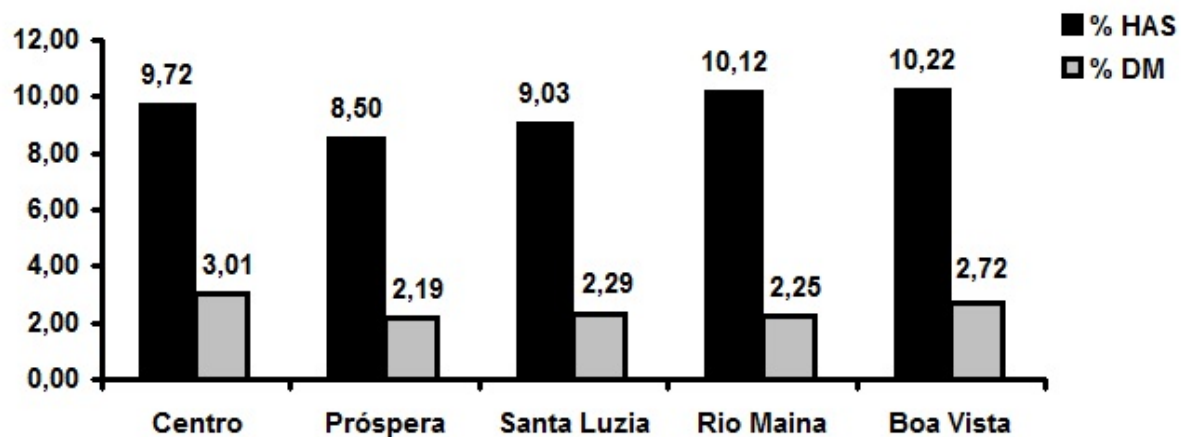


Figura 2 – Porcentagem dos Hipertensos e Diabéticos com Relação ao número de Habitantes por Regional.
Fonte: Brasil, 2011.

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

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

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

3.1 FUNCIONAMENTO DOS GRUPOS

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

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

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

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

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

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

Seria conveniente que o usuário assumisse a sua autonomia de decisão e a capacidade sobre o controle da sua saúde e condições de vida. Neste sentido, ele deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007; BESEN et al, 2007). Alguns coordenadores utilizam das rodas de conversas e atividades dinâmicas para atrair a participação dos usuários ao grupo.

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

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

As atividades educativas, além de repassar normas e orientações de higiene e “boas condutas”, também representam oportunidades de diálogo entre trabalhadores e usuários, em que os aspectos coletivos podem ser enfatizados. As ações coletivas possibilitam a discussão, tanto sobre problemas que afetam a comunidade, como também possibilitam a construção coletiva de estratégias de intervenção (MELO et al, 2009; GOMES; MEHRY, 2011). A atitude de se abrir a discussão em roda pode oportunizar esse diálogo.

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

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

As autoras dizem que só depois se chegou a trabalhar as necessidades diagnosticadas pelos profissionais, não em termos de aliciamento, mas com respeito à perspectiva dos próprios sujeitos sobre seu cotidiano de vida. Esta dinâmica, segundo as autoras, mudou significativamente a relação profissional-comunidade: nela, passou a ser importante a forma como a população pensa e o que tem a dizer sobre suas vidas. Aqui está o conceito ampliado do processo saúde-doença, não apenas pautado no aspecto biológico, mas social, psicológico, cultural das pessoas.

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

Assim, a educação em saúde realizada em forma de diálogo, tomados os devidos cuidados apontados por nossos autores, estimula os participantes a debaterem e trazerem suas experiências e expectativas, com isso acaba aproximando profissionais e usuários e estes podem vivenciar um espaço de construção de sua efetiva participação, de sua construção enquanto sujeitos.

3.2 ADESÃO AOS GRUPOS

Esta categoria envolve elementos sobre a adesão dos pacientes aos grupos e o motivo pelo o qual os usuários participam dos grupos e porque também não participam. Os entrevistados mencionam as justificativas dos usuários para sua ausência nos grupos:

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

Percebe-se que este coordenador está insatisfeito com tantas desculpas para a não participação aos grupos:

“Eles falam que o horário é ruim, tem que cuidar do neto, o marido tá doente e não tem como deixar sozinho, sempre tem uma desculpa (E14)”.

“Bem difícil. Eles quase não aderem aos grupos. Eles vêm para pegar os medicamentos e só! (E12)”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Acabou diminuindo a adesão, porque os idosos eram os que mais participavam, e eles gostavam de vir [...] (E9)”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 SUGESTÕES AOS GRUPOS

Esta categoria envolve elementos sobre as sugestões para a melhoria do funcionamento dos grupos. Os entrevistados mencionam sobre: organização e responsabilidade de cada membro da equipe, fazer dinâmicas, possuir criatividade e principalmente, a conscientização do usuário sobre a importância da sua participação no grupo. Para o processo de melhoria nos grupos os entrevistados sugerem que a equipe seja responsável, organizada e comprometida.

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

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

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

“[...] tem que ser uma coisa bem dinâmica, bem participativa, acho que para um grupo dar certo ele tem que as pessoas participando e realmente interessadas naquilo que está acontecendo naquele momento (E6)”. (esta frase está estranha)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nas respostas, percebe-se um conflito entre a necessidade de atrair a atenção dos usuários e a necessidade de sua conscientização. Aqui se deve destacar que o sentido do termo “conscientização” na fala dos entrevistados é sinônimo de “adesão” dos usuários à certeza que os profissionais têm da importância dos grupos para eles. Este, todavia, não é o sentido de conscientização de Freire (1999). Se pensarmos uma educação em saúde libertadora, a conscientização é o processo e emergência do indivíduo de sua situação de vida alienada, é quando ele consegue enxergar ao seu redor e ver sua saúde e sua doença, por exemplo, em toda sua complexidade: seus determinantes físicos, psicológicos, sociais, econômicos,

culturais, estruturais... Da mesma forma, os grupos: se quisermos uma conscientização de fato, ela implica em que usuários e profissionais dialoguem sobre o tema, por exemplo, as dificuldades dos grupos acontecerem, ou, a “falta de adesão”. E então, em diálogo, usuários e profissionais irão falar de como enxergam este fenômeno: a falta de tempo por causa do trabalho, a falta de esperança no tratamento, a dificuldade de locomoção, a pressão dos relatórios que precisam ser preenchidos para que a medicação venha, a pressão de se estar sendo avaliado pelo número de adesões aos grupos... assim ambos, usuários e profissionais, em uma perspectiva educativa libertadora, irão conseguir enxergar o fenômeno dos grupos em sua forma contextual, se libertar da situação opressiva que se encontravam e, numa visão ampliada, fruto do diálogo, buscar alternativas para todos.

4 CONCLUSÃO

Através da percepção dos entrevistados, pôde-se observar o quanto os profissionais consideram essencial que os usuários se conscientizem da importância da sua participação em atividades educativas e se envolvam no processo da melhoria da qualidade de vida. Mencionam que nestes encontros existe a possibilidade dos usuários aprenderem como cuidar de sua saúde, através do conhecimento sobre a patologia e assuntos diversos que envolvam um conhecimento em saúde.

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

THE FUNCTIONING AND ADHERENCE TO HIPERDIA GROUPS IN THE CITY OF CRICIUMA: A VISION OF THE COORDINATORS

ABSTRACT

Hypertension (HBP) and Diabetes Mellitus (DM) are part of a class of chronic not transmissible diseases (NCDs) and are responsible for higher rates of morbidity and mortality in the country. In 2001, the Ministry of Health established the Plan of Reorganization of Care for Diabetic and Hypertensive having as main purpose the treatment and monitoring of users treated in outpatient facilities. In addition to the registration, the plan suggests the realization of groups, as an alternative to facilitate the treatment compliance. This research has aimed to ascertain, from the perspective of the coordinators of the groups Hiperdia, operation and "adherence" of the program users in the town of Criciúma/SC. We conducted a field research qualitatively and quantitatively, by using a semi-structured interview with the group coordinators. To analyze the object of research used three categories: working groups, adherence groups and suggestions for improving the functioning of groups. It was observed that professionals consider essential that users are aware of the importance of their participation in educational activities.

Keywords: Hypertension. Diabetes mellitus. Patient compliance. Groups.

REFERÊNCIAS

AIRES, C. C. N. F.; MARCHIORATO, L. Acompanhamento farmacoterapêutico a hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde Tereza Barbosa: análise de caso. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo (SP), v. 1, n. 1, p. 26-31, set./dez. 2010. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/artigosPDF/RBFHSS_01_art05.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2012.

ALMEIDA, H. O. et al. Adesão a tratamentos entre idosos. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 1, n. 18, p. 57-67, 2007. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf>. Acesso em: 28 maio 2012.

AUGUSTO, V. G. et al. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Divinópolis (MG), v. 1, n. 18, p. 957-963, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a27v16s1.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2012.

BARBOSA, M. A. R. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 357-360, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n6/a001.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

BESEN, C. B. et al. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 44-62, dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação na Atenção Básica. **Situação de Saúde**. 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?siab/cnv/SIABSSC.def>>. Acesso em: maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação na Atenção Básica. **Cadastramento Familiar**. 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?siab/cnv/siabfSC.def>>. Acesso em: maio 2012.

CAVAGIONI, L. C.; PIERIN, A. M. G. Hipertensão arterial em profissionais que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 235-244, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/03.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

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

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

DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São José do Rio Preto, v. 17, n. 2, p. 01-07, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf>. Acesso em: 04 maio 2012.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, Cuiabá (MT), v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n1/v53n1a12.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2012.

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

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

GOMES, R. et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p. 565-574, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2012.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2012.

HELENA, E. T. de S. et al. Avaliação da assistência a pessoas com Hipertensão Arterial em unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo (SP), v. 19, n. 3, p. 614-626, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/13.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

JESUS, E. S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo (SP), v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2012.
Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 44-62, dez. 2012.

BISPO JÚNIOR, J. P. et al. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vitória da Conquista (BA), v. 15, n. 1, p. 1627-1636, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/074.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2011

MARFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de a acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vitória da Conquista (BA), v. 16, n. 1, p. 1383-1388, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a73v16s1.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2012.

MELO, M. C. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Recife (PE), v. 14, n. 1, p. 1579-1586, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a31v14s1.pdf>. Acesso em: 28 maio 2012.

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

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed São Paulo: Hucitec, 2008.

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

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

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Cuiabá (MT), v. 13, n. 2, p. 2299-2306, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>. Acesso em: 4 mai. 2012.

SALA, A. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 20, n. 6, p. 1556-1564, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/13>. Acesso em: 3 mai. 2012.

SANTOS, A. de J. M. et al. A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, Campinas (SP), v. 27, n. 4, p. 330-337, 2009. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/04_out_dez/V27_n4_2009_p330-337.pdf. Acesso em: 18 abr. 2012.

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

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da Hipertensão Arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis (SC), v. 16, n. 2, p. 233-238, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

WILD, S. et al. Global prevalences of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**. v. 27, n. 5, p. 1047-53. 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/diabetes/facts/en/diabcare0504.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012.

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

Submetido em: 12/11/2012
Aceito para publicação em: 03/12/2012