

Percepção de homens hipertensos e diabéticos sobre a assistência recebida em Unidade Básica de Saúde¹

The perception of men with hypertension or diabetes about the care received in a Health Basic Unit

La percepción de los hombres con hipertensión o diabetes sobre la asistencia recibida en Unidad Básica de Salud

Rosineide Santana de Brito^I, Danyelle Leonette Araújo dos Santos^{II}

RESUMO

Estudo qualitativo cujo objetivo foi identificar a percepção de homens a respeito do programa para controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus em que estão cadastrados. Participaram da investigação 14 homens adscritos em território de abrangência da Estratégia Saúde da Família, na cidade de Parnamirim-RN, Brasil. A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2010, por meio de entrevista semiestruturada. Os depoimentos foram trabalhados de acordo com a Análise de Conteúdo, na modalidade de Análise Temática, segundo Bardin. Os resultados revelaram opiniões positivas sobre o referido programa, devido ao atendimento dispensado pelos profissionais e a oferta gratuita de medicamentos. Observou-se, contudo, ausência dos entrevistados em atividades educativas em grupos para hipertensos e diabéticos. Constatou-se a necessidade de promover ações preventivas junto à população masculina quando ela busca o serviço, a fim de despertá-la para práticas de autocuidado.

Descritores: Enfermagem em Saúde Pública; Saúde do Homem; Doença Crônica.

ABSTRACT

This qualitative study aimed to identify the perception of men about the program to control hypertension and diabetes mellitus in which they are registered. The investigation occurred with 14 men assigned to the coverage area of a team from the Family Health Program in the municipality of Parnamirim-RN, Brazil. Data were collected during May and July 2010 through semi-structured interview. The statements were analyzed by Content Analysis, according to Bardin. The results revealed positive opinions about this program especially because of the care provided by professionals and the provision of free drugs. There was also interviewed in the absence of educational activities in groups for people with hypertension and diabetes. It was noted the need to promote preventive actions by the male population when it seeks the service in order to awaken it to self-care practices.

Descriptors: Public Health Nursing; Men's Health; Chronic Disease.

RESUMEN

Estudio cualitativo con el objetivo de identificar la percepción de los hombres referente al programa de controle de hipertensión y diabetes mellitus en el cual están registrados. Participaron de la investigación 14 hombres adjuntos a la zona de cobertura de un equipo de la Estrategia Salud de la Familia en Parnamirim-RN, Brasil. Los datos fueron recogidos durante los meses de mayo y julio de 2010 por intermedio de entrevistas semi-estructuradas. Las declaraciones fueron tratadas de acuerdo con la análisis de contenido según Bardin. Los resultados mostraron opiniones positivas acerca de este programa debido a la atención recibida por los profesionales y la recepción de los medicamentos de forma gratuita. También hay que destacar la falta de los encuestados en grupos para actividades educativas en las personas con hipertensión y diabetes. El estudio apunta la necesidad de promover acciones preventivas por la población masculina cuando se busca el servicio con el fin de despertar a las prácticas de autocuidado.

Descriptores: Enfermería en Salud Pública; Salud del Hombre; Enfermedad Crónica.

^I Trabalho de iniciação científica vinculado ao grupo de pesquisa Enfermagem nos Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem (EEN) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

^I Enfermeiro, Doutora em Enfermagem. Professora Associada, EEN, UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: rosineide@ufrnet.br.

^{II} Discente do curso de graduação em Enfermagem, EEN, UFRN. Bolsista REUNI de Iniciação Científica. Natal, RN, Brasil. E-mail: danyleonette@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Desde meados do século passado, a população brasileira vivencia mudanças em seu perfil de morbidade e mortalidade, uma vez que houve redução nos indicadores de mortalidade por doenças infectocontagiosas e aumento progressivo de mortes por doenças e agravos não transmissíveis. Essa transição epidemiológica deve-se, sobretudo, a redução da taxa de fecundidade, alterações nos hábitos alimentares e elevação da expectativa de vida, fato este que contribuiu para o maior número de doenças crônicas e degenerativas⁽¹⁾.

Dentre tais agravos, as doenças cardiovasculares representam grave problema de saúde pública, por estarem associadas às maiores causas de internações hospitalares e de óbitos no Brasil. Essa realidade vincula-se à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, ambos considerados os principais responsáveis por desencadear problemas no aparelho circulatório⁽²⁻³⁾.

A hipertensão arterial é definida como uma condição clínica multifatorial associada, na maioria das vezes, a alterações metabólicas e mudanças na estrutura e/ou funcionamento de órgãos-alvos. De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, seu diagnóstico é obtido a partir de elevados níveis de pressão arterial, tendo como valores limítrofes 140/90 mmHg em, no mínimo, duas aferições. Quando não controlada, o indivíduo pode sofrer consequências graves, principalmente, o acidente vascular encefálico (AVE) e a doença isquêmica do coração⁽²⁾.

Relativo ao diabetes mellitus, este é entendido como um grupo de distúrbios metabólicos, que tem como condição comum a hiperglicemia. Classifica-se o diabetes de acordo com sua etiologia. Assim, o diabetes tipo 1 surge quando há destruição das células pancreáticas, o que acarreta em deficiência de insulina. Já o diabetes tipo 2, presente na maioria dos casos, caracteriza-se por defeitos na ação e secreção de insulina. O diagnóstico da doença é feito pela presença de sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso e valores glicêmicos em jejum superiores a 126 mg/dl. Entre os agravos que podem ocorrer em decorrência do descontrole dos índices glicêmicos estão o infarto agudo do miocárdio, AVE, insuficiência renal crônica, amputação de membros inferiores e cegueira definitiva⁽³⁾.

No Brasil, em 2008, aproximadamente 23,1% dos brasileiros adultos eram portadores de hipertensão e 5,2% possuíam diagnóstico de diabetes⁽⁴⁾. Entre os sexos, verifica-se que as mulheres apresentam maiores

índices para ambas as doenças, contudo quando se compara os indicadores de mortalidade por doenças cardiovasculares entre homens e mulheres, constata-se que estes são superiores no grupo masculino. Vale ressaltar que parcela expressiva desses óbitos acometem indivíduos em idade produtiva, no intervalo de 25 a 59 anos⁽⁵⁻⁶⁾. Esta realidade, na maioria dos casos, está associada ao modo como os homens percebem os cuidados com a sua saúde, pois a cultura machista arraigada na sociedade tende a gerar obstáculos que dificultam a adesão deles em tratamentos e práticas de autocuidado.

Devido à cronicidade e gravidade dessas doenças, adotar um estilo de vida saudável e aderir ao tratamento medicamentoso possibilita ao paciente retardar o surgimento de consequências advindas dos referidos agravos e aumentar sua qualidade de vida. Sendo assim, identificar precocemente novos casos, a fim de remover fatores de risco em potencial é indispensável para reduzir os índices alarmantes referentes a essas doenças. Diante disso, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Este estabelece diretrizes e metas de reestruturação e ampliação da assistência dada a esse público em medidas de prevenção, diagnóstico precoce e controle de tais doenças no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾.

Para participarem de tais medidas, os usuários devem ser cadastrados em um suporte informatizado, denominado Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), o qual permite visualizar a situação de saúde desses indivíduos a partir da geração de dados. No entanto, para a realização do cadastro, é necessário que as pessoas acometidas por tais doenças estejam vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a fim de adquirirem tratamento e serem acompanhados por profissionais devidamente capacitados^(1,4).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada para reestruturar o modelo assistencial vigente no país, possui particularidades em seu processo de trabalho que permitem aos profissionais atuarem mais próximos da comunidade. Isto promove o estabelecimento de vínculo entre ambos, possibilitando maior adesão do público alvo nas atividades que visam prevenir e controlar as complicações decorrentes da hipertensão arterial e diabetes mellitus⁽¹⁾.

Devido à base assistencial da ESF se dar na promoção da saúde e prevenção de agravos, o Ministério

da Saúde ao lançar, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, prioriza a assistência masculina neste nível de atenção, sobretudo pela possibilidade de integrar esta com as demais políticas e programas já desempenhados pela ESF⁽⁶⁾. Além disso, o fato das ações da ESF não estarem limitadas ao espaço interno da UBS contribui, ainda, para diagnosticar diversas situações de risco em que se encontram os homens adscritos, haja vista que eles pouco frequentam o serviço da saúde.

Sobre esse assunto, estudos revelam⁽⁷⁻⁸⁾ que a presença masculina em instituições de baixa complexidade é bastante reduzida, quando comparado às mulheres. Tal fato se justifica na dificuldade que os homens possuem em externarem suas inquietações e assumirem problemas de saúde, pois isto implica em reconhecerem-se frágeis, indo de encontro com os preceitos da hegemonia masculina. De acordo com esses preceitos, os homens devem assumir uma conduta que inclui adjetivos como força, invulnerabilidade e coragem. Soma-se a isto, a ideia de que as UBS são espaços feminilizados, onde a clientela e os profissionais são, principalmente, do sexo feminino, o que contribui, ainda mais, para o distanciamento dos homens desse tipo de serviço⁽⁷⁻⁸⁾.

Assim, a aversão dos homens em procurarem instituições primárias de saúde faz com que o segmento masculino fique desprovido de cuidados imprescindíveis para a manutenção de sua saúde. Isto acarreta maiores custos para o sistema de saúde, pois os homens procuram por assistência em serviços de urgência e emergência quando já apresentam implicações graves de alguma enfermidade⁽⁶⁾.

Em se tratando do programa voltado para controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus, essa realidade não é diferente. Embora seja destinado para atender, igualmente, homens e mulheres, autores apontam uma maior participação feminina nesse tipo de programa, associando este fato às características próprias da mulher como mais cuidadosa com a sua saúde⁽⁹⁾. Sendo assim, a pouca presença de homens nos serviços de saúde, especialmente em ações educativas, leva a crer que os mesmos encontram-se mais expostos a situações de risco em virtude da maior resistência deles em procurar ajuda médica, mudar hábitos de vida e aderir a tratamentos.

Sabe-se que os principais fatores responsáveis por desencadear as consequências graves das referidas doenças crônicas se relacionam a riscos ambientais e

comportamentais, passíveis de modificação⁽¹⁾. No entanto, reconhece-se que mudar hábitos de vida cultivados por anos exige considerável empenho da clientela, o que, muitas vezes, não acontece, principalmente quando o tratamento demanda maior tempo⁽⁶⁾.

Deste modo, reconhece-se como fundamental instituir estratégias que ampliem a participação do público masculino em medidas de promoção à saúde, a fim de minimizar os elevados índices de morbidade e mortalidade dessa população por agravos decorrentes da hipertensão arterial e diabetes mellitus não controlados.

Entende-se que a forma de participar do programa esteja focada não apenas na consulta médica individualizada e obtenção dos remédios prescritos, mas também no comparecimento em reuniões educativas, as quais contribuem para que os usuários compreendam e saibam lidar melhor com suas condições de saúde.

Desse modo o estudo teve como objetivo identificar a percepção de homens acerca do programa para controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus em que estão cadastrados.

MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde vinculada a Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Parnamirim, Rio Grande do Norte, Brasil.

Participaram da investigação 14 homens adscritos em território de abrangência da ESF daquela localidade. Esse número de participantes foi considerado satisfatório quando não se obteve novas informações dos depoimentos dos entrevistados, ou seja, quando houve saturação dos dados⁽¹⁰⁾. Como critérios de inclusão, os entrevistados deveriam ter as faculdades mentais preservadas; estarem inseridos na faixa etária de 20 a 59 anos; possuírem diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, bem como estarem cadastrados no Programa para Controle de ambas as doenças.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2010. O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturado, constituído por duas partes. A primeira possuía questões sociodemográficas, a fim de caracterizar os participantes, e a segunda constava da pergunta específica do objeto de estudo: *como o senhor vê o Programa em que está cadastrado para controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus?*

Antes da entrevista ser iniciada, o participante recebeu instruções sobre a finalidade e objetivo da

pesquisa, bem como informações a respeito da voluntariedade de sua participação, podendo desistir a qualquer momento sem prejuízos para ele ou a sua família. Além disso, foi ressaltada a garantia do anonimato de seu depoimento.

Após receber essas informações e concordar em participar do estudo, o homem assinava um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à pesquisa com seres humanos⁽¹¹⁾. Ressalta-se que antecedeu o processo de coleta de dados a autorização do diretor da Unidade Básica de Saúde, na qual os participantes do estudo estavam cadastrados e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com parecer favorável de número 057/2009.

Os depoimentos foram gravados, transcritos e lidos exaustivamente. Em seguida, identificou-se os núcleos de sentido, os quais foram codificados e categorizados de acordo com a análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, segundo Bardin⁽¹²⁾. Desse processo, emergiram duas categorias temáticas, quais sejam: "Opinando sobre o Programa para Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus" e "Participando do Programa para Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus". Os resultados foram analisados, interpretados e discutidos com base em estudos literários acerca do Programa para controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus e sobre a saúde do homem.

Com o intuito de manter sigilo das identidades dos depoentes, foram atribuídos aos participantes pseudônimos de personagens bíblicos do sexo masculino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterizando os participantes

Dentre os entrevistados, verificou-se que todos possuíam idade maior ou igual a 48 anos. A maioria encontrava-se aposentado ou em processo de aposentadoria, com renda familiar entre um e dois salários mínimos. Com relação ao grau de escolaridade, o maior número de participantes declarou-se semianalfabeto ou com ensino fundamental incompleto. Em se tratando do estado civil, apenas um não era casado e morava sozinho.

Relativo a doenças crônicas, nove indivíduos informaram ser hipertensos, dois eram diabéticos e três declararam-se portadores de ambas as doenças.

Referente ao tempo em que estão cadastrados no programa para controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus, um participante revelou não lembrar há quanto tempo possuía o cadastro; um mencionou estar cadastrado há menos de um ano e os demais estavam inscritos no programa entre dois e três anos. Sobre o tratamento farmacológico, a maioria relatou fazer uso de duas ou mais drogas para controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos. As principais associações de fármacos encontradas foram os hipotensores arteriais associados a diuréticos utilizados por hipertensos, enquanto os diabéticos faziam uso de dois antidiabéticos associados ou já usavam insulina.

Esses dados mostram do perfil socioeconômico dos entrevistados, que todos eram de baixa renda, o que pode influenciar no modo como esses indivíduos percebem e cuidam da sua saúde. Além disso, grande parte dos entrevistados possuía idade já avançada, fator relacionado ao aparecimento de doenças crônicas e degenerativas que requerem acompanhamento de profissionais de saúde.

Apresentando as categorias temáticas

Neste item, são apresentados os resultados oriundos do conteúdo das falas dos participantes, os quais estão agrupados em duas categorias temáticas, quais sejam: "Opinando sobre o Programa para Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus" e "Participando do Programa para Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus".

Opinando sobre o Programa para Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

Ao analisar os depoimentos dos participantes, identificou-se a presença marcante de opiniões positivas com relação ao programa em que estão inscritos para controle e acompanhamento de suas doenças crônicas.

Eu gosto muito. As pessoas que trabalham lá [na UBS] dão muita atenção pra gente [...]. Eu não tenho do que me queixar (Bartolomeu).

Pra mim é legal [...]. As médicas me atendem bem que faz gosto! [...] Teve vez que eu cheguei lá e a médica disse 'eu tava lendo uma revista e me lembrei do seu problema'. Quer dizer, a médica lembrar duma pessoa que é apenas um paciente dela, é uma grande coisa, né? (Jó).

Nas falas apresentadas, pode-se observar que a positividade sobre o referido programa esteve associada ao bom atendimento dispensado pelos profissionais aos usuários do serviço. A atenção ao problema individual, bem como a relação estabelecida pelos profissionais com a população adstrita foram motivos de contentamento por parte dos entrevistados. Estudos trazem que a relação profissional-usuário é de extrema importância, tendo em vista que a adesão de pacientes a tratamentos de doenças crônicas pode ser influenciado, dentre outros fatores, pela postura adotada por profissionais atuantes no serviço⁽¹³⁾.

Resultados semelhantes acerca da satisfação dos usuários quanto ao bom atendimento prestado pelo profissional de saúde no programa em questão foram encontrados na literatura⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Contudo, alguns autores levantam a hipótese de que esse contentamento pode estar vinculado à obtenção de uma simples consulta médica, sem considerar a qualidade da mesma. Dessa forma, a falta de visão crítica dos usuários, especialmente para os de baixo nível de instrução, torna-os passíveis de eventuais atitudes iatrogênicas cometidas por aqueles que o assistem⁽¹⁴⁾.

Alguns depoentes, apesar de considerarem a assistência que recebem como 'boa', revelaram em seus discursos que os profissionais de saúde centralizam as consultas no modelo biomédico, sem tirar dúvidas e oferecer informações aos usuários sobre suas condições clínicas.

Uma vez, eu pedi ao médico um papel com o que eu posso comer e ele não me deu. Ele só me consultou e pronto. Bom, já que ele disse a mim que eu podia comer tudo, o problema é dele se errar (Tomé).

Esse depoimento demonstra a vulnerabilidade a que o usuário está exposto por não possuir informações adequadas para controlar seus níveis pressóricos e glicêmicos. Entretanto, não se observou no discurso de Tomé interesse em conhecer sua condição clínica, tão pouco foi percebido um posicionamento de corresponsabilidade, uma vez que o depoente responsabilizou apenas o médico por eventuais complicações em seu estado de saúde. Sendo assim, o enfoque da consulta médica apenas na doença revela a relação médico-paciente como precária, reduzida a uma simples prestação de serviço.

A assistência ao cliente utilizando o modelo biomédico, o qual foca apenas a doença e sua cura, não

envolve questões relevantes para o âmbito da atenção primária, sobretudo, por não considerar a promoção da saúde, nem a prevenção de agravos. Deste modo, uma atenção centrada na pessoa, que busca compreender sua visão sobre o processo de adoecimento, traz maiores benefícios no nível de baixa complexidade, especialmente no atendimento aos portadores de doenças crônicas, haja vista que o objetivo principal não é curar, mas prevenir sequelas advindas de tais enfermidades. E para que essa prevenção seja efetivada, faz-se necessário a co-participação do cliente em todo o seu tratamento, situação não admitida no modelo biomédico⁽¹⁶⁾.

Outro ponto favorável apontado pelos participantes foi a possibilidade de obter remédios gratuitamente no serviço, especialmente pelas limitações financeiras vivenciadas pelos mesmos.

Pra mim é ótimo [...] porque em lugar nenhum a gente vai encontrar isso [...] o medicamento de graça (Paulo). Eu acho que é bom pra mim porque tem como pegar remédio. [...] É só levar o cartão que eu recebo remédio (Matias).

Percebe-se nos discursos que a distribuição de fármacos nas UBS foi considerada fator relevante para a satisfação dos usuários com o programa. De um modo geral, verifica-se nas falas dos participantes um sentimento de gratidão por receber medicamentos, não sendo evidenciada uma compreensão desse ato como direito de cidadania. A oferta contínua de tratamento medicamentoso faz parte do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Neste Plano, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que tem como um de seus objetivos principais ofertar, continuamente, medicamentos essenciais para controle dessas doenças na rede básica de saúde⁽¹⁷⁾.

Apesar de ser vantajoso para o SUS oferecer terapêutica farmacológica apropriada e gratuita aos portadores de doenças crônicas comparando-se ao tratamento dos agravos advindos dessas doenças, percebe-se no cotidiano dos serviços de saúde a dificuldade que alguns usuários enfrentam para receber mensalmente os remédios prescritos. Embora o recebimento de fármacos tenha sido considerado ponto favorável do programa em questão, alguns entrevistados informaram dificuldades para obtê-los mensalmente.

Uma vez [faltou remédio] [...] deram encaminhamento pra mim e eu fui pegar em outro posto [...] O meu salário não dá pra comer e comprar remédio. Aí tem água, luz, tem feira, tem outras coisas pra pagar, aí não dá (Tomé).

Quando falta [remédio] [...], eu arrumo com os outros emprestado (Lucas).

Esses depoimentos revelam as adversidades enfrentadas pelos entrevistados para seguir com o tratamento medicamentoso, tendo em vista que a falta dos fármacos nas UBS contribui para a pouca adesão dos usuários ao esquema terapêutico estabelecido. Por se tratar de uma população com poucos recursos financeiros, a compra de medicamentos representa um gasto, muitas vezes, posto em segundo plano em relação às demais despesas do lar, como evidenciado na fala de Tomé. Outro ponto que merece destaque é o empréstimo de medicamentos mencionado por Lucas, pois essa atitude, embora possa sanar seu problema momentaneamente, pode trazer outros como a ingesta de medicamentos com dosagem inadequada e desfalque de comprimidos de outro paciente.

Realidade semelhante foi identificada em estudo realizado em São Paulo, o qual demonstrou que a falta de recursos financeiros para adquirir os remédios em farmácias privadas é o principal motivo que leva a clientela a interromper o tratamento⁽¹⁸⁾. Desse modo, faz-se necessário que os profissionais de saúde ao prescreverem determinado medicamento considerem o acesso dos pacientes aos fármacos para que não haja interrupção da terapêutica e do controle adequado dos níveis pressóricos e glicêmicos.

Apesar dos avanços e investimentos do governo brasileiro nas questões de saúde pública, os relatos obtidos nessa pesquisa apontam para insuficiência da distribuição gratuita de drogas medicamentosas, situação também evidenciada por outros autores⁽¹⁸⁾. Entretanto, fato digno de nota no presente estudo é que alguns usuários, embora tenham reconhecido a escassez de medicamentos nos serviços como ponto desfavorável, compreendem que tal situação foge da responsabilidade da UBS, atribuindo esta a instâncias maiores.

[...] Quando falta remédio eu não boto culpa num pequeno de dentro do posto, ai eu posso falar que é falta de cuidado de um supervisor ou mesmo do governo [...]

Eles [profissionais de saúde] não tem culpa, depende de um supervisor, uma coisa assim (Jó).

Percebe-se na fala de Jó uma visão ampliada do sistema de saúde quanto ao repasse de insumos para os serviços. A expressão 'falta de cuidado' utilizada pelo depoente pode expressar a concepção que envolve descaso dos gestores para com os serviços de saúde. Este entendimento aflora, sobretudo, quando a assistência prestada possui falhas decorrentes do sistema como um todo e não apenas da instituição ou do profissional que o assiste.

Mediante aos relatos expostos, apesar das adversidades que enfrentam para obter o tratamento medicamentoso, os usuários reconhecem o programa para controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus como algo benéfico para sua saúde, especialmente pela relação estabelecida com o profissional de saúde e pela possibilidade de obter remédios gratuitamente.

Participando do Programa para Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

Esta categoria emergiu dos discursos dos participantes quando estes foram indagados sobre as reuniões em grupos de hipertensos e diabéticos desenvolvidas na UBS, a qual estavam vinculados. Desse modo, verificou-se que a participação dos entrevistados no programa para controle de suas doenças crônicas restringiu-se às consultas médicas e aquisição de medicamentos.

Geralmente eu vou lá pra me consultar com a doutora e pra pegar medicamento. Uma vez por mês eu vou lá pegar medicamento [...] (Bartolomeu).

[Participo] indo lá [na UBS], pegando remédio, me consultando. Eu sou cadastrado aqui, aí só pego remédio, não precisa nem me consultar. Porque já sou cadastrado, sou hipertenso, então eu venho só aqui na farmácia e pego os remédios (Mateus).

Essas falas revelam o quanto a assistência prestada pelo serviço de saúde, mesmo possuindo equipes da ESF, ainda está focada no modelo biomédico, o qual limita-se ao tratamento de doenças e órgão afetados, não considerando os aspectos psicológicos e sociais inerentes ao ser humano. Evidenciou-se, ainda, frequência reduzida nas consultas médicas devido à própria rotina do serviço, pois na medida em que o

indivíduo torna-se cadastrado na UBS, a procura pela instituição passa a ser, exclusivamente, com o objetivo de adquirir remédio.

Sendo assim, reconhece-se a fragilidade dessa forma de assistir o portador de doença crônica, pois a objetividade relatada pelos participantes do estudo em resolver suas demandas de saúde na UBS, particularizando a busca por medicamentos, sem necessitar de uma consulta médica ou de enfermagem, diminui as chances desses profissionais estreitarem laços com o público masculino e detectarem outros problemas de saúde que por ventura venham a surgir em decorrência das doenças já existentes.

A consulta médica e de enfermagem deve ser um momento de educação em saúde que possibilite instruir o cliente para o autocuidado, por meio do esclarecimento de dúvidas sobre a sua condição de saúde. Isto se torna relevante uma vez que a oferta de orientações ao indivíduo hipertenso e/ou diabético acerca da relevância de modificar hábitos de vida e da necessidade de ampliar os cuidados com a saúde deve ser um dos objetivos prioritários na assistência desses pacientes. Sendo assim, a partir da aquisição de esclarecimentos sobre seu quadro clínico, espera-se que o usuário aumente a adesão ao tratamento e, com isso, reduza o número de internações nos serviços de média ou alta complexidade por complicações dessas doenças⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Em se tratando de ações educativas, um dado alarmante desse estudo é que a maioria dos usuários relatou nunca ter participado de atividades desenvolvidas em grupos para hipertensos e diabéticos. Razões como preguiça, desinteresse, horário considerado inadequado, falta de convite e desconhecimento sobre esse tipo de atividade foram mencionadas.

Eu acho que eu não fui de relaxamento, porque se eu quisesse, eu já tinha ido [...]. Faltou entusiasmo meu, eu acho (Adão).

Nunca assisti nenhuma [...] às vezes acontece um imprevisto, às vezes é preguiça mesmo. O horário também é inconveniente [...] aí eu não vou (Noé).

Nunca me chamaram. Tô sabendo disso agora [...] porque nunca me chamaram pra ir pra esses negócios (Maomé).

A falta de entusiasmo relatada por Adão, e evidenciada em outros depoimentos, demonstra o desinteresse que esses indivíduos possuem pelas práticas preventivas. Soma-se a isso o fato da

hipertensão e do diabetes serem doenças assintomáticas que, na maioria dos casos, vêm a desenvolver algum sintoma quando já estão em estágio avançado. Ademais, as questões culturais permeiam esse tipo de conduta masculina, tendo em vista a necessidade de não demonstrarem-se frágeis e não reconhecerem-se como seres que requerem cuidados.

Com relação à inconveniência de horário referida por Noé, a literatura traz que esse descontentamento se dá por grande parte dos serviços funcionarem no mesmo período em que os homens estão trabalhando⁽⁷⁻⁸⁾. Porém, no presente estudo, a maioria dos participantes já estava aposentada ou em processo de aposentadoria e, portanto, possuem, teoricamente, mais tempo para cuidar da saúde, já que se encontram economicamente inativos. Desse modo, o não comparecimento às atividades educativas não pode ser justificado pela compatibilidade de horário com a jornada de trabalho.

As ações educativas em saúde objetivam melhorar a qualidade de vida das pessoas por estimular a reflexão sobre atitudes que favorecem viver de forma mais saudável. Além disso, possibilita aos indivíduos compartilharem experiências e saberes, o que tende a aumentar as habilidades necessárias para enfrentarem suas condições de saúde⁽¹²⁾. Nessa linha de considerações, pesquisa recente revelou a importância desse tipo de atividade quando constatou que a maior assiduidade de pacientes hipertensos em reuniões de grupo contribuiu, significativamente, para aquisição de melhores hábitos de vida, como também para maior controle da pressão arterial. Em contrapartida, o mesmo estudo identificou que indivíduos que não frequentavam tais reuniões apresentaram a maioria dos fatores de risco para complicações da hipertensão arterial, tais como: tabagismo, consumo de álcool, obesidade, sedentarismo e menor seguimento da prescrição médica⁽²⁰⁾.

Diante dessa realidade, torna-se relevante que os profissionais de saúde atuantes na atenção primária estejam atentos para a reduzida participação em atividades de grupo, com o intuito de promoverem mudanças capazes de adequar essas ações à realidade da população adstrita e, com isso, ampliar a inserção dos usuários nos serviços oferecidos pela ESF.

Sendo assim, percebe-se que a participação masculina no programa que assiste a indivíduos hipertensos e diabéticos está focada no comparecimento esporádico em consultas médicas e aquisição de medicamentos, ficando claro o desinteresse dos entrevistados por práticas preventivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática envolvendo a saúde masculina no contexto da atenção primária à saúde tem despertado interesse de estudiosos, dado os índices alarmantes de morbidade e mortalidade por causas evitáveis que envolvem esse público. Ao investigar a percepção de homens a respeito de programas existentes na ESF nos quais já estão cadastrados é possível apreender melhor o que eles entendem por um bom serviço de saúde.

Sendo assim, respondendo ao questionamento inicial, pode-se afirmar que os participantes percebem o programa para controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus como algo positivo e benéfico. Esta realidade ancora-se, principalmente, no atendimento dispensado pelos profissionais e na oferta gratuita de medicamentos, em virtude das dificuldades financeiras para comprá-los caso o programa não oferecesse. Em relação à participação masculina nas atividades em

grupos de hipertensos e diabéticos, observaram-se atitudes de desinteresse por tais medidas, fato que deve ser compreendido sob uma perspectiva de gênero, pois o público masculino tende a buscar a UBS de maneira esporádica.

Diante disso, identifica-se que a busca dos homens cadastrados no programa para controle das referidas doenças crônicas ao serviço de saúde ocorre, especialmente, para aquisição de medicamentos. Esse momento torna-se oportuno para realizar rodas de conversa focando a educação em saúde. Ademais, atividades em grupo possibilitam aos usuários serem ouvidos pelos profissionais, os quais podem planejar ações condizentes com a realidade deles e expectativas por eles criadas de um bom serviço de saúde. Com isso, espera-se que esse público, ao ser orientado sobre suas condições clínicas, possa adotar um estilo de vida mais saudável e seja despertado para prática de autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. 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 (Brasil): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev. bras. hipertens. [Internet]. 2010 [cited 2011 dez 29];17(1):1-68. Available from: http://www.anad.org.br/profissionais/imagens/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic; 2007.
4. DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2011 dez 29]. Sistema de Gestão Clínica da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica – SISHIPERDIA. Available from: <http://hiperdia.datasus.gov.br>.
5. Laurenti R, Jorje MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Cien Saude Colet. 2005 [cited 2011 dez 29];10(1):35-46. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>.
6. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008.
7. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 [cited 2011 dez 29];10 Suppl 1:933-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a25v16s1.pdf>.
8. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 [cited 2011 dez 29];10 Suppl 1:983-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf>.
9. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Cad Saude Publica [Internet]. 2008 [cited 2011 dez 29];24(4):933-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/25.pdf>.
10. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2nd Ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
13. Barros ACM, Rocha MB, Helena ETS. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. ACM arq. catarin. med. [Internet]. 2008 [cited 2011 dez 29];37(1):54-62. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/536.pdf>.
14. Halfoun VLRC, Curvello MS, Mattos DS, Aguiar OB. A satisfação do usuário em dois modelos de atendimento no programa de hipertensão arterial em uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro. Cad. saúde colet., (Rio J.). 2005;13(3):617-30.
15. Henrique NN, Costa PS, Vileti JL, Corrêa MOM, Carvalho EC. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2008 [cited 2011 dez 29];16(2):168-73. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a05.pdf>.
16. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2008 [cited 2011 dez 29];32(1):90-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/12.pdf>.
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 04 de março de 2002 [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002 [cited 2011 dez 29]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html.
18. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biosociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta paul. enferm. [Internet]. 2008 [cited 2011 dez 29];21(1):59-65. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf.
19. Lima HP, Santos ZMSA, Nascimento JC, Caetano JA. Adesão do usuário ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. Rev Rene [Internet]. 2010 [cited 2011 dez 29];11(2):170-78. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a19v11n2.pdf.
20. Magnabosco P, Nogueira MS. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 out/dez;13(4):639-47. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a07.htm>.

Eletr Enf. [Internet]. 2011; [cited 2011 dez 29]; 13(1):110-7.
Available from:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a12.htm>.

Artigo recebido em 31.12.2010.
Aprovado para publicação em 08.11.2011.
Artigo publicado em 31.12.2011.