

O PROCESSO DE CUIDAR DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Regina Maria Curioletti*

Liane Colliselli*

Resumo

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT, representam um problema de ordem pública, responsável por aproximadamente 70% das mortes no país (BRASIL, 2011). Possuem como principal característica um processo lento e silencioso em relação ao aparecimento dos primeiros sintomas. Assim, pacientes portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica necessitam frequentar periodicamente os serviços de saúde. Dessa forma, representam um desafio para Equipe da Saúde da Família atuar conforme as estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas, alicerçado na Política Nacional da Humanização. Objetivou-se neste estudo conhecer como os profissionais da Equipe de Saúde da Família conduzem o processo de cuidar dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, em um Município do Norte do Estado do Rio Grande do Sul, no segundo semestre de 2014. Como abordagem metodológica optou-se pelo tipo qualitativa, descritiva exploratória, contou com um grupo de dez portadores de DM/HAS e de três profissionais da Equipe Saúde da Família, para a análise dos dados utilizou-se a análise temática proposta por Minayo. Os resultados demonstram avanços em relação a implementação da PNH e desafios em relação ao projeto terapêutico singular e a clínica ampliada. Conclui-se que ações de educação permanente, na perspectiva da PNH são necessários visando qualificar o cuidado.

Palavras-chave: Atenção Básica. Doença Crônica Não Transmissível. Humanização Educação em Enfermagem.

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por causar maior incidência de mortes num contexto mundial, sendo uma taxa de 63% no ano de 2008. Estas taxas são maiores quando os países se encontram em estado de desenvolvimento como é o caso do Brasil. Deste modo, buscase pensar meios que possam diminuir estes indicadores através da prevenção e controle dos agravos (BRASIL, 2011).

*Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó.. reginacurioletti@hotmail.com.

*Professora, Mestre, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó. liane.colliselli@uffs.edu.br.

As DCNT têm relação com vários fatores causais, são de evolução gradual, levando um curto ou longo período de tempo para apresentar os primeiros agravos. No decurso da doença crônica é possível a ocorrência de alguns sentimentos o que remete ao usuário sua condição bio-psico-social, muito além de um ser biológico (BALDUINO et al., 2009).

Neste sentido, a Política Nacional da Humanização (PNH) traduz os princípios do Sistema Único de Saúde para os diferentes sujeitos do sistema, realizando trocas solidárias entre sistema e usuários, disponibilizando assim ações humanizadoras entre todos os sujeitos do SUS. Vale ressaltar ainda que, a política se dá pela troca de conhecimento, observação das necessidades, interação harmoniosa entre as diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipal), trabalho multidisciplinar e pelo resgate dos princípios do SUS, onde todos os sujeitos são responsáveis por fazer saúde (BRASIL, 2004).

Sendo assim, a forma como o usuário é acolhido/abordado pelos profissionais ou até mesmo pelo sistema, pode causar uma boa interação ou gerar conflitos entre os envolvidos, sendo este um ponto importante de se avaliar. Muitas vezes o serviço não proporciona um acolhimento humanizado focado nas necessidades do usuário, deixando-o descontente e insatisfeito, o que certamente irá interferir no seu processo de cuidado.

Após esta breve reflexão, compreende-se que o presente estudo, focado no cuidado aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus se justifica, ao levarmos em consideração os dados do município, onde aproximadamente 15% de toda a população é acometida de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 2,8% de diabetes mellitus (DM) (DATASUS, 2014).

A escolha pessoal por aprofundar os conhecimentos sobre essa temática foi motivada a partir dos estudos das doenças crônicas durante a graduação, em especial ao perceber os impactos que as mesmas provocam na vida diária dos indivíduos, bem como, da necessidade de aprimorar os conhecimentos pessoais para, prestar uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada. (Através do qual, o presente estudo foi realizado no segundo semestre de 2014).

Justificou-se ainda na medida em que oportunizou conhecer como os profissionais da ESF realizaram a assistência aos portadores de HAS e DM, em especial, considerando as políticas recentes propostas pelo ministério da saúde no que se refere às doenças crônicas, possibilitando à Equipe Saúde da Família (ESF), a partir dos resultados realizar ajustes no seu modo de intervir. Também possui relevância para futuras pesquisas relacionadas à assistência da ESF no atendimento aos portadores de DCNT, bem como pode contribuir na

conscientização sobre a importância da assistência qualificada preconizada pela política nacional da humanização (PNH) para os profissionais em exercício e profissionais em formação.

Desta forma o presente estudo objetivou “Conhecer como os profissionais da ESF conduzem o processo de cuidar dos usuários portadores de HAS/DM, em um Município do Norte do Estado do Rio Grande do Sul” e foi desenvolvido no segundo semestre de 2014.

Método

O método de pesquisa adotado compreende a pesquisa qualitativa. Segundo Richardson et al, (2007) a abordagem qualitativa, além de ser uma opção do autor para coletar dados, representa ser uma forma adequada de compreender o fato social. Sendo que muitos estudos podem ser explorados através desta abordagem. Ao aplicar uma metodologia qualitativa, o pesquisador pode analisar estudos complexos, avaliando variáveis, contribuindo para o grupo estudado expondo algumas mudanças a partir da investigação.

A pesquisa caracteriza-se de âmbito exploratória e descritiva. Este tipo de pesquisa torna-se imprescindível quando o pesquisador está iniciando seus estudos sobre determinada temática, utilizando um questionário semiestruturado (RICHARDSON et al., 2007).

O tratamento dos dados foi através da análise temática de Minayo, (2008).

A pesquisa de campo foi realizada em um município do norte do estado gaúcho, com uma população de aproximadamente quatro mil habitantes. A pesquisa ocorreu com portadores de HAS/DM com as duas doenças associadas no mesmo indivíduo e profissionais vinculados a Equipe Saúde da Família.

A partir do Sistema de Informações da Atenção Básica identificou-se que o município conta com 1.266 famílias cadastradas, apresentando um número de 600 portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e 115 com Diabetes Mellitus (DATASUS, 2014).

Para compor esse estudo, inicialmente foi realizado um contato direto com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que tiveram um papel de identificar a população de Hipertensos e Diabéticos mais vulneráveis do município, que totalizou aproximadamente 75 usuários. Na sequência iniciou-se a busca dos prontuários destes usuários, identificando para este estudo, os portadores de HAS/DM de mais difícil controle e com presença de complicações decorrentes da doença. Ao analisar, alguns fatores tiveram suma importância, entre eles: a frequência que utilizam os serviços da Unidade Básica de Saúde, presença de complicações agudas ou crônicas decorrentes da doença, medicamentos em uso, exames

realizados, os últimos três valores da Pressão Arterial Sistêmica e da Glicemia, bem como a anamnese e exame físico descritos no prontuário eletrônico dos usuários.

A partir deste momento foi selecionada uma amostra de 10 indivíduos portadores de HAS/DM com presenças de complicações como: pé diabético, insuficiência cardíaca congestiva, obesidade, diabetes descompensada e inflamações recorrentes de neuropatia diabética. Outros fatores foram levados em conta como problemas relacionados à vulnerabilidade social, analfabetismo, idosos incapazes de realizar de forma eficaz seu próprio autocuidado residindo sozinhos.

Além da análise do prontuário foi realizada uma entrevista semiestruturada relacionada ao cuidado de saúde conduzido pela ESF aos usuários, portadores de doença crônica que apresentassem HAS e DM associados. Os questionamentos iniciais abordavam dados individuais, o surgimento DCNT. Outro ponto levado em consideração foi o serviço prestado pelos profissionais da unidade de saúde, entre eles, acolhimento recebido na unidade, agendamento de consultas, fármacos, consultas de enfermagem, visita domiciliar, participação nos grupos de hiperdia entre outros. A realização da entrevista foi na residência dos usuários possibilitando que os mesmos pudessem expor de forma tranquila as suas opiniões.

Também foi realizada uma entrevista com três profissionais de nível superior da Equipe de Saúde da Família do município, abordando as mesmas questões dos usuários acrescidas de questões relacionadas à gestão de trabalho, participação em capacitações, facilidades e dificuldades encontradas com o cuidado aos pacientes HAS/DM e aspectos relacionados ao cuidado conduzido pelos profissionais contemplando a Política Nacional da Humanização.

Segundo a resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, com registro no CAAE: 337.14014.2.0000.5564 e sob parecer consubstanciado do CEP 750.639. Foi desenvolvida no segundo semestre de 2014. Todos os participantes receberam esclarecimento para que fins a pesquisa foi realizada e das possíveis dúvidas que surgiram.

Resultados e Discussão

Ao iniciar a busca nos prontuários eletrônicos para a seleção da amostra, observou-se que inúmeros usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (HAS/DM) possuíam o cadastro com o nome diferente da relação entregue pelos Agentes Comunitárias De Saúde (ACS), identificou-se erros de ortografia o que dificultou a busca. Percebeu-se também a ausência de registros dos procedimentos realizados aos usuários no

prontuário eletrônico, por parte de alguns profissionais, entre eles a consulta de enfermagem. Esse fator limitou a obtenção de dados relacionados à trajetória do cuidado a saúde realizada pela equipe de saúde, entre eles: teste de glicemia capilar (HGT), resultados de exames, anamnese, exames físicos, registro de visitas domiciliares.

Em relação a conselho de enfermagem, cujo registro não foi identificado nos prontuários eletrônicos dos usuários investigados, cabe destacar que esta se constitui como a metodologia científica de trabalho do profissional enfermeiro que “confere maior segurança aos pacientes, melhora a qualidade da assistência e concede maior autonomia aos profissionais de enfermagem”(TANNURE, PINHEIRO, 2011, p.9) Também está caracterizado como obrigatório, através da Resolução 358/2009 COFEn, Art.1º “O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem”. Ainda, conforme a Resolução, a Consulta de Enfermagem realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), corresponde a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e deve compor as cinco etapas. Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação. O Art. 6º dispõe que a “execução do Processo de Enfermagem deve ser registrado formalmente”.

Após a análise dos prontuários, selecionou-se 10 usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e três profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde, que constituem o grupo do presente estudo.

Em relação ao perfil dos usuários do grupo, identificou-se que a idade varia entre 53 anos a 88 anos. Em relação ao sexo, oito são mulheres e dois homens. O grau de escolaridade varia entre analfabetos até ensino médio completo, a maioria mencionou não ter completado o ensino fundamental. Quanto ao local da moradia, prevalece a área rural do município, tendo como ocupação a agricultura na condição beneficiários da previdência. Quanto ao perfil dos profissionais, a idade varia entre 31 e 48 anos, sexo masculino, todos com titulação de especialistas, dois em saúde da família.

Quando questionados sobre o início da HAS/DM muitos tiveram dificuldades para situar no tempo, porém observou-se que o tempo variou entre 5 e 29 anos onde provavelmente citado com base no início do tratamento considerando o caráter silencioso da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Nos relatos foi possível identificar a presença de história familiar de HAS e Diabetes.

Usuário 07- “... é uns 25 anos daí pra mais, descobri porque fui consultar e fiz exames [...] Uma vez a pressão estava lá em cima sempre e a diabetes também...”

Usuário04- “... Não sei, porque naquela época não tinha isso [...] a minha avó tinha diabetes só que não se tratava...”

Usuário 08- “... A mãe tinha pressão alta...”

Os dados demonstram uma relação com os fatores relacionados à carga genética, ambiente, hábitos de vida e fatores epidemiológicos que influenciam e representam riscos para o desenvolvimento da doença crônica. (STIPP, 2012). Em relação à condição de doente crônico, os dados evidenciam que os usuários convivem com a doença por um longo período de tempo e mencionam a presença de complicações crônicas decorrentes da sua condição de saúde/doença. Nesse sentido evidenciou-se comprometimento oftalmológico, neuropatias, pé diabético e problemas cardíco-vasculares. O que requer da equipe de saúde o monitoramento periódico dos usuários na perspectiva do cuidado integral, com o objetivo de evitar e/ou minimizar agudização das complicações crônicas decorrentes da evolução da doença.

A análise e interpretação dos dados permitiu a Construção de três categorias que sustentam a concepção do processo de cuidar realizado pela ESF que será analisada na perspectiva da PNH. Ao explorar como o acolhimento e vínculo se estabelecem entre a equipe e os usuários, emergiu a categoria “**Acesso**” cujas subcategorias são o **acesso ao serviço** e o **acesso à informação**. Na perspectiva de analisar o projeto terapêutico singular e a clínica ampliada surgiu a categoria “**Cuidado**”. E, como terceira categoria, visando compreender a participação dos usuários nas atividades de grupo e a dos profissionais na gestão, elegeu-se a categoria “**Participação**”.

Acesso

Segundo dicionário Houaiss (2004, p.10) acesso significa “caminho, passagem, possibilidade de alcançar, direito a entrada (em local ou instituição), informação, comunicação com um dispositivo [...] visando receber ou fornecer dados”.

No presente estudo pretende-se explorar dois significados relacionados ao acesso. Inicialmente será abordado o acesso que remete ao caminho que o usuário dispõe para utilizar-se dos serviços oferecidos na UBS caracterizado pelo acolhimento. Acolhimento compreendido como “escuta sensível que considera as preocupações do usuário dos serviços de saúde em qualquer situação, tanto na chegada quanto ao longo do seu acompanhamento pelos profissionais” (ARRUDA, SILVA, 2012, p.759).

O outro significado remete ao acesso à informação, onde está presente o processo de comunicação que se estabelece entre equipe de saúde e usuário, que poderá instituir ou fortalecer o vínculo. Compreende-se por vínculo, “a atenção humanizada, com

compartilhamento de saberes, na convivência e na ajuda e no respeito recíproco entre profissional e usuário” (ARRUDA, SILVA, 2012, p.760).

Acesso ao serviço:

Ao analisar as falas dos usuários sobre o acesso disponibilizado na UBS, destacaram-se manifestações predominantemente positivas. No entanto também se evidenciou na fala da usuária 08 a dificuldade de acesso para consulta com o profissional médico, conforme segue:

Profissional 03- “... O acolhimento é principalmente realizado pelo enfermeiro na unidade a gente gosta de fazer uma escuta qualificada, bem terapêutica mesmo, e assim poder direcionar o usuário para a sua categoria dentro das suas necessidades [...] e do que a gente já conhece...”

Usuário 04- “... eu to contente, pra mim são excelentes pessoas né, que eu nunca fiquei sem ser atendida [...] Nunca faltou remédio, to contente...”

Usuário 03- “... Para mim está funcionando tudo muito bem, melhor impossível...”

Usuário 05- “... quando a gente vai lá é sempre bem atendido. Profissional 01: o serviço funciona por demanda espontânea [...] não esperam muito tempo para serem atendidos, [...] não saem sem atendimento.

Usuário 08- “... É três vezes que vou no posto pra mostrar o exame e não acho médico [...]”

A UBS se constitui como a principal porta de entrada do SUS, compreende-se que o acesso ao serviço disponibilizado aos usuários desse estudo, em partes, vem ao encontro ao que está preconizado pelo Ministério da saúde (2014) onde a Atenção Básica (AB) “tem sua importante atribuição ser a porta de entrada do Sistema de Saúde, e tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde” (BRASIL, 2014, p. 16). O que se confirma na fala do profissional 03 quando menciona a escuta qualificada.

No entanto, identificou-se que os usuários crônicos não tem um acompanhamento periódico programado, conforme preconizado pelo MS na assistência ao usuário crônico, em especial o diabético usuário de insulina. Esse dado se confirma na fala da usuária 08, que compareceu à UBS varias vezes sem obter sucesso. Também se confirma nas falas a seguir:

Usuária 2: “... Não, se você quer ser atendido antes você pega e vai mais cedo e se não você vai mais tarde e tem também...”

Usuária 3: “... Aqui não, você vai lá e eles já te atendem...”

Usuária 7: “... vou no posto pra mostrar o exame e não acho médico...”

Profissional 02: “... Toda vez que ele chega aqui ele é atendido se não pelo medico [...] pelo enfermeiro...”

Profissional 03: “...Várias das ações da UBS são por demanda espontânea, [...] algumas das ações são programadas, [...] dentistas [...] nutrição, fonoaudiologia, [...] a parapsicologia, fisioterapia, as praticas integrativas ... ”

Considera-se que deveria ser instituído na UBS uma demanda organizada para os portadores de doenças crônicas através do agendamento, programação de consultas previsíveis, na perspectiva de melhorar o acesso e conseqüentemente a qualidade dos serviços. Nesse sentido, a PNH preconiza “a redução das filas e o tempo de espera com

ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco” (BRASIL, 2010, p. 6).

Acesso a Informação

O acesso à informação vai para além do acesso ao serviço, implica em estabelecer um processo de comunicação entre usuário e profissional, requer o saber ouvir e apreender a mensagem que o outro deseja transmitir, demanda tomar conhecimento. Segundo Silva (2002, p.1) “A origem da palavra comunicar está no latim *comunicare*, que tem por significado *por em comum*. Ela pressupõe o entendimento das partes envolvidas, e nós sabemos que não existe entendimento se não houver, anteriormente, a compreensão”.

Considerando o perfil dos portadores de doenças crônicas do presente estudo, compreende-se que as informações emitidas pelos profissionais, em relação ao cuidado à saúde muitas vezes não são apreendidas, ou são compreendidas parcialmente, pelos usuários conforme demonstra a fala a seguir,

Profissional 01- “... você se esbarra no paciente que é idoso que não consegue, aí você orienta, aí tem a questão cultural, aí você pede pra ele mudar o estilo de vida e ele não consegue mudar, aí você aumenta a dose do remédio e ele continua não funcionando, eu acho que a questão da saúde depende muito da questão educacional sabe [...] eu acho que quando as pessoas tiverem um nível de instrução mais alto fica mais fácil até pro médico trabalhar...”

Usuário 10- “... não, não, não os médicos não me agradam nada [...] aquele que tem aí não se entende nem o que ele fala...”

Com base nos relatos, observa-se as barreiras de comunicação presentes durante o atendimento, que além do fator idade, se deparam com um baixo de nível de escolaridade, a resistência de mudanças de hábitos de vida e questões relacionados ao domínio da língua. Esses dados revelam um grande desafio para os profissionais da saúde que precisam encontrar alternativas que possam diminuir as barreiras de comunicação utilizando métodos de trabalho que permitam que o doente crônico compreenda as informações relativas à sua condição de saúde/doença no processo de cuidar. Também requer dos profissionais aprimorar o seu processo de comunicação verbal e não verbal, estabelecer um diálogo efetivo. Silva (2002, p.1) considera que na comunicação interpessoal, no atendimento em saúde, não existe neutralidade nas trocas de mensagem feitas entre o usuário e profissional. Aponta, que toda comunicação possui duas partes: “o conteúdo, o fato, a informação que queremos transmitir, e o que sentimos quando estamos interagindo com o outro”. Destaca ainda, que para “humanizar a assistência precisamos tornar mais consciente a comunicação não verbal, que fala da essência do ser humano”.

No que se refere à categoria Acesso, considerado na PNH como a forma como o indivíduo é recebido, incluído nos serviços (BRASIL 2004), considera-se que foi avaliado positivamente pela maioria dos participantes, no entanto demonstra fragilidade no que se refere ao acesso ao profissional médico.

Em relação ao acesso a informação que remete ao estabelecimento do vínculo, foi possível identificar limites relacionados à dificuldade de compreensão por parte dos usuários o que poderá levar, em determinadas situações, a não adesão ao tratamento conforme preconizado pela equipe de saúde. Nesse sentido, a PNH preconiza a troca de conhecimentos, observação das necessidades e a interação harmoniosa e a presença do diálogo entre o profissional e o usuário (BRASIL, 2010).

Diante desse contexto compreende-se que a equipe deverá utilizar estratégias que auxiliam os usuários na compreensão da sua enfermidade, que reconheçam os sinais e sintomas de possíveis complicações e que se utilizam os serviços disponíveis quando necessário. Assim, o processo de inclusão representa ser uma atitude generosa capaz de produzir um processo de gerir e cuidar, considerando os princípios e diretrizes do SUS através de um embasamento nos pressupostos éticos (BRASIL, 2010).

Cuidado

O usuário, portador de doença crônica, “carece de cuidados planejados, capazes de prever suas necessidades básicas e proporcionar atenção integrada”. (BALDUINO, 209. p. 343). Com base nessa afirmação e tendo como referencia a PNH, utilizou-se neste estudo, o conceito de cuidado de Boff, que o define como mais do que um ato; como uma atitude. Portanto, abrange mais de um momento de atenção, de zelo, de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Cuidado refere-se às relações de amor ou afeto estabelecidos entre os seres vivos (BOFF, 2003).

Considerando o processo de cuidar inerente ao usuário portador de doença crônica, emergiu a categoria **cuidado**, pautado na PNH, em especial, na operacionalização do **Projeto Terapêutico Singular – PTS**. Definido “como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado de discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário” (BRASIL, 2006).

Os relatos dos usuários concentram-se basicamente no atendimento do profissional médico, o que demonstra que o modelo predominante ainda é o biologicista, com foco na doença, na consulta médica e no medicamento, conforme segue.

Usuário 02- “... Eu acho que o posto é bom, ao meu entendimento não posso me queixar, a gente fica um pouco frustrado porque o médico te receita quatro, cinco tipo de remédio e às vezes tem e as outras vezes não têm um ou não tem dois...”

Usuário 10- “... não, não, não os médicos não me agradam nada...”

Usuário 08- “... elas atendem bem, as gurias lá na farmácia, mas os médicos é pa, pa, pa e já despacha a gente duas três palavras, não deu pra falar tudo que a gente gostaria de dizer e já te mandam embora [...] é tudo rápido...”

Profissional 03- “... Uma das dificuldades [...] muitas vezes não temos o recurso humano para intervir naquela dificuldade e nós temos que trabalhar com aquilo que temos disponíveis no nosso quadro [...] As vezes pode haver um desequilíbrio dentro do próprio quadro funcional, para abordar o usuário, porque a equipe não tá preparada, não conseguiu sentar não conseguiu conversar, faltando um dinamismo próprio para aquela situação...”

Os relatos demonstram que o atendimento ainda apresenta fragilidades, é rápido, com pouca possibilidade de estabelecer um diálogo entre usuário e profissional, o que certamente irá interferir no estabelecimento de vínculo e um cuidado mais qualificado. Ao analisar as falas do profissional, também foi possível identificar que ainda existem limitações em relação a uma visão mais individualizada.

Quando questionados se durante o seu acompanhamento na UBS tinham realizado ou realizavam Consulta de Enfermagem a resposta foi negativa por parte de todos os participantes do estudo, entre os que responderam “NÃO” seguem as falas:

Usuário 02- “... Nunca fiz com o enfermeiro... nem sei quem são... eu sempre me consultei foi com o doutor...”

Usuário 04- “... Nunca, só com os médicos...”

Usuário 08- “... Só com o médico. Enfermeiro não dão remédio se não tem consulta...”

Profissional 03- “... Na verdade a gente consegue acompanhar a maior parte de pacientes hipertensos e diabéticos nos grupos e a grande parte das orientações está nos grupos. [...], inclusive as renovações das receitas [...] com pacientes que moram muito longe [...] a maiorias das indicações [...] dos medicamentos são feitos nos grupos. [...] O retorno geralmente é em 6 meses. [...]. Os enfermeiros atuam mais na grupalidade.”

Os dados evidenciam que o profissional enfermeiro não está/é reconhecido como integrante da equipe de saúde que realiza o acompanhamento dos usuários crônicos utilizando a consulta de enfermagem. Esse dado confirma o que se constatou durante a análise documental – prontuário eletrônico - onde não foi possível identificar registros de consultas de enfermagem no período pesquisado. Como fator positivo destaca-se que ele é mencionado nas atividades de grupo.

Em relação ao acompanhamento no domicílio, mencionam o agente comunitário de saúde, o profissional médico e enfermeiro.

Usuário 01- “... Do médico, agente de saúde.”

Usuário 04- “... faz um ano a enfermeira e o médico.”

Usuário 09- “... mas este ano eu já recebi duas do Médico com o Enfermeiro.”

Profissional 02- “... toda a semana, dois dias para fazer visita [...] no primeiro momento estamos priorizando pacientes com doenças crônicas hipertensão e diabetes...”

A visita domiciliar representa ser uma das ferramentas que a atenção básica possui pra ir ao encontro dos indivíduos que se encontram impossibilitados de se deslocarem ou distantes do serviço. Sendo assim, ampliar o cuidado para a casa dos indivíduos representa uma proposta humanizada capaz de emancipar o cuidado e os direitos a cidadania (RODRIGUES et al., 2011).

Compreende-se que os usuários necessitam ter uma escuta qualificada que proporcione um ambiente humanizado. Deste modo, o portador de doenças crônicas sente-se muitas vezes desmotivado para continuar ativo no seu tratamento, sendo necessário que os profissionais da saúde encontrem meios que possam proporcionar ao portador motivação para prosseguir o seu tratamento (SANTOS et al., 2011). Nesse sentido, Balduino et al, menciona que,

o doente pode apresentar limitações emocionais, financeiras, perdas pessoais e sociais e precisará aprender a administrar o seu tratamento efetivo. Nessas circunstâncias, quando ele se encontra fragilizado, é que o enfermeiro assume um papel importante e muito expressivo para com ele, no sentido de ajudá-lo não só a enfrentar as dificuldades em torno da doença, mas também de cuidá-lo nas suas necessidades de segurança, carinho e autoconfiança. Desse modo, é importante que o enfermeiro compreenda que os pacientes portadores de doença crônica requerem, do profissional, um raciocínio clínico e crítico constante, pois uma simples preocupação que apresentem pode colocar em risco suas vidas (BALDUINO et al., 2009, p. 343).

O usuário com doenças crônicas, normalmente, é um grande frequentador da Unidade Básica de Saúde (UBS). Entre os motivos da busca encontram-se: “renovação de receitas, consulta de acompanhamento, verificação da pressão e/ou glicemia, atendimento por agudização de sua condição crônica, entre outras” (BRASIL, 2014 p. 39).

Quando questionados sobre o uso dos medicamentos, todos demonstraram domínio e compreensão de como utilizá-los. Esta informação pode ser avaliada como positiva no cuidado ao portador doente crônico não transmissível (DCNT) que necessita utilizar regularmente a terapia medicamentosa bem como para o serviço que proporciona uma educação em saúde nesta atividade eficaz.

Usuário 04- “... Sim explicam bem certinho, uns de meio dia, outros de noite, outros de manhã e aquele da diabetes tenho que tomar duas vezes ao dia...”

Usuário 10- “... Eles deram para ela uma caixinha, tá tudo repartido o que tem de tomar de manhã e de noite, aí ela tem tudo bem colocadinho...”

Profissional 01- “... Os pacientes chegam aqui no posto e eles tem uma carteirinha onde são anotados os medicamentos e eles anotam a dosagem e eles retiram a insulina.”

Além da questão medicamentosa, 80% dos participantes possuem glicímetro em casa, o que permite um acompanhamento eficaz aos portadores de diabetes. Porém, a fragilidade se evidencia na utilização desse recurso. Constatou-se que poucos (três) realizam o teste

diariamente, outros possuem o aparelho, mas não sabem como realizar o procedimento bem como interpretar os valores.

Usuário 08- “... às vezes faço todos os dias às vezes faço cada 3, 4 dias... enjoa furar o dedo todo o dia [...] ganhei no posto, mas o da pressão, comprei...”

Usuário 10- “...ah aquele espontcha o dedo? Sim tenho [...] mas não sou capaz de entender como que funciona...”

Profissional 01- “... o correto seria a cada três meses realizar os exames de hemoglobina glicosilada, glicose de jejum e fazer um mapa glicêmico que deveria ser medido três vezes ao dia antes do café, antes do almoço e antes de ir dormir [...] só que na verdade poucos pacientes fazem isso ...”

De acordo com as falas percebe-se que os profissionais do serviço, além de fornecer o recurso técnico, aparelho de HGT e fitas, precisam capacitar os usuários e/ou familiares para a utilização correta através de ações de educação em saúde, no nível individual e coletivo.

A Organização Mundial de Saúde, em seu documento “Cuidados inovadores para as condições crônicas”, enfatiza que,

o paciente portador de doença crônica carece de cuidados planejados, capazes de prever suas necessidades básicas e proporcionar atenção integrada. Essa atenção envolve tempo, cenário da saúde e cuidadores, além de treinamentos para que o paciente aprenda a cuidar de si mesmo em sua residência. (BALDUINO, 2009, p. 343).

O autor complementa ainda dizendo que, a educação em saúde com os pacientes e familiares contribui significativamente no processo de cuidar. Exige do profissional que o mesmo desenvolva o conhecimento, mediante a mudança e transformação dos hábitos de vida dos pacientes, visando melhorar a sua condição de vida e de saúde. A presença dos familiares nas atividades educativas é indispensável para que ocorra a prevenção, manutenção e controle dos agravos em saúde (BALDUINO et al., 2009).

Considerando as complicações crônicas decorrentes das doenças e a necessidade do acompanhamento especializado na perspectiva do cuidado integral, identificou-se que poucos usuários realizam acompanhamento com o cardiologista e endocrinologistas, entre outros. Entre os que já realizaram consulta especializada, observou-se que necessitavam pagar uma parte do valor da consulta ou utilizar planos de saúde privados.

Profissional 01- “... Quando necessário sim, é realizado encaminhamento [...] para o cardiologista com maior frequência ou eventualmente para o endocrinologista...”

Usuário 01- “... Sim, faz com o cardiologista, mas é através do plano privado...”

Usuário 03- “... Sim, o posto encaminha, mas eu pago particular [...] você pede eles te encaminham porque no posto não tem especialidade...”

Usuário 04- “... Sim tem que fazer né [...] se tem que pagar, se paga, um pouquinho...”

Os relatos demonstram que existe uma lacuna nos serviços disponibilizados pelo SUS no que se refere aos serviços de referência e contra referência. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), na Atenção Básica, os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a

“garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar” (BRASIL, 2011, p.11).

Para que ocorra o sucesso das atividades desempenhadas pela AB, a gestão do serviço deve estar comprometida com o trabalho em redes. As redes de referência e contra referência devem possuir uma postura ético/política comprometida com as necessidades do indivíduo. Desta forma o serviço primário representa ser um importante local para disponibilizar cuidados aos problemas e agravos em saúde. Proporcionando um atendimento longitudinal, prestando serviços assistenciais e não assistenciais reforçando assim o compromisso com as redes de atenção (BRASIL, 2010).

A categoria, **Cuidado**, assistência conduzida pela ESF remete a distintas considerações:

O acesso ao cuidado individual para o atendimento médico na unidade, e as visitas domiciliares não se caracterizam como problema. Enquanto a consulta de enfermagem, pelos dados do estudo, não está incluída na rotina da assistência ao usuário portador de doença crônica, mas em situações que é realizada, não foi identificado registro no prontuário do paciente. Ao analisar a dispensação de insumos, medicamentos aparelhos de HGT, insulina, também se percebe limites em relação à disponibilidade em todos os momentos. Entre as fragilidades identificadas encontra-se a disponibilidade os serviços de referência, especialidades ou apoio matricial. No conjunto dos dados obtidos não foi possível identificar, nos registros do prontuário e na fala dos usuários, como são colocados na prática os princípios da Clínica Ampliada e do PTS no cotidiano dos serviços.

Conforme PNH compreende-se por clínica ampliada “um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores – intersetorialidade e reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos e, assumir um compromisso ético profundo” (BRASIL, 2006, p.12).

O PTS requer “o movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos e coletivos em situações de vulnerabilidade”. A singularidade se caracteriza na medida em que o usuário é compreendido como “um sujeito singular, e junto com ele, é determinada a ação de saúde a ser ofertada para alcançar o objetivo de produzir saúde”. (BRASIL, 2010, p. 94). Essa relação implica no compromisso e na responsabilização entre os sujeitos, ou seja, o processo terapêutico é uma construção coletiva entre profissionais e usuário, sustentados pelo interesse comum. O PTS é composto por quatro etapas: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e avaliação.

Considera-se que muitas vezes essas ações e articulações estão imbricadas na assistência dos profissionais aos portadores de doenças crônicas, mas como não são registradas nos prontuários, não foram passíveis de identificação e avaliação.

Participação

No presente estudo, está a categoria que se refere inicialmente à participação dos usuários crônicos nas atividades de grupo e na sequência será explorada a participação dos profissionais na gestão das políticas de saúde do município.

Segundo Bordenave (1994, p. 22) a palavra participação, vem da palavra “parte”, é fazer parte, tomar parte, ter parte. Menciona, no entanto, as diferenças de significado dessas expressões. Considera duas formas de participação: *ativa*, em que o cidadão é engajado e a *passiva*, o cidadão está inerte.

Participação em atividades de grupo

Quando questionados em relação à participação nas atividades de grupo vinculados ao Hiperdia, 60% dos portadores de HAS/DM referem que participam das atividades mensais do grupo. Os outros não participam por dificuldades de se deslocar até o local do encontro, atribuído à distância e às condições críticas de saúde que não permitem realizar essa atividade sem auxílio de familiares.

Em relação aos temas abordados no grupo muitos demonstram satisfação sobre os temas abordados, enquanto outros, descontentamento.

Usuário 01- “... fui uma vez, eles não me levam mais [...] a pé não posso ir...”

Usuário 03- “... Sim participo, uma vez por mês, eles vêm aqui na comunidade [...] é legal eles passam slides, mostram como que é a diabetes...”

Usuário 09- “... sim, com certeza [...] Eu gosto acho que vale apena né, a gente aqui no interior é sempre bom saber coisas mais diferentes...”

Usuário 08- “... não da graça a gente cansa de ficar lá sentado eu não gosto, daí a gente vê todo mundo cochilando [...] não adianta eles falam o que a gente sabe...”

Usuário 07- “... Sim participo, eles deviam falar sobre outras doenças, porque toda vez que a gente vai [...] é a mesma só da diabetes, falassem de outras, tem tantas...”

Profissional 03- “... O que a gente pauta muito aqui no nosso serviço, prevenção e a promoção da saúde, principalmente temas como a nutrição, utilização correta dos medicamentos. partir do que o usuário tem, para se fornecer autonomia.”

Profissional 01- “... os grupos, que atuam no controle dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes. Eles são acompanhados periodicamente, em casos onde o paciente fuja dos níveis de controle, é recomendado que este paciente compareça a consulta...”

Constatou-se, a partir da análise dos dados que as atividades grupais estão entre os pontos fortes da ESF. Ocorrem periodicamente em distintos espaços da comunidade. Tem como foco as temáticas relacionadas às doenças, e as formas de promoção e prevenção de

agravos. Conforme mencionada nas falas das usuárias 7 e 8, estes se sentiriam mais motivados se as temáticas não contemplassem sempre as doenças.

Nesse sentido, Munari et al (2009) enfatizam que as atividades realizadas no grupo muitas vezes estão mais voltadas à doença crônica e não ao indivíduo, sendo uma receita pronta que deve ser cumprida na íntegra deixando de lado os saberes que cada participante possui sobre a doença e da forma como a mesma é enfrentada.

Bonetti et al (2013) destacam ainda que, antes das práticas educativas serem realizadas, o grupo deve desenvolver uma roda de conversas possibilitando discutir questões focadas nas experiências de vida de cada um dando enfoque mais para as atividades prazerosas da vida do que a própria doença.

Munari et al (2009) pontuam que o profissional que conduz as atividades deve possuir uma profunda convicção que os indivíduos são suscetíveis à mudança e a possibilidade que este indivíduo possui de superar a situação de saúde.

Deste modo é necessário que este profissional tenha uma escuta qualificada centrada nas necessidades apontadas pelos participantes, atuando como ouvinte. A postura de trabalhar com o grupo faz com que o profissional enfermeiro juntamente com o grupo construa soluções dentro das possibilidades do indivíduo (MARUYAMA et al., 2009).

Munari et al (2009) complementam ainda que, quando a construção do conhecimento é feita de forma conjunta e a escuta é qualificada, existe a troca de experiência, apoio nos momentos de dificuldade, elevação da autoestima, principalmente, tornando os indivíduos auto gestores do seu próprio cuidado e trazendo conhecimento positivo para o profissional e o grupo.

Participação na gestão do trabalho

Ao analisar a participação de profissionais da equipe na gestão do trabalho percebe-se que os profissionais participam das reuniões de equipe e que um dos profissionais da ESF está entre a equipe que coordena, junto a Secretaria de Saúde, o projeto denominado “Saúde Integrada Formando Cidadãos” conforme segue:

Profissional 01- “... Sim, há reuniões mensais...”

Profissional 03- “... A maior parte vem de um projeto que se chama Projeto Saúde Integrada Formando Cidadãos. A maior parte das orientações que partem aos usuários partem desse projeto, [...] aqui na unidade um particular que toda a equipe tem um perfil de trabalho parecido, [...] tem um equilíbrio, todo mundo participa, todo mundo pega junto, pra que a gente possa dar um resultado positivo não só de forma individual, mas sim, fazer de forma coletiva o negócio funciona...”

Quando questionados sobre a participação em atividades de capacitação, educação permanente, as respostas foram positivas por todos os profissionais participantes do estudo.

Esse dado é relevante e confirma a participação da equipe nos momentos coletivos, segundo a PNH “a gestão participativa é importante na medida em que se constitui um instrumento valioso na construção da mudança, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho” (BRASIL, 2006, p.20).

Em relação à participação de profissional na coordenação de um projeto da SMS, avalia-se como positivo, caracterizando-se como possibilidade de inserir no projeto a realidade vivenciada enquanto um técnico da área da saúde bem como de exercer o exercício de cidadania. Conforme a PNH,

... A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores” (BRASIL, 2006, p.20).

Ao finalizar a categoria “participação” compreende-se que as iniciativas são positivas e correspondem, em parte. Ao que está preconizado pela Constituição cidadã, pela Lei Orgânica da Saúde, 8.142/90 e a Política Nacional da Humanização, compreende-se que poderá avançar em relação à participação social nos espaços de gestão, entre eles os conselhos municipais de políticas públicas, em especial o conselho municipal de saúde.

Considerações Finais

Esse estudo, mobilizado pela curiosidade acerca do cuidado realizado pela equipe saúde da família aos portadores de doenças crônicas, HAS e DM, caracterizou-se um processo reflexivo na medida em que vislumbrava identificar a Política Nacional da Humanização nos cuidados conduzidos aos usuários.

A trajetória possibilitou identificar durante a busca de informações no prontuário eletrônico dos usuários, fragilidades em relação aos registros dos profissionais, com menos frequência, do profissional médico. Esse fator limitou a busca mais qualificada da história do usuário, na perspectiva de analisar com maior propriedade o percurso do cuidado realizado pela equipe de saúde. Nesse sentido pontua-se a necessidade do registro por todos os profissionais, no prontuário do paciente, da assistência prestada aos usuários. No que se refere à consulta de enfermagem, esta é obrigatória a partir da Resolução 358/2009 do conselho federal de enfermagem.

Observa-se que a atuação do enfermeiro está voltada para a grupalidade e pouco atrelada a consulta de enfermagem, tornando este profissional pouco atuante aos portadores de doenças crônicas. Na qual o enfermeiro tem papel fundamental na promoção de programas e políticas de saúde.

Ao analisar o acolhimento, requisito da PNH, identificou-se a necessidade de organizar uma demanda programática para o acesso aos serviços aos usuários portadores de doenças crônicas, bem como instituir um acompanhamento individual periódico, conforme a necessidade de cada portador de doença crônica.

Considerando o Projeto Terapêutico Singular e a Clínica ampliada, dispositivos disponíveis a partir da PNH, constatou-se, partir dos registros, que estes ainda não são passíveis de identificação. Nesse sentido sugere-se estudos mais profundos em outras pesquisas.

Quanto à gestão participativa e co-gestão, identificou-se iniciativas exitosas, como, atividades de grupo e participação em projetos desenvolvidos no município. Sugere-se avanços em relação a participação no conselho municipal de saúde e a organização de conselhos locais de saúde, na perspectiva de promover a cidadania.

Conclui-se, que a implementação da PNH ainda se encontra em processo de apropriação (teórica e prática) no cuidado conduzido pela equipe saúde da família em estudo. Sugerem-se capacitações, através da educação permanente, especialmente no que tange ao projeto terapêutico singular e à clínica ampliada.

Na condição de futuro profissional enfermeiro, o estudo foi de grande aprendizado, possibilitando identificar as potencialidades, fragilidades e desafios presentes na realidade do SUS.

**THE PROCESS OF USERS OF CARE WITH SYSTEMIC HYPERTENSION
AND DIABETES MELLITUS IN PERSPECTIVA OF NATIONAL POLICY
HUMANIZATION**

Regina Maria Curioletti*

Liane Colliselli*

Asbtract

The Chronic Non Communicable Diseases CNCD represents a problem of public order, accounting for approximately 70% of deaths in Brazil (BRAZIL, 2011), having as main characteristic a slow and silent process of first symptoms appearance. In this sense, patients with Diabetes Mellitus (DM) and Systemic Arterial Hypertension (SAH) needs to attend health services regularly, therefore, consisting on a challenge to the Family Health Team to act following the strategies for the care of those with chronic diseases, based on the National Humanization Policy (NHP). The study aimed to know how the professionals of the Family Health Team leads the care process with SAH and DM patients of a municipality in northern Rio Grande do Sul, on the second half of 2014. As methodological approach was applied the qualitative, exploratory descriptive type, attributing a sample of ten DM / SAH patients and three professionals of the Family Health Team. To the data analysis was used the thematic analysis proposed by Minayo. The results shows progress and challenges regarding the implementation of the NHP, especially concerning the individual natural therapeutic project and expanded clinical. It was concluded that permanent education actions, in view of PNH are needed in order to qualify the care.

Keywords: Basic attention. Chronic Non Communicable Disease. Humanization. Nursing Education.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Cecília; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, Outubro. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Dezembro 2014.

BALDUINO, Anice de Fátima Ahmad; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Escola Anna Nery**, v.13, n.2, p. 342-351, abr-jun. 2009.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (**Coleção Para Entender a Gestão do SUS**) – Brasília: CONASS, p. 223, 2011.

_____, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução cofen-358/2009**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html> Acesso em: 01 de dezembro.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. **Textos Básicos de Saúde/Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, v. 2, série b, p. 256, 2010.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n.35, p.162, 2014.

_____, Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Textos Básicos de Saúde**, 1 ed. Brasília, série b, p.20, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. 3 ed. Brasília, 2006. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf> >. Acesso em: 25 de novembro. 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Textos Básicos de Saúde**, 1 ed. Brasília, série b, p.160, 2011.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, 1 ed. Brasília, n.36, p.160, 2013.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

BONETTI, Albertina; SILVA, Denise Guerreiro V. da; TRENTINI, Mercedes. O método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro. vol.17 n.1,Jan./Mar, 2013.

BORDENAVE, J. D. **O que é participação**. (Coleção Primeiros Passos 95). 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

DATASUS. Informações em saúde. Sistema de informação de atenção básica - situação de saúde – Rio Grande do Sul. Março. 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABS> >. Acesso em: 27 de maio. 2014.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, **Minidicionário houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

MARUYAMA, Sônia Ayako Tao et al. Associações de pessoas com condição crônica: a politicidade como uma estratégia na construção da cidadania. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, v.11, n.3, 2009.

MINAYO, Maria Cecília. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: HUCITEC, p.407, 2008.

MUNARI, Denize Bouttelet; LUCCHESI, Roselma; MEDEIROS, Marcelo. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. **Ciência Cuidado Saúde**, v.8, p.148-154, 2009.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, p.334, 2007.

RODRIGUES, Tânia Maria Melo; ROCHA, Silvana Santiago da; PEDROSA, José Ivo dos Santos. Visita domiciliar como objeto de reflexão. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v. 4, n.3, p.44-47, Jul./Set. 2011.

SANTOS, Iraci dos; ROCHA, Renata de Paula Faria; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Escola Anna Nery**, v.15, n.1, p.31-38, Jan./Mar. 2011.

STIPP, Marlucci Andrade Conceição. A gerência do cuidado na enfermagem cardiovascular. **Escola Anna Nery**, v.16, n.1, p.7-9, Jan./Mar. 2012.

TANNURE MC; PINHEIRO AM. **SAE: sistematização de assistência de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SILVA, Maria Júlia Paes. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Rev. Bioética**, n.5, 2002. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215/216> Acesso em: 25 de Novembro de 2014.