

**O Programa Hiperdia em um Município do Sudoeste do Paraná:** concepção dos gestores e percepções dos beneficiários

**The Hiperdia Program in a Municipality in the Southwest of Paraná:** conception of managers and perceptions of beneficiaries

Neli Gehlen Motta; Mestre em História; Acadêmica do Curso de Nutrição; Universidade Federal da Fronteira Sul; Avenida Edmundo Gaievski, 1000, 85670-000, Realeza, Paraná, Brasil; [nelli.ngm@gmail.com](mailto:nelli.ngm@gmail.com)

Rozane Márcia Triches; Doutora em Desenvolvimento Rural; Professora do Curso de Nutrição; Universidade Federal da Fronteira Sul, Avenida Edmundo Gaievski, 1000, 85670-000, Realeza, Paraná, Brasil; [rozane.triches@uffs.edu.br](mailto:rozane.triches@uffs.edu.br)

**Resumo:** No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, juntamente com a obesidade, estão entre as doenças crônicas não transmissíveis de maior incidência, sendo consideradas um problema de saúde pública. O trabalho ora apresentado consiste em analisar o Programa Hiperdia em um município do Sudoeste do Paraná, identificando as concepções dos gestores sobre o Programa Hiperdia e seus objetivos, além das percepções dos beneficiários sobre o programa, as ações desenvolvidas nele e a sua condição de saúde. A problemática do trabalho é sobre a maneira que o Programa Hiperdia tem sido implementado e qual está sendo sua influência na promoção de educação em saúde e, conseqüentemente, no conhecimento sobre hipertensão e diabetes por parte dos beneficiários. Esta é uma pesquisa qualitativa de estudo de caso conduzida a partir de entrevistas com roteiros semiestruturados com 36 sujeitos (gestores e beneficiários). Os resultados da pesquisa indicam uma gestão eficiente no rastreamento e cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos, bem como na distribuição de medicamentos. Contudo, as ações de educação em saúde e a educação alimentar e nutricional são pouco eficazes, com baixa adesão e estratégias muito verticalizadas, as quais dificultam a autonomia dos pacientes, a tomada de decisões e o conhecimento sobre o seu próprio tratamento. Também não foram identificadas ações para acompanhar/avaliar os impactos da hipertensão arterial e diabetes sobre a morbimortalidade da população.

**Palavras-chave:** Hiperdia; educação alimentar e nutricional; educação em saúde.

**Abstract:** In Brazil, systemic arterial hypertension and diabetes mellitus, along with obesity, are among the most prevalent non-communicable chronic diseases in the population, considered a public health issue. The present study involves an analysis of the Hiperdia Program in a municipality in the Southwest of Paraná, identifying the underlying concepts of health education actions, potential impacts on beneficiaries, as well as their perceptions. This is a qualitative case study based on interviews with semi-structured scripts involving 36 subjects (managers and beneficiaries). Research results indicate efficient management in screening and registering hypertensive and diabetic patients, as well as in medication distribution. However, health education actions and nutritional education are found to be less effective, with low adherence and overly verticalized strategies that hinder patient autonomy, decision-making, and understanding of their own treatment. Additionally, there were no identified actions to

monitor/evaluate the impacts of arterial hypertension and diabetes on population morbidity and mortality. It is hoped that the findings of this study will contribute valuable insights into the Hiperdia Program from the perspective of users and managers, potentially facilitating improvements in the program.

**Keywords:** Hiperdia; food and nutrition education; health education.

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) estão entre as doenças crônicas não transmissíveis de maior incidência no Brasil, juntamente com a obesidade, com taxas nas capitais brasileiras de 27,9%, 10,2% e 24,3%, respectivamente (VIGITEL, 2023). As altas taxas destas patologias são um grave problema de saúde pública, sendo também responsáveis por custos elevados aos cofres públicos com R\$ 3,45 bilhões de reais investidos em 2018, dos quais 59% foram destinados ao tratamento da hipertensão, 30% ao do diabetes e 11% ao da obesidade (NILSON e col., 2020). Com o propósito de melhorar o atendimento a este público e reduzir os custos foi criado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, aprovado pela Portaria/GM n° 16, de 03/01/2002.

Através da Portaria n° 371/GM de 04 de março de 2002 foi organizado o funcionamento do Programa Hiperdia, como é conhecido atualmente, e foram definidos seus objetivos, os quais são: manter um cadastro das pessoas com HAS e DM, fornecer os medicamentos para o tratamento e acompanhar/avaliar os impactos da hipertensão arterial e diabetes sobre a morbimortalidade da população. Nota-se, portanto, que ele foi pensado para mitigar os agravos destas doenças e promover melhorias na saúde da população atendida (BRASIL, 2002).

Nesta mesma Portaria, no Artigo 3º, ficam estabelecidas as responsabilidades para a implementação do Programa, entre as quais destacam-se: ao gestor federal, cabe supervisionar e avaliar o Programa em relação a sua relação custo-benefício, modelos de gestão, adesão e operação local, bem como avaliar os impactos epidemiológicos e assistenciais; às Secretarias Estaduais, compete coordenar a execução do Programa no âmbito estadual, fortalecendo a gestão das políticas de prevenção e tratamento da hipertensão e diabetes, além de prestar suporte e orientação aos municípios na adesão ao Programa Nacional, especialmente no que diz respeito às ações de prevenção e controle clínico dessas doenças; as Secretarias Municipais de Saúde devem garantir o acesso ao tratamento clínico para os portadores dessas doenças na rede básica de saúde, participar dos programas de capacitação dos profissionais de saúde da rede básica para o acompanhamento clínico dessas doenças, e implementar ações que promovam hábitos e estilos de vida saudáveis para melhorar o controle clínico das doenças em questão (BRASIL, 2002).

Verificar como o Programa Hiperdia está sendo aplicado e qual está sendo seu impacto junto aos beneficiários são objetivos descritos na portaria que o instituiu. A falta de conhecimento sobre os impactos que o Programa Hiperdia vem tendo sobre a vida dos seus usuários configura-se como um problema para as administrações públicas, dificultando a tomada de decisões mais bem direcionadas e, conseqüentemente, a redução dos níveis de morbimortalidade. Ademais, compreende-se que ações de prevenção e controle clínico do DM e da HAS são fundamentais para o entendimento sobre essas doenças, a aceitação e a adesão ao tratamento, e que a ausência de ações que promovam hábitos e estilos de vida saudáveis visando a prevenção e o controle clínico dessas doenças levam a uma incidência cada vez maior, com piora no quadro de saúde geral da população, mais complicações e mais gastos aos cofres públicos (BRASIL, 2002; FALKENBERG e col., 2013; CORTEZ e col., 2015; LIMA e col., 2016).

A temática norteadora deste trabalho é, portanto, a forma como o Programa Hiperdia está sendo implementado e se ele tem se configurado como um espaço de promoção de ações de educação em saúde para hipertensos e diabéticos em um município do Sudoeste do Paraná. A pergunta/problema que permeia a pesquisa é: de que maneira o Programa Hiperdia tem sido implementado e qual está sendo sua influência na promoção de educação em saúde e, conseqüentemente, no conhecimento sobre hipertensão e diabetes por parte dos beneficiários? Pressupõe-se que diferentes abordagens na aplicação do Programa Hiperdia podem gerar diferentes resultados aos participantes e que as falhas na sua aplicação geram impactos sobre os beneficiários, como pouco conhecimento em relação às doenças, dificuldades no controle clínico e surgimento de complicações.

As ações do Hiperdia e sua efetividade são objeto de estudos que demonstram que o Programa não está sendo aplicado de maneira satisfatória, pois o acompanhamento não é realizado adequadamente e os impactos do Programa não estão sendo avaliados adequadamente (BRAGA, 2006; VASCONCELOS, 2014; SILVA e col., 2015; BREZOLIN, 2020; DOS SANTOS, 2021). As razões pelas quais o Programa não está atendendo adequadamente seus objetivos devem ser levantados e problematizados, a fim de que se busquem soluções de maneira coletiva e organizada.

Destarte, o objetivo principal do trabalho é analisar a implementação o Programa Hiperdia em um município do Sudoeste do Paraná, a fim de verificar as concepções dos gestores sobre o Programa e seus objetivos, as ações de prevenção e controle clínico realizadas, bem como a adesão dos beneficiários a essas ações e seu entendimento/percepção sobre HAS e DM.

Pretende-se investigar como o Programa está organizado, se tem influência sobre o público atingido e, se sim, de que maneira ele se dá.

## **2 MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, qualitativa e de caráter metodológico indutivo a partir de estudo de caso em um município da região Sudoeste do Paraná, no Brasil. A coleta de dados aconteceu de agosto de 2022 a fevereiro de 2023. Os beneficiários foram escolhidos por conveniência, durante a entrega dos medicamentos relacionados ao Programa em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade, haja vista que os beneficiários que residem na zona rural são atendidos na UBS central. O número desses participantes foi determinado por saturação teórica (FONTANELLA, 2008) e o critério de inclusão foi a presença no momento da entrega dos medicamentos e a disponibilidade de tempo para a realização da entrevista. O outro grupo de participantes, denominados aqui como gestores, – Secretário de Saúde, Enfermeiras, Nutricionista e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – foi definido pelo cargo que ocupam e por terem funções relacionadas ao Hiperdia, sendo este o critério de inclusão destes participantes, para os quais não foram usados critérios de exclusão.

Para identificar cada entrevistado de forma clara e organizada, foi utilizado um sistema de nomenclatura que consiste em atribuir um código específico a cada pessoa. Os entrevistados que são beneficiários do programa foram designados como “Beneficiário 1”, “Beneficiário 2” e assim por diante, com numeração sequencial. Já os gestores receberam a identificação de “Gestor 1”, “Gestor 2”, sucessivamente e, dentro deste grupo, criamos o subgrupo dos ACS, designados como “ACS 1”, “ACS 2”, haja vista que, apesar de termos seguido o mesmo roteiro de entrevista, algumas particularidades foram identificadas nas entrevistas realizadas com eles. Essa forma de identificação nos permite referenciar e acompanhar as informações coletadas de forma eficiente, assegurando a confidencialidade das respostas e facilitando a análise dos dados.

Foram realizadas 22 entrevistas com beneficiários e 14 com gestores do Programa Hiperdia, totalizando 4 horas e 52 minutos de gravações. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, à qual os participantes responderam verbalmente enquanto ocorria a gravação em um aparelho de telefone móvel. As entrevistas foram, então, transcritas e, partir da leitura dos conjuntos de transcrições – gestores e beneficiários – foram criadas categorias, às quais foi aplicada a análise de conteúdo. A análise de conteúdo é um método que tem como objetivo a obtenção de indicadores, sejam eles quantitativos ou qualitativos, através de procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo das mensagens. Esses indicadores possibilitam a dedução de informações relacionadas às circunstâncias de produção

e recepção das mensagens, incluindo variáveis que podem ser inferidas a partir dessas mensagens (BARDIN, 1977; FONTANELLA, 2008; MINAYO, 2010; D'ESPÍNDULA, 2016; PATIAS, 2019).

As categorias criadas para as entrevistas dos gestores foram: conhecimentos sobre o Hiperdia, concepção sobre o Programa e seus objetivos, forma de gestão, conformidade com a Portaria, adesão dos beneficiários, planejamento e ações futuras. Já as entrevistas dos beneficiários foram analisadas a partir das seguintes categorias: conhecimentos e tratamento, adesão às ações do Hiperdia, expectativas e anseios, práticas alimentares e atividade física. Além das entrevistas com os beneficiários, foram coletados dados antropométricos como peso, altura e circunferência da cintura, a partir dos quais foi realizado o diagnóstico nutricional. Para avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC) dos adultos foram utilizados parâmetros da Organização Mundial da Saúde (1997), para os idosos os parâmetros são de Lebrão e colaboradores (2003). Já o risco de doenças cardiovasculares (DCV) foi avaliado a partir das referências da Organização Mundial da Saúde (2004) considerando a circunferência da cintura.

Por fim, cabe destacar que este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) aprovado pelo parecer de número 5.596.561. A participação neste estudo foi voluntária e os dados dos participantes, bem como as entrevistas por ele concedidas, estão sendo tratados com sigilo e confidencialidade.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

#### **3.1 Implementação do Programa Hiperdia a partir das concepções dos gestores**

Foram entrevistados 14 gestores (Quadro 1), a maioria possui Ensino Superior Completo, alguns estão concluindo e, os demais, possuem o Ensino Médio Completo, nível mínimo exigido para os cargos que ocupam. Entre eles, a categoria conhecimento – sobre o Programa Hiperdia – foi uma das que mais se destacou. Todos demonstraram ter conhecimento e estar aplicando os dois primeiros objetivos descritos na Portaria nº 371/GM, a saber, o cadastramento de hipertensos e diabéticos e a distribuição de medicamentos. Com relação às demais responsabilidades que lhes são atribuídas pelo Programa, nota-se menos conhecimento.

Quadro 1. Caracterização dos gestores do Programa Hiperdia

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade/Formação</b>
Gestor 1	F	42	Nível Superior Completo

Gestor 2	M	39	Superior Completo
Gestor 3	F	25	Superior Completo
Gestor 4	F	40	Superior Completo
Gestor 5	F	44	Superior Completo
Gestor 6	F	28	Superior Completo
ACS 1	F	29	Ensino Médio Completo
ACS 2	F	43	Ensino Médio Completo
ACS 3	F	43	Ensino Médio Completo
ACS 4	F	28	Superior Completo
ACS 5	F	33	Ensino Médio Completo
ACS 6	F	36	Superior Completo
ACS 7	F	37	Ensino Médio Completo
ACS 8	F	42	Superior Incompleto

Fonte: a autora (2023).

Uma das responsabilidades dos gestores municipais do Hiperdia é a garantia de acesso ao acompanhamento clínico do DM e da HAS (BRASIL, 2002). Sobre isso, a Gestora 5 afirma que “tem meses que a gente faz aferição da pressão arterial, juntamente com o HGT, que é para os pacientes diabéticos, né?” Sem especificar a frequência com que isso ocorre nem o destino dado às informações coletadas. Ao ser questionada, a Gestora 7 relatou que “os diabéticos, né?! [fazem] o HGT e pressão, os que são só hipertensos, a gente só vê pressão, anota nome, horário e tudo e depois a gente lança no prontuário deles pra eles terem um acompanhamento.”. Apesar disso, diversos gestores afirmaram que é muito comum que os pacientes fiquem bastante tempo sem consultar com os médicos das unidades, indicando que a coleta desses dados pode não ter uma aplicação efetiva devido ao acompanhamento médico insuficiente.

Ainda dentro da categoria conhecimento, outro ponto importante é sobre a ausência de capacitações e treinamentos aos envolvidos com a gestão do Programa, relatada por todos os entrevistados. Sobre este aspecto, o Gestor 2 destaca que “sempre é feito educação continuada dos enfermeiros, né?! Não é muito voltada ao Hiperdia, mas assim de atendimento... palestras de como abordar o paciente... desses atendimentos... sempre são feitos.”. É importante destacar que outra responsabilidade atribuída aos municípios é “a participação nos processos de capacitação dos profissionais da rede básica para o acompanhamento clínico destas doenças” (BRASIL, 2002).

Os ACS, por sua vez, informaram que, quando têm dúvidas, recorrem às enfermeiras das unidades para esclarecimentos. Segundo eles, nos momentos em que foram realizadas ações de educação em saúde, alimentação e nutrição para os beneficiários, também participavam, o que lhes possibilitou o aprendizado de diversos assuntos. Com relação à falta de treinamento desses profissionais da saúde, Samudio e colaboradores (2017) afirmam que é comum que não haja treinamentos e que, quando há, eles ocorrem no modelo técnico-científico, afastando esse profissional da realidade em que está inserido – a comunidade – e usando-o como um simples canal de transmissão de informações aos pacientes. Quando questionados, todos os entrevistados afirmaram que treinamentos e ações de educação em saúde, bem como as de educação alimentar e nutricional, são importantes para todos os envolvidos com o programa, tanto gestores quanto beneficiários.

A gestão do Hiperdia é outra categoria criada a partir das entrevistas e demonstra a forma como o Programa é concebido e implementado no município. No caso do município analisado, a entrega de medicamentos ocorre no primeiro dia útil do mês em todas as unidades de saúde e nos três primeiros dias úteis do mês na unidade central (NIS I). Estão envolvidos na entrega as enfermeiras e os ACS, as quais se revezam na unidade do centro, pois esta não conta com agentes comunitários de saúde. Os ACS são encarregados de separar os medicamentos nos dias anteriores e fazer o registro da entrega no sistema. A entrega costuma ser feita pelas enfermeiras, sendo que, em alguns momentos, os ACS também a realizam.

Percebe-se que os agentes de saúde ganham um papel mais técnico nessa gestão, ficando preteridos em funções mais burocráticas e não sendo vistos como profissionais da saúde. Apenas em 2023 foi sancionado, pelo Presidente da República, o Projeto de Lei nº 1.802, de 2019, que passa a considerar os ACS como profissionais da saúde. Destarte, este é um ponto que seria interessante rever na gestão do Hiperdia, haja vista que os ACS são o principal elo entre a equipe médica e de enfermagem e os pacientes, podendo ser inseridos em processos diversos de educação em saúde, alimentar e nutricional junto ao público (AMARAL, 2014).

Outra ação relatada pelos ACS é o auxílio na organização dos medicamentos. A ACS 5 relata suas funções destacando que

Até na orientação, quando tem uma palestra, alguma coisa no dia, a gente entrega o papel, o convite. E até na casa, né? Auxiliar, separando a medicação, orientando. Porque muitos têm dúvidas... quando muda o laboratório, eles já ficam na dúvida com o medicamento. A gente vai lá e separa a medicação, mostra qual que é, quantas vezes ao dia. E, às vezes, eles separam por tipo, né? E muda a cor...”

A qualificação adequada e permanente dos ACS é essencial para garantir que eles possam desempenhar seu papel de forma eficaz, melhorando a saúde da comunidade e contribuindo para a efetividade da APS. Além disso, a formação contínua permite que eles se adaptem a mudanças nas políticas de saúde e novas abordagens de cuidados de saúde, garantindo que ofereçam os melhores serviços possíveis à comunidade (SAMUDIO e col., 2017). É fundamental investir em programas de capacitação e na garantia da excelência no desempenho de suas tarefas, incluindo a promoção de discussões em equipe. Isso permite que enfrentem os desafios com confiança e assumam responsabilidades tanto em relação ao SUS quanto à APS.

Entre os gestores, outra categoria analisada é a concepção que eles têm sobre o Programa Hiperdia e seus objetivos, sendo este um dos pontos com mais contradições nas entrevistas. Enquanto a maioria dos ACS afirma que o objetivo é facilitar o acesso aos medicamentos, alguns trazem os demais objetivos do programa e se demonstram preocupados com o não cumprimento deles em sua totalidade. Com relação a isso a ACS 1 diz que o objetivo do Programa é “[...] tentar [...] abranger o maior número de pacientes possível para a entrega dos medicamentos, para não deixar ninguém desassistido”. Já a ACS 3 lembra que “[...] uma vez, logo que começou, tinha umas palestras, umas reuniões, umas coisas assim. [...] tinha, eu lembro, quando eu comecei. Agora não tem mais. Eu acho que seria interessante se tivesse, né, uma vez por mês também.”

Quando questionados sobre a oferta de ações de educação em saúde aos beneficiários, eles mencionaram ações realizadas no passado, pois no momento nenhuma unidade tem ações sistematizadas e organizadas nesse sentido. Segundo os relatos, as ações do Hiperdia se restringem à entrega dos medicamentos, momento em que são tiradas pequenas dúvidas e feitos alguns comentários sobre controle da pressão e da glicemia, bem como sobre alimentação e atividade física. Apesar disso, ações como as relatadas anteriormente são constantemente realizadas. Sobre essas ações A ACS 8 afirma que

Olha, seria importante, porque a maioria dos hipertensos que a gente pega... [...] a gente pega muito hipertenso que faz dez anos que toma a mesma medicação, aí a pressão está totalmente desregulada. Eles têm uma... hipertenso e diabético pior ainda, né?! Eles têm uma alimentação totalmente desregrada, eles não têm noção do que que eles... tipo "ah, por que que eu não posso comer tanto sal? Por que que eu tenho que controlar a minha alimentação? Por que que eu tenho que tomar mais água?"

Ao ser questionado sobre a importância dessas ações, o Gestor 2 afirmou o seguinte:



Ah, é muito importante, acredito eu. Porque a questão da prevenção é importante, é melhor prevenir do que remediar. Então a gente vem trabalhando... até por isso a gente se preocupa com o hiperdia, né?! Fornece a medicação de forma gratuita. A prefeitura fez esse programa para não deixar aquele paciente descompensar, principalmente para não ter crise de hipertensão e crise de insulina.

Apesar de identificar a importância e até mencionar a questão da prevenção, na prática nada está sendo realizado com os beneficiários de maneira orientada e coletiva, apenas as orientações individuais exemplificadas anteriormente. Além disso, a fala do Gestor 2 dá a entender que a Prefeitura criou o Programa Hiperdia, quando, na verdade, ele é um programa federal ao qual as Prefeituras são obrigadas a aderir, a partir do que determina o Programa Previne Brasil.

Ao ser questionado sobre ações futuras, o mesmo gestor afirmou que “a gente quer enfatizar aquela questão da prevenção, né?! De orientações, de palestras, nessa questão aí que a gente tem que enfatizar um pouco mais ainda, eu acredito” ao passo que a entrevistadora buscou esclarecer se “de imediato não tem nada?”, e teve como resposta “de imediato, não.”, evidenciando uma grande contradição entre o que se espera do Programa e dos seus objetivos e aquilo que está sendo feito realmente. Infere-se que uma das causas dessa ausência de ações é a Covid-19, ainda considerada uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde e que restringe a aglomeração de pessoas, em especial aquelas dos grupos considerados de risco.

Considerando as ações realizadas em anos anteriores, os gestores relataram baixa participação dos beneficiários, o que motivou a redução e até mesmo a cessação dos eventos. Como fatores que explicam essa baixa adesão eles mencionaram que a maioria é idoso, mora longe do centro, não tem como se deslocar e o fato de alguns estarem trabalhando no dia a horário em que a ação era realizada. Sobre isso A ACS 8 afirma que

Eu acho que um pouco é falta conhecimento, porque eles acham que para eles mudarem a alimentação deles tem que comprar coisa muito cara para eles. Vão ter que gastar muito. Quando a gente fala vai e fala "ah, mas tem que aumentar o consumo de água" "Ah, mas eu bebo água", aí a gente fala "Mas você bebe quanto de água?" "Eu bebo duas térmicas de chimarrão" (risos). Aí a gente fala "não, mas não é né". Então eu acho que um pouco é isso. Eles não têm muita... não sei se não tem vontade também, não tem muita noção de que a alimentação deles pode ser básica, que eles conseguem só com os alimentos que eles têm em casa [...]

A ACS 6 chama a atenção para outro ponto importante, que pode explicar a baixa adesão dos beneficiários às ações de educação em saúde realizadas, ela afirma que

[...] os meus da minha área, como eles são da L. J., L. S., é muito longe. Geralmente os horários que pega é um horário de sol e geralmente são diabéticos, hipertensos, pega sol, passa mal, entendeu? Então, e geralmente eles não têm condução. Então no meu caso da minha área a distância... principalmente a distância.

Nas entrevistas foram mencionados muitos fatores comportamentais, como teimosia, desconhecimento e senso comum, bem como a pouca importância que eles dão aos cuidados, devido principalmente ao processo silencioso de instalação dessas condições de saúde, assim como dos seus agravos. Na maioria das vezes percebe-se uma culpabilização do paciente, atribuindo apenas a eles a responsabilidade pela baixa adesão às ações. Estas são questões que merecem um aprofundamento, o qual será realizado mais adiante, ao contrastar estas respostas com as dadas pelos beneficiários sobre os motivos pelos quais não comparecem às ações organizadas pelos gestores.

### 3.2 Percepções dos beneficiários sobre o Programa Hiperdia e seus impactos

Foram entrevistados 22 beneficiários, caracterizados na Tabela 1. Os beneficiários entrevistados são de diferentes regiões do município e de idades variadas, haja vista que não foram elencados critérios de exclusão para este grupo.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos beneficiários do Hiperdia entrevistados – 2022/PR.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
<b>Feminino</b>	16	73
<b>Masculino</b>	6	27
<b>Faixa etária</b>		
<b>Adultos</b>	10	45
<b>Idosos</b>	12	55
<b>Escolaridade</b>		
<b>Ensino Fundamental I</b>	12	55
<b>Ensino Fundamental II</b>	8	36
<b>Ensino Médio</b>	2	9
<b>Ocupação</b>		
<b>Na ativa</b>	11	50
<b>Aposentados</b>	6	27
<b>Do lar</b>	5	23
<b>Total</b>	22	100

Fonte: a autora (2023).

Os beneficiários entrevistados são, em sua maioria, idosos (55%), do sexo feminino (73%), que não concluíram o Ensino Básico (91%) e cerca de metade deles ainda são ativos no

mercado de trabalho (50%), enquanto uma parcela menor é composta por aposentados (27%). O fato da maioria dos entrevistados ter mais do que 60 anos corrobora a visão dos gestores de que a maioria são idosos. No entanto, esse dado isolado não explica a razão de haver baixa adesão às ações de educação em saúde.

Nas entrevistas, os gestores identificam uma pequena parcela dos beneficiários como trabalhadores, o que pode não ser verdade, haja vista que a maioria dos entrevistados trabalha e isso influencia diretamente na possibilidade de participarem de ações de educação em saúde oferecidas durante o horário comercial. É importante que dados assim sejam levantados com toda a população beneficiária do Programa, para que ações mais eficientes sejam tomadas. Favaro e col. (2016) encontrou um perfil sociodemográfico semelhante em pesquisa realizada na cidade de São José do Rio Preto – SP, em 2015, indicando que 68,6% dos pacientes eram mulheres, 64,0% tinham a educação básica incompleta e 47,7% eram aposentados.

As condições de saúde dos beneficiários e o tempo de diagnóstico de HAS e DM chamam a atenção, conforme mostra a Tabela 2. Dos 22 entrevistados apenas 1 relatou não possuir nenhuma outra patologia. Contudo, como são informações autorreferidas e não confirmadas no prontuário clínico dos pacientes, existe a possibilidade de que os dados estejam sub ou superestimados.

Tabela 2. Caracterização das condições de saúde – 2022/PR

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Beneficiários com DM</b>	10	45
<b>Há 10 anos ou mais</b>	4	18
<b>Há menos de 10 anos</b>	6	27
<b>Beneficiários com HAS</b>	22	100
<b>Há 10 anos ou mais</b>	12	55
<b>Há menos de 10 anos</b>	10	45
<b>Outras doenças</b>	21	95
<b>Doenças cardiovasculares</b>	7	32
<b>Total</b>	22	100

Fonte: a autora (2023).

Todos os beneficiários entrevistados têm hipertensão arterial sistêmica, com um grande número também tendo diabetes (45%). A maioria dos casos de hipertensão existe há 10 anos ou mais, diferente do diabetes, que é relatado pela maioria como um diagnóstico mais recente, há menos de 10 anos. Além disso, a grande maioria dos beneficiários (95%) tem outras doenças além de diabetes e hipertensão, entre as quais as mais recorrentes são as doenças cardíacas (32%). É importante destacar que são doenças autorrelatadas e que não foram descritas neste trabalho como complicações decorrentes da HAS e do DM. O tempo de doença é um dado

muito relevante para a realização de ações com esse público, pois, segundo estudos, tanto a HAS quanto o DM tendem a se agravar após 10 anos de diagnóstico, ocasionando o surgimento de comorbidades, especificamente no público que não apresenta um bom controle clínico da doença (CORTEZ e col., 2015; LIMA e col., 2016).

Os dados antropométricos coletados, descritos na Tabela 3, indicam parâmetros de saúde importantes, como podemos observar:

Tabela 3. Diagnóstico nutricional e risco de doenças cardiovasculares (DCV)

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>IMC</b>		
<b>Eutrofia</b>	4	18
<b>Sobrepeso</b>	9	41
<b>Obesidade (idosos)*</b>	4	18
<b>Obesidade I</b>	3	14
<b>Obesidade III</b>	2	9
<b>Risco DCV</b>		
<b>Sem risco</b>	2	9
<b>Risco alto</b>	3	14
<b>Risco muito alto</b>	17	77
<b>Total</b>	22	100

Fonte: a autora (2023).

\*Os idosos com IMC acima da classificação de sobrepeso foram colocados nessa categoria pois não há classificação de graus de obesidade para essa faixa etária. Os que estavam em eutrofia ou sobrepeso foram contabilizados junto com os adultos.

A maioria dos beneficiários (91%) apresenta risco alto ou muito alto para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Esse dado se relaciona ao fato de que uma parcela considerável dos entrevistados apresenta excesso de peso ou obesidade (82%), com uma proporção significativa sendo classificada como obesa em diferentes graus (41%). Além disso, por terem diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, eles já se enquadram em um grupo de alto risco para doenças cardiovasculares, o que ressalta a importância de intervenções para gerenciamento do peso, melhora da saúde cardiovascular e redução desses riscos.

Um estudo de Favaro e colaboradores (2016), sugere que as ações de educação em saúde realizadas com grupos por equipe multiprofissional podem ajudar no entendimento e no controle clínico do DM e da HAS. Ao acompanhar um grupo por oito semanas os pesquisadores observaram que a pressão arterial diastólica apresentou uma diminuição estatisticamente significativa entre a quinta e a oitava sessão, houve redução dos níveis de glicose em jejum e hemoglobina glicosilada entre a primeira e a quinta sessão, sendo que a queda da hemoglobina glicosilada continuou da quinta à oitava sessão. Os indicadores antropométricos não demonstraram mudanças significativas. Em resumo, os resultados desse estudo destacam a

importância da estratégia de implementar grupos educativos, indicando um efeito benéfico no controle clínico do DM e da HAS.

Os beneficiários do Programa Hiperdia também responderam perguntas pré-definidas e a análise das suas respostas levou à criação de categorias analíticas. Entre estas é interessante destacar a que analisa seus conhecimentos sobre as condições de saúde hipertensão e diabetes. A maioria deles demonstra ter um conhecimento muito superficial sobre as doenças em si e sobre os cuidados que devem ter, sendo a redução de sal e açúcar na dieta os mais citados, mas sem profundidade e fora do contexto, considerando apenas o sal e o açúcar adicionados aos alimentos.

O Beneficiário 4, que tem DM e HAS, diz que não sabe qual tipo de diabetes tem e, quando pergunto sobre o que ele faz para manter o controle sobre as doenças, ele afirma: “olha, eu cuido um pouco da comida, mas não sei se está se dando certo ou não.”. Sobre o que faz e que ajuda ou atrapalha no controle ele afirma: “Não sei, não faço nada” e que sua condição de saúde “[...] não faz nada. Não dá dor, não exige nada.”. Ao ser questionado sobre quais cuidados tem tomado ele afirma “ah, é controlar a comida, né? É não comer as coisas gordurosas, essas coisas assim.”, afirmando em seguida que aprendeu isso com a nutricionista. Nota-se que a falta de conhecimento pode levar a uma falsa sensação de controle, pois, por serem doenças sem sintomas, o DM e a HAS podem ficar descompensadas por longos períodos sem que o paciente perceba. Destaca-se, assim, a importância do monitoramento frequente e do acompanhamento clínico desse público.

Os conhecimentos que eles demonstraram ter através das respostas dadas vêm, sobretudo, dos profissionais de saúde, geralmente o médico que fez o diagnóstico ou com o qual eles fazem acompanhamento. As respostas dadas por eles são bem generalistas, como é o caso da Beneficiária 22 que afirmou “cada pouco eu ia no médico, por causa da pressão, né? Ele ia falando, tira o sal, tira o sal. E eu fui tirando.”. Outros relatam que aprenderam cuidando de familiares que tinham as mesmas condições de saúde ou então por conta própria, como o Beneficiário 1, o qual afirmou que “A gente por si mesmo vai tomando e vê o resultado...”.

A partir dessas falas podemos levantar dois pontos interessantes: o primeiro é a confiança que os pacientes têm na equipe médica e a tendência que a maioria das pessoas têm de registrar o que eles dizem, apesar de terem dificuldade para incorporar as mudanças no dia a dia. Percebe-se, assim, a importância desses profissionais estarem sempre se atualizando com relação a tratamentos e inovações científicas sobre DM e HAS. O segundo ponto é a ausência de orientações que forneçam conhecimentos e subsídios para um bom manejo dessas doenças aos pacientes, para além das consultas médicas. Como a maioria passa por consulta médica

poucas vezes ao ano, ações mais descentralizadas seriam de suma importância (FAVARO e col., 2016).

Diante do questionamento sobre o que faz para controlar o diabetes e a hipertensão a Beneficiária 6 diz que “É meio difícil, porque muitas vezes a gente faz um chá caseiro e... assim... pode...” e o que mais atrapalha, segundo ela, é “Quando eu me irrita. Fico preocupada.”. Sobre os cuidados com a alimentação ela diz que para o controle da hipertensão ela usa “menos sal” e que

Para controlar a diabetes, por exemplo, como dizem, a gente não pode misturar as comidas. Então, a gente tem que... vamos supor, hoje eu vou pôr feijão, é feijão, arroz, carne e salada. Outro dia você põe mandioca, é feijão, mandioca, carne e salada. É mais ou menos assim, sabe? Não misturar.”

Essa mesma beneficiária explica como aprendeu sobre alimentação: “A gente escuta na televisão, daqui e dali. E depois a gente se trata bem. Sempre um fala, sempre um outro fala”. É notável nessas falas a ausência de referências de profissionais da saúde para esse público, em especial do profissional nutricionista. Essa dificuldade dos beneficiários em ter conhecimento sobre suas condições de saúde e de tomar decisões mais acertadas com base em estratégias nutricionais, por exemplo, parece ser comum no Programa. Feitosa e Pimentel (2016) perceberam a falta de autonomia dos pacientes do Hiperdia atendidos em Belém, Pará. Segundo os pesquisadores isso acontece, possivelmente, porque a educação em saúde é realizada a partir da lógica biomédica, eles destacam também que é preciso superar essa lógica, com um atendimento mais humanizado, para que os princípios de integralidade e interdisciplinaridade sejam efetivados.

Em relação aos grupos do Hiperdia e às ações de educação em saúde, os beneficiários relatam pouca participação. Ao serem questionados, a grande maioria disse nunca ter participado das ações e entre os motivos estão a distância, o horário (muito calor, não tem quem leve) e a suposta correria do dia a dia, corroborando o que foi elencado pelos gestores. Ao falar sobre suas expectativas para ações futuras, grande parte não soube o que dizer e alguns sugeriram atividades em grupos, como a Beneficiária 14 que afirma “Eu gosto de palestras, de grupos... nós temos lá o grupo Gamar, lá na Casa do Amizade, eu frequento lá, né? Tem o de ginástica aqui do lago, todas as terças-feiras.” A Beneficiária 12 também sugere práticas de atividade física em grupo, dizendo que “Se tivesse um exercício... Se exercitar, é muito bom, né? Eu até me exercito em casa [...] mas eu sou muito preguiçosa e não tem companhia, né?!”. A falta de companhia para prática de atividades físicas é citada por outros beneficiários e atividades em grupo nesse sentido parecem ter uma boa aceitação entre eles. O desenvolvimento

de atividades em grupo foi tema de pesquisa de Melo e Campos (2014) e os autores concluíram que os grupos são locais importantes para a construção e sentidos e significados pelos participantes sobre sua condição de saúde.

Além disso, muitos destacaram a necessidade de as ações serem em locais mais próximos de sua residência, corroborando os pontos levantados anteriormente pela ACS 6. Sobre isso, a Beneficiária 8 diz que “Eu, quando for no lugar que eu posso ir, eu participo. Mas se é onde é longe, eu não posso participar, porque eu não posso andar. Depende quem me leva, né?”. Nesse sentido, ações descentralizadas podem ser uma solução à baixa adesão identificada pelos gestores. Contudo, é necessário que haja um levantamento dos motivos pelos quais os demais beneficiários do Programa não aderem às ações de educação em saúde realizada.

É possível inferir que a forma como as ações estavam sendo executadas não fossem atrativas para este público, talvez por serem verticalizadas demais ou então com temas que não faziam sentido para eles ou, ainda, por serem palestras conduzidas por profissionais muito focados numa prática biomédica, de responsabilização exclusiva dos pacientes pela sua condição de saúde, quase uma culpabilização da vítima. Isso acontece porque as ações de educação em saúde têm seguido, ainda, um modelo criticado por Freire (1982) conhecido como educação bancária, na qual um indivíduo, portador de um certo conhecimento, o deposita em outro indivíduo, como se isso bastasse para que este último se apropriasse do conhecimento e o colocasse em prática.

Braga (2006) propõe uma abordagem preventiva como uma necessária opção ao modelo clínico centrado na cura, vigente até hoje. O autor defende que, nesse sentido, uma abordagem multiprofissional parece ser muito interessante e que o Programa Hiperdia pode ser um espaço propício para isso, pois permite a participação ativa de todos os membros da equipe de saúde do PSF no processo de educação preventiva em saúde. Cruz e colaboradores (2018) descrevem a experiência de um grupo comunitário focado na promoção da saúde para pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) na atenção básica. Utilizando a abordagem de Educação Popular, o estudo observou a transformação desse grupo de um ambiente centrado em medicamentos e medições em um espaço de convivência e discussões sobre qualidade de vida. A Educação Popular desempenhou um papel crucial, promovendo cuidados integrais e incentivando o diálogo, a valorização das histórias de vida e a inclusão das iniciativas dos usuários nas ações de saúde.

Em um estudo conduzido por Macêdo (2017), que incluiu 220 pacientes com diabetes tipo 2, com idades variando de 30 a 80 anos, a pesquisadora avaliou a eficácia da educação em grupo no contexto das práticas de autocuidado e na melhoria do controle dos níveis de glicose

no sangue. Os resultados dessa pesquisa conduzida por Macêdo indicaram que a abordagem educativa teve resultados positivos. Foi comprovado que, nos casos em que os indivíduos com diabetes tipo 2 adotaram práticas de autocuidado, como manter uma dieta saudável e se envolver em atividades físicas, houve melhorias visíveis em sua condição clínica. Além disso, o estudo destacou que os sujeitos que participaram de atividades em grupo alcançaram resultados ainda mais promissores, evidenciando a importância da motivação no processo.

A prática alimentar é um assunto que gerou contradições durante as entrevistas. Ao serem questionados se fizeram mudanças na alimentação após o diagnóstico de DM e/ou HAS eles afirmam que sim, mas muitas vezes não conseguem exemplificar que mudanças foram essas e, a maioria, afirma que reduziu o sal, no caso de pacientes com HAS e o doce, no caso de pacientes com DM. O Beneficiário 22 diz que sua alimentação é “tudo integral e longe do doce”, já a Beneficiária 12 afirma que “a [...] comida era bem salgadinha, né? Baixei bastante o sal, né?”. Em nenhuma das falas foi possível perceber o conhecimento sobre estratégias nutricionais para o controle clínico do DM e da HAS, tais como combinações entre diferentes grupos alimentares, horário das refeições, ordem de consumo dos alimentos, priorização de alimentos in natura ou minimamente processados, conforme preconizado no Guia Alimentar (2014), entre outras.

O Gestor 6 levanta pontos muito relevantes com relação às práticas alimentares dos beneficiários do Hiperdia e da população em geral, afirmando que

Hoje, a gente aqui no Brasil, a gente sofre muito, porque como é que eu vou pedir pra um paciente, que ganha mil reais, sei lá, mil reais por mês, comer 3 a 5 porções de fruta por dia, comer 3 a 5 porções de vegetais por dia [...] nem a banana, não tem mais preço de banana. [...] Também, com certeza, é falta de vontade, às vezes, de algumas pessoas, que vai pelo mais fácil, falta de tempo, aí come um lanche, come não sei o que...

A ideia de que uma alimentação saudável é mais cara ainda está muito presente e, por vezes, se confirma nos preços exibidos nas gôndolas do mercado. Contudo, cabe aos profissionais da saúde, em especial da área da nutrição, promover ações de educação alimentar e nutricional (EAN) a fim de possibilitar aos pacientes autonomia na tomada de decisões sobre a sua alimentação (BRASIL, 2012). Muitas iniciativas por parte dos gestores são possíveis nesse sentido, em especial aquelas intersetoriais, como a organização de hortas comunitárias, o incentivo ao consumo de produtos da Feira do Produtor Rural do município, estratégias de dietas saudáveis a partir dos produtos da cesta básica recebida por alguns beneficiários, entre outras. Apesar dos avanços na humanização do trabalho do profissional da saúde, ainda é muito



forte a ideia de que a responsabilidade pela doença é unicamente do paciente e que a parte que cabe aos gestores é apenas orientar, informar e fornecer o medicamento (CRUZ e col., 2018).

Com relação à prática de atividades físicas apenas uma minoria dos beneficiários relatou praticar e os motivos que os impedem são falta de tempo, dificuldades de locomoção, dores, entre outros. Entre os que relatam a prática, muitos não parecem ter uma rotina, nem compreendem bem a importância da atividade física para o controle clínico do DM e da HAS. A Beneficiária 3 diz que “às vezes eu vou caminhar, às vezes faço em casa alguma ginástica [...] De vez em quando, às vezes.”. A existência de espaços como esse mencionado pela beneficiária é fundamental para que a população pratique atividades físicas e cabe à administração pública a sua criação e manutenção, bem como a disponibilidade de profissionais aptos a realizar orientações e supervisão. O Gestor 1 menciona que essa é uma proposta em estudo pela administração municipal.

Tem um programa agora, que é de atividade física. A gente aderiu. Na verdade, bastante municípios aqui da oitava aderiram ao programa. Então está para ser implantado agora, que vai ter um educador físico vinte horas na semana para ofertar atividade física para esse público.

Em síntese, as barreiras enfrentadas pelos beneficiários em relação à prática de atividades físicas refletem a necessidade de ações que promovam o acesso a espaços apropriados. Nesse sentido, a iniciativa da administração municipal de implementar um programa de atividade física com educadores físicos representa um passo promissor na direção de fomentar hábitos mais saudáveis e empoderar a população na gestão do DM e da HAS. Essa abordagem multifacetada, que inclui educação em saúde, alimentação e nutrição, atividades físicas e atenção integral, pode contribuir para um maior controle das condições crônicas e uma melhor qualidade de vida para os beneficiários.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A questão central que permeou a pesquisa foi a avaliação sobre como a forma de aplicação do programa pode gerar impactos variados sobre os participantes, com foco nas possíveis falhas na implementação que podem resultar em déficits de conhecimento, dificuldades no controle das condições crônicas e, eventualmente, no surgimento de complicações. A metodologia de análise de conteúdo aplicada às entrevistas realizadas com gestores, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e beneficiários do programa permitiu uma compreensão mais profunda das percepções e experiências desses grupos. A partir delas pode-se entender diversos pontos, como os conhecimentos de gestores e beneficiários sobre o

Programa, o papel dos ACS na promoção da educação em saúde dentro do Hiperdia, as dificuldades que levam os pacientes a terem uma baixa adesão a ações desenvolvidas, bem como suas expectativas sobre ações futuras.

Em relação à implementação do Programa Hiperdia, a pesquisa identificou áreas de êxito e desafios. Observou-se que a busca e o cadastro de pacientes hipertensos e diabéticos é eficaz no município, assim como a distribuição de medicamentos. No entanto, as ações de educação em saúde e nutrição não tem tido a oferta e a adesão esperada. Pode-se inferir que o modelo de Educação em Saúde e Educação Alimentar e Nutricional (EAN) utilizado não é eficaz, uma vez que coloca o conhecimento em uma hierarquia – do profissional para o paciente –, resultando em uma separação entre teoria e prática, assim como entre os pacientes e os profissionais de saúde. Abordagens mais horizontais, que valorizem os conhecimentos dos próprios pacientes e respeitem sua autonomia, têm maior probabilidade de conquistar adesão e apresentar resultados mais positivos.

Além das ações em grupos, já comprovadamente eficientes, é importante que se pense em formas de facilitar o acesso à informação para aqueles que não têm condições de participar destes momentos nem estão em casa para receber o ACS. Estratégias como canais de comunicação abertos, que facilitem o esclarecimento de dúvidas, são uma possibilidade. Esses canais poderiam ampliar a autonomia dos sujeitos no seu dia a dia, sem que tenham que esperar as consultas ou as visitas do ACS para obter as informações e tomar decisões com relação ao seu tratamento. Nesses canais, que poderiam ser automatizados, é fundamental que as informações tenham embasamento científico atualizado, se sobrepondo às do senso comum disseminadas por mídias sociais/televisivas.

Por fim, equipes de saúde bem treinadas e com ações alinhadas a partir de uma política de cuidado humanizado são indispensáveis para que mudanças aconteçam. Isso permitiria que o Programa tivesse um alcance maior do que a pura e simples distribuição de medicamentos, a qual produz uma população cada vez mais medicalizada e com pouco conhecimento sobre suas condições de saúde e doença. As estratégias da Saúde da Família são essenciais nesse sentido, pois aproximam os profissionais de saúde da população, tendo no ACS o elo principal dessa relação. As equipes multiprofissionais, eMulti (Brasil, 2023), são também de extrema importância, pois poderiam realizar ações mais assertivas na resolução dos problemas da população, em especial do público da pesquisa.

Esta pesquisa buscou contribuir para o entendimento da implementação local do Programa Hiperdia e sua influência na promoção da saúde e no empoderamento dos indivíduos com hipertensão e diabetes em um município do Sudoeste do Paraná. Contudo, mais estudos

são necessários para que se compreenda melhor o público do Hiperdia, não só desse local como de outros, haja vista as especificidades e as diferentes formas de gestão aplicadas. Além disso, é necessário que os gestores estejam sempre dispostos a repensar suas práticas a fim de propor ações mais eficientes para a população.

## 5 REFERÊNCIAS

AMARAL, Maria Carmélia Sales do; PONTES, Andrezza Graziella Veríssimo; SILVA, Jennifer do Vale. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1547-1558, 2014.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa - PT, 1977.

BRAGA, Eduardo Resende. Reflexão da ação multiprofissional no hiperdia: saúde bucal, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Trabalho de conclusão de Curso (TCC) **Especialização em Saúde da Família**, Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Universidade de Uberaba, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: MDS; 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 16, de 03/01/2002: Cria o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União**, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 371, de 04/03/2002: Cria o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União**, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023**. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22/05/2023: Institui, define e cria incentivo financeiro federal para as eMulti. **Diário Oficial da União**, 2023.

BREZOLIN, Crísthian Antônio e col. O Cuidado com a Vida num Grupo Educativo de Pessoas Hipertensas e Diabéticas. **Revista Contexto & Saúde**, v. 20, n. 40, p. 130-138, 2020.

CORTEZ, Daniel Nogueira e col. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 250-255, 2015.

CRUZ, Pedro e col. Educação popular como orientadora de grupos de promoção à saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na Atenção Básica: caminhos e aprendizados com base em uma experiência. **Revista de APS**, v. 21, n. 3, 2018.

D'ESPÍNDULA, Thereza Salomé; FRANÇA, Beatriz Helena Sottile. Aspectos éticos e bioéticos na entrevista em pesquisa: impacto na subjetividade. **Revista Bioética**, v. 24, n. 3, p. 495-502, 2016.

DOS SANTOS, Thalita Araújo e col. Therapeutic Group of The Elderly: Knowledge About Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension. **Journal of Health Sciences**, v. 22, n. 3, p. 243-247, 2021.

FALKENBERG, Mirian Benites e col. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FAVARO, Danielli Teixeira Lima e col. Impact of educational group strategy to improve clinical and glycemc parameters in individuals with diabetes and hypertension. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 34, n. 2, p. 314-321, 2016.

FEITOSA, Isabella de Oliveira; PIMENTEL, Adelma. HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. **Revista do NUFEN**, v. 8, n. 1, p. 13-30, 2016.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª Edição. São Paulo: Paz e Terra; 1987.

LIMA, Daniele Braz da Silva e col. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

MACÊDO, Maísa Mara Lopes. Avaliação da educação em grupo de diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico randomizado. **Dissertação de Mestrado em Enfermagem**. Belo Horizonte; s.n; 2017. 114 p.

MELO, Lucas Pereira de; CAMPOS, Edemilson Antunes de. A. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 980-987, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes e col. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v. 44, e32, 2020.

PATIAS, Naiana Dapieve; HOHENDORFF, Jean Von. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicologia em estudo**, v. 24, 2019.

# ANEXO 1 – ATA DE APRESENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS REALEZA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO – BACHARELADO  
Avenida Edmundo Gaievski, 1000, Bairro Universitário, Realeza-PR, CEP 85770-000, 46 3543-8339  
nutricao.re@uffs.edu.br, www.uffs.edu.br

## ATA DA APRESENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

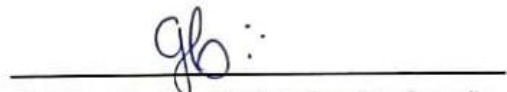
Aos doze dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte três, às oito horas no auditório do prédio A, realizou-se a apresentação, de forma presencial, do Trabalho de Conclusão de Curso "O PROGRAMA HIPERDIA EM UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE DO PARANÁ, CONCEPÇÃO DOS GESTORES E PERCEPÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS", da acadêmica Neli Gehlen Motta. A Comissão examinadora esteve constituída pelos professores: Profa. Dra. Rozane Marcia Triches, Nutricionista Me. Graciela Caroline Gregolin Profa. Dra. Flavia Pascoal Ramos. Após a exposição do trabalho pela acadêmica e feitas as devidas arguições, o trabalho de conclusão de curso foi considerado APROVADA. Ficando a Média Final = NOVE E OITO (9,8). Ressalta-se que a acadêmica deverá proceder em tempo hábil os ajustes e correções sugeridas pela banca examinadora, estando a nota final condicionada às correções.

Ocorrências:

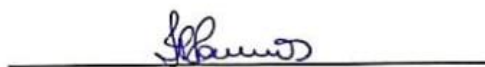
E, para constar, eu, Rozane Marcia Triches professora orientadora do trabalho, lavrei a presente ata que será assinada por mim e pelos demais membros da banca.



Prof. Dra. Rozane Marcia Triches.  
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS  
Campus de Realeza



Nutricionista Me. Graciela Caroline Gregolin  
Centro Universitário de Pato Branco – UNIDEP



Prof. Dra. Flavia Pascoal Ramos  
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS  
Campus de Realeza