

## Concepção dos gestores e percepções dos beneficiários do Programa Hiperdia em um município paranaense

Neli Gehlen Motta<sup>1</sup>  
Rozane Marcia Triches<sup>2</sup>

**Resumo:** Este trabalho buscou analisar o Programa Hiperdia em um município do Sudoeste do Paraná, identificando as concepções dos gestores e as percepções dos beneficiários. A pesquisa, de campo exploratória e qualitativa, utilizou entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo, além de coleta e análise de dados antropométricos (peso, estatura, índice de massa corporal e circunferência da cintura). Participaram 36 sujeitos, sendo 14 gestores (inclui 8 agentes comunitários de saúde) e 22 beneficiários. A amostra de beneficiários, majoritariamente idosa, feminina e com ensino básico incompleto, apresentou alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e, em menor proporção, diabetes mellitus (DM), além de excesso de peso/obesidade e alto risco cardiovascular. O conhecimento dos beneficiários sobre as doenças (HAS e DM) e os cuidados é superficial, principalmente em relação à dieta, limitando-se à redução de sal e açúcar. Os resultados indicam gestão eficiente no rastreio e cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos, bem como na distribuição de medicamentos, mas conhecimento limitado dos gestores em relação a outras responsabilidades do programa. As ações de educação em saúde e a educação alimentar e nutricional (EAN) 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. Abordagens mais horizontais e formas de comunicação e informação mais eficazes devem ser consideradas para que o Programa seja mais efetivo, o que inclui a implantação de ações de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, visando à melhoria do controle clínico das doenças HAS e DM.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Diabetes Mellitus, Educação Alimentar e Nutricional, Educação em Saúde, Políticas de Saúde.

## Managers' conception and beneficiaries' perceptions of the Hiperdia Program in a municipality in Paraná

**Abstract:** This study aimed to analyze the Hiperdia Program in a municipality in the Southwest of Paraná, identifying the conceptions of managers and the perceptions of beneficiaries. The exploratory and qualitative field research used semi-structured interviews and content analysis, in addition to the collection and analysis of anthropometric data (weight, height, body mass index and waist circumference). Thirty-six subjects participated, 14 managers (including 8 community health agents) and 22 beneficiaries. The sample of beneficiaries, mostly elderly, female and with incomplete basic education, presented a high prevalence of systemic arterial hypertension (SAH) and, to a lesser extent, diabetes mellitus (DM), in addition to overweight/obesity and high cardiovascular risk. The knowledge of beneficiaries about the diseases (SAH and DM) and care is superficial, mainly in relation to diet, limited to reducing salt and sugar. The results indicate efficient management in the tracking and registration of hypertensive and diabetic patients, as well as in the distribution of medications, but limited knowledge of the managers regarding other responsibilities of the program. Health education and food and nutrition education (EAN) actions are ineffective, with low adherence and very verticalized strategies, which hinder patient autonomy, decision-making and knowledge about their own treatment. More horizontal approaches and more effective forms of communication and information should be considered for the Program to be more effective, which includes the implementation of actions to promote healthy habits and lifestyles, aiming at improving the clinical control of hypertension and DM.

**Keywords:** Hypertension; Diabetes Mellitus, Food and Nutrition Education, Health Education, Health Policy.

<sup>1</sup> Mestre em História. Graduada em Nutrição e História. Secretaria Estadual de Educação do Estado do Paraná.  
E-mail: [nellingm@gmail.com](mailto:nellingm@gmail.com) Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-1437-7708>

<sup>2</sup> Profa. Dra. do curso de graduação em Nutrição e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Agroecologia e Desenvolvimento Rural Sustentável da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS.  
E-mail: [rozane.triches@gmail.com](mailto:rozane.triches@gmail.com) Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4460-4821>

## Concepción de gestores y percepciones de beneficiarios del Programa Hiperdia en un municipio de Paraná

**Resumen:** Este trabajo buscó analizar el Programa Hiperdia en un municipio del Suroeste de Paraná, identificando las concepciones de los gestores y las percepciones de los beneficiarios. La investigación de campo, de carácter exploratorio y cualitativo, utilizó entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido, además de la recolección y análisis de datos antropométricos (peso, altura, índice de masa corporal y circunferencia de la cintura). Participaron 36 sujetos, 14 gestores (incluidos 8 agentes comunitarios de salud) y 22 beneficiarios. La muestra de beneficiarios, en su mayoría adultos mayores, de sexo femenino y con educación básica incompleta, presentó alta prevalencia de hipertensión arterial sistémica (HAS) y, en menor medida, diabetes mellitus (DM), además de sobrepeso/obesidad y alto riesgo cardiovascular. El conocimiento de los beneficiarios sobre las enfermedades (HTA y DM) y los cuidados es superficial, especialmente en relación a la dieta, limitándose a la reducción de sal y azúcar. Los resultados indican una gestión eficiente en el seguimiento y registro de pacientes hipertensos y diabéticos, así como en la distribución de medicamentos, pero un conocimiento limitado de los gestores respecto a otras responsabilidades del programa. Las acciones de educación para la salud y educación alimentaria y nutricional (EAN) son poco efectivas, con baja adherencia y estrategias muy verticalizadas, que dificultan la autonomía de los pacientes, la toma de decisiones y el conocimiento sobre su propio tratamiento. Para que el Programa sea más efectivo, se deben considerar enfoques más horizontales y formas de comunicación e información más efectivas, lo que incluye la implementación de acciones de promoción de hábitos y estilos de vida saludables, visando mejorar el control clínico de la hipertensión y la DM.

**Palabras clave:** Hipertensión, Diabetes Mellitus, Educación Alimentaria y Nutricional, Educación en Salud, Política de Salud.

### 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 doenças 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 *et al.*, 2020). Com o propósito de melhorar o atendimento a este público e reduzir os custos, o Ministério da Saúde aprovou em 03 de janeiro de 2002 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, por meio da Portaria nº 16/GM (Brasil, 2002a). Para operacionalizar este plano, foi instituído em 04 de março o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, com a Portaria nº 371/2002-GM (Brasil, 2002b).

Por meio da Portaria nº 371/2002-GM 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 HAS e DM 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, 2002b).

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 HAS e DM, 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, 2002b).

Verificar como o Programa Hiperdia está sendo aplicado e qual está sendo seu impacto junto aos beneficiários são objetivos descritos na portaria que o institui. 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, 2002b; Falkenberg *et al.*, 2013; Cortez *et al.*, 2015; Lima *et al.*, 2016).

A temática central deste trabalho é a implementação do Programa Hiperdia como um espaço de promoção de ações de educação em saúde para hipertensos e diabéticos em um município do Sudoeste do Paraná. A pergunta de pesquisa que norteia este estudo é: de que maneira o Programa Hiperdia tem sido implementado e quais as concepções dos gestores e as percepções dos beneficiários sobre o mesmo? Pressupõe-se que diferentes abordagens na aplicação do Programa Hiperdia podem gerar resultados distintos para 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 *et al.*, 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 do Programa Hiperdia em um município 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 ela se dá.

### **Procedimentos metodológicos**

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. O 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. 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.

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 gestores receberam a identificação de “Gestor 1”, “Gestor 2”, sucessivamente e, dentro deste grupo, criou-se o

subgrupo dos ACS, designados como “ACS 1”, “ACS 2”, haja vista que, apesar de se ter seguido o mesmo roteiro de entrevista, algumas particularidades foram identificadas nas entrevistas realizadas com eles. Os entrevistados que são beneficiários do programa foram designados como “Beneficiário 1”, “Beneficiário 2” e assim por diante, com numeração sequencial. Essa forma de identificação permite referenciar e acompanhar as informações coletadas de forma eficiente, assegurando a confidencialidade das respostas e facilitando a análise dos dados.

Foram realizadas 14 entrevistas com gestores e 22 com beneficiários do Programa Hiperdia por meio de roteiro semiestruturado, a qual os participantes responderam verbalmente enquanto ocorria a gravação em um aparelho de telefone móvel. As entrevistas foram transcritas e, a partir da leitura dos conjuntos de transcrições 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, por meio 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 (Fontanella, 2008; Minayo, 2010).

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, estatura e circunferência da cintura (CC). Os dados peso e estatura foram usados para calcular o índice de massa corporal - IMC ( $\text{kg/m}^2$ ). Para classificar o IMC dos adultos foram utilizados parâmetros da Organização Mundial da Saúde (1997), para os idosos os parâmetros são de Lebrão *et al.* (2003). Já o risco de doenças cardiovasculares (DCV) foi avaliado a partir das referências da Organização Mundial da Saúde (2004) considerando a CC.

Por fim, cabe destacar que este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos aprovado pelo parecer de número 5.596.561.

## Resultados e discussão

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

Foram entrevistados 14 gestores (Quadro 1) e 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 (inclui agentes comunitários de saúde - ACS) do Programa Hiperdia de um município da região Sudoeste do Paraná, Brasil.

| <b>Código</b> | <b>Sexo</b> | <b>Idade</b> | <b>Escolaridade</b>   |
|---------------|-------------|--------------|-----------------------|
| Gestor 1      | F           | 42           | 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: autores (2023).

Uma das responsabilidades dos gestores municipais do Programa 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 um período de tempo considerável sem passar por uma consulta médica na UBS, 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 feita 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, 2002b,n.p.).

Os ACS, por sua vez, informaram que não tiveram estas capacitações e, 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 *et al.* (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 UBS 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 estes profissionais. 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...(ACS5)

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 *et al.*, 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?" (ACS 8)

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. (G2)

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.

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 [...] (ACS8)

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. (ACS6)

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.

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

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

Todos os beneficiários entrevistados têm diagnóstico médico de HAS (100 %), com um grande número tendo também de DM (45%). A maioria dos casos de HAS existe há 10 anos ou mais, diferente do DM, 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 DM e HAS, 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 *et al.*, 2015; Lima *et al.*, 2016).

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

Um estudo de Favaro *et al.* (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 para HAS e DM. 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 DM tem e, quando pergunta-se sobre o que 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 por meio 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 *et al.*, 2016).

Diante do questionamento sobre o que faz para controlar o DM e a HAS 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 HAS 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.” (B6)

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 Beneficiário 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 *et al* (2018) descrevem a experiência de um grupo comunitário focado na promoção da saúde para pessoas com HAS e 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.

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 para População Brasileira (Brasil, 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... (G6)

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 o profissional nutricionista, 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 *et al.*, 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.

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.

### **Considerações Finais**

A questão central que permeou a pesquisa foi a avaliação sobre como a forma de aplicação do Programa Hiperdia 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, incluindo ACS, e com 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 beneficiários 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 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) são também de extrema importância, pois poderiam realizar ações mais assertivas na resolução dos problemas da população, em especial do público da pesquisa.

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.

## Referências

AMARAL, Maria Carmélia Sales do; PONTES, Andreza 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.

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.

BRASIL. 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, 2002a.

BRASIL. 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, 2002b.

BRASIL. 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.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BREZOLIN, Cristhian Antônio; *et al.* O cuidado com a vida num grupo educativo de pessoas hipertensas e diabéticas. **Revista Contexto & Saúde**, vol. 20, no. 40, p. 130–138, 2020. <http://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.40.130-138>.

CORTEZ, Daniel Nogueira; *et al.* Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 28, no. 3, p. 250–255, 2015. <http://doi.org/10.1590/1982-0194201500042>.

CRUZ, Pedro; *et al.* 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**, vol. 21, no. 3, 2019. <http://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16423>.

DOS SANTOS, Thalita Araújo; *et al.* Therapeutic group of the elderly: Knowledge about diabetes mellitus and arterial hypertension. **Journal of Health Sciences**, vol. 22, no. 3, p. 243–247, 2021. <http://doi.org/10.17921/2447-8938.2021v22n3p243-247>.

FALKENBERG, Mirian Benites; *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciencia & saude coletiva**, vol. 19, no. 3, p. 847–852, 2014. <http://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

FAVARO, Danielli Teixeira Lima; *et al.* Impact of educational group strategy to improve clinical and glycemic parameters in individuals with diabetes and hypertension. **Investigacion y educacion en enfermeria**, vol. 34, no. 2, p. 314–321, 2016. <http://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a11>.

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

LIMA, Daniele Braz da Silva; *et al.* Association between treatment compliance and different types of cardiovascular complications in arterial hypertension patients. **Texto & contexto enfermagem**, vol. 25, no. 3, 2016. <http://doi.org/10.1590/0104-07072016000560015>.

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. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 980-987, 2014.

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

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista panamericana de salud publica**, vol. 44, p. 1, 2020. <http://doi.org/10.26633/rpsp.2020.32>

Recebido em 26/11/25. Aprovado em 22/04/2025