



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DISCIPLINA INT 5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

ALINE CRISTINA DA ROSA  
ANDRÉ DE SOUSA HILÁRIO  
IONÁ OUTO DE SOUZA

**A REDE DE CUIDADO DAS PESSOAS COM *DIABETES MELLITUS* E/OU HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UM CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - SC**

Florianópolis - SC

2011

ALINE CRISTINA DA ROSA  
ANDRÉ DE SOUSA HILÁRIO  
IONÁ OUTO DE SOUZA

**A REDE DE CUIDADO DAS PESSOAS COM *DIABETES MELLITUS* E/OU HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UM CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - SC**

Relatório de pesquisa apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra Betina Hörner Schindwein Meirelles.

Florianópolis - SC

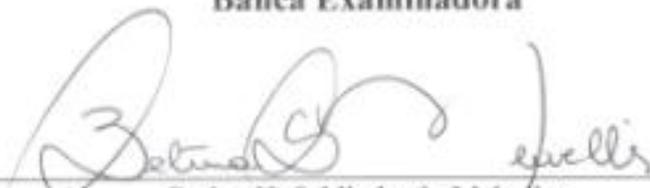
2011

ALINE CRISTINA DA ROSA  
ANDRÉ DE SOUSA HILÁRIO  
IONÁ OUTO DE SOUZA

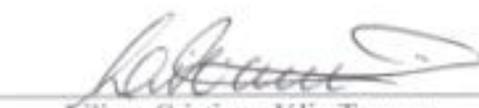
**A REDE DE CUIDADO DAS PESSOAS COM *DIABETES MELLITUS* E/OU HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UM CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - SC**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na **8ª Unidade Curricular**, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

**Banca Examinadora**

  
Betina H. Schlindwein Meirelles.

  
André de Bastiani Lancini

  
Liliam Cristiana Júlio Tonnera

Florianópolis, 07 de Julho de 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

**DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**  
**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE**  
**CONCLUSÃO DE CURSO**

**Orientadora:** Profa. Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

**Alunas:** André de Sousa Hilário, Aline Cristina da Rosa e Ioná Outo de Souza

O Trabalho de Conclusão de Curso dos alunos André de Sousa Hilário, Aline Cristina da Rosa e Ioná Outo de Souza atendeu todos os requerimentos da disciplina. A seguir destacamos as diferentes etapas de realização do trabalho, salientando os pontos fortes apresentados ao longo da construção, bem como pequenas fragilidades as quais foram superadas e serviram para o crescimento profissional das acadêmicas.

**Planejamento:** o projeto de pesquisa apresentou coerência na estrutura e no conteúdo e atendeu os requisitos necessários para a realização das ações de forma sistematizada, orientando todo o processo de pesquisa, requerendo alguns pequenos ajustes, detectados com precisão e responsabilidade pelos alunos. Foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da UFSC. Convém salientar a organização e a progressiva disciplina intelectual demonstrada pelos acadêmicos.

**Coleta dos dados:** como proposto pela disciplina, ocorreu paralelamente ao desenvolvimento das ações do Plano de Atividades do Estágio (PAE). Os alunos seguiram o rigor científico estabelecido na metodologia do projeto de pesquisa, bem como atenderam todas as questões éticas necessárias para o desenvolvimento de uma pesquisa em concomitante execução das atividades de campo, propostas no PAE. Consideramos que o aprendizado possibilitado pelas primeiras entrevistas serviu como reorientador do processo, de forma a obter as informações adequadas. Esses aspectos foram analisados criticamente pelos alunos.

**Análise dos dados:** cabe destacar a maturidade, a seriedade, a organização e o interesse pela busca de conhecimentos, demonstrado pelos acadêmicos neste processo da pesquisa e atividade de campo. A análise dos dados foi um ponto crucial da pesquisa, exigindo

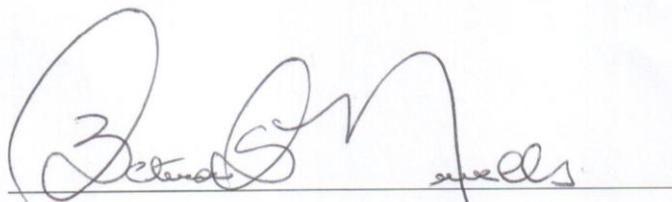
aprofundamento de conhecimentos acerca do tema pesquisado, com domínio de referenciais teóricos.

**Elaboração do artigo (TCC):** a responsabilidade com a produção científica, a postura para análise crítica, o compromisso e a disposição, foram pontos que permearam a construção do artigo/trabalho de conclusão de curso. As orientações foram prontamente atendidas e superando muitas vezes o solicitado.

O artigo/trabalho de conclusão de curso “A Rede de cuidados das pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial sistêmica em um centro de Saúde de Florianópolis-SC” constitui um trabalho acadêmico importante em relação a pertinência de sua temática. O manuscrito apresenta coerência e responde ao objetivo da pesquisa. O desenho metodológico foi pertinente e os resultados estão apresentados de forma clara havendo discussão dos achados com literatura. A conclusão destaca a importância da aplicação desta pesquisa, bem como aponta para a possibilidade de realização de outros estudos. O manuscrito está bem escrito, sendo sugerido para publicação, após a revisão e complementação das demais autoras.

Por fim, a união, o espírito crítico, o respeito e o discernimento ético foram elementos plenamente vividos pelas estudantes refletindo na construção deste artigo/trabalho de conclusão de curso.

Florianópolis, 12 de julho de 2011.



**Prof. Dra. Betina Horner Shlindwein Meirelles**  
**Orientadora**

## RESUMO

ROSA, A.C; HILÁRIO, A.S; SOUZA, I.O. **A Rede de cuidado das pessoas com *Diabetes mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica em um Centro de Saúde de Florianópolis – SC.**

Trata-se do relatório da pesquisa desenvolvida como trabalho de conclusão do curso, por acadêmicos da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina durante a disciplina Estágio Supervisionado II. O conteúdo deste relatório contém um estudo de natureza exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa com o objetivo de conhecer como se estrutura a Rede de Cuidado às Pessoas com *Diabetes mellitus* e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica em um Centro de Saúde de Florianópolis – SC. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2011 através de entrevistas semi-estruturadas, utilizando três roteiros específicos com pessoas escolhidas aleatoriamente e redes de cuidado por elas citadas. Participaram desta pesquisa dez pessoas com *Diabetes mellitus* e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica e doze pessoas que foram elencadas pelos sujeitos da pesquisa como formadores da sua rede de cuidado. Os dados foram registrados e analisados tematicamente. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob protocolo n 1870/2010, obedecendo a Resolução 196/96 e seus Complementares. A doença crônica traz incertezas, cuidados contínuos e necessidade de conhecimentos para a mudança de hábitos, que são propiciados pela rede de cuidado. A melhor compreensão do papel do enfermeiro nas atividades educativas/informativas reforçam a importância dos trabalhos em grupo, da participação da família e principalmente a compreensão do espaço social em que estes se encontram, valorizando o papel da rede nas suas variadas formas de cuidar, com a aproximação das múltiplas interconexões socioculturais que existem entre clientes, profissionais de saúde e membros da comunidade que interferem nas redes de cuidado para enfrentamento da condição crônica. Como futuros enfermeiros, podemos reconhecer a importância da ação do enfermeiro, como mediador, no estímulo e reforço para a rede de cuidado. A organização das ações em saúde respeitando o conhecimento e o contexto dos envolvidos no plano de cuidado traz uma nova perspectiva para as ações no Sistema de Saúde.

**Palavras chave:** Enfermagem. Cuidado. Doença crônica. Redes comunitárias.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de saúde

CONASS – Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais de Saúde e de Secretários Municipais de Saúde

CS – Centro de Saúde

DIP – Doenças Infecciosas Parasitárias

DM – *Diabetes mellitus*

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HGT – Hemoglicoteste

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNPS – Política Nacional da Promoção da Saúde

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

SC – Santa Catarina

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 – Pessoas com Diabetes e/ou Hipertensão e sua rede de cuidado \_\_\_\_\_ 31

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Objetivo Geral</b>	<b>11</b>
<b>1.1.1 Objetivos Específicos</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Breve Histórico da Saúde Pública no Brasil</b>	<b>19</b>
<b>2.3 Redes Sociais e Saúde</b>	<b>19</b>
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Tipo de estudo</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Local para realização do Estudo</b>	<b>23</b>
<b>3.3 Sujeitos do estudo</b>	<b>23</b>
<b>3.4 Coleta de dados</b>	<b>24</b>
<b>3.5 Análise dos dados</b>	<b>24</b>
<b>3.6 Considerações éticas</b>	<b>25</b>
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>22</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE A</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE B</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE C</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE D</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Existe uma projeção de que 366 milhões de pessoas no ano de 2030 sejam afetadas por *Diabetes mellitus* – DM. Essa estimativa foi traçada de acordo com os dados de 2002, quando a DM já afetava em torno de 171 milhões de pessoas. A prevalência passou de 2,9% para 4,4% (OMS, 2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a mortalidade específica por DM, no ano de 2000, foi de 2,9 milhões, responsável por 5,2% da mortalidade geral. Nos países mais pobres a mortalidade foi de 2-3% e nos países mais desenvolvidos, como Estados Unidos e Canadá, foi acima de 8 % (OMS, 2002).

A OMS (2002) estima que possam existir 600 milhões de pessoas no mundo com hipertensão arterial sistêmica. Somente no continente americano a doença afeta aproximadamente 140 milhões de pessoas, sendo que destas, metade desconhece ser portadora da doença, visto que ela não apresenta sintomas. E dentre as pessoas que sabem que tem hipertensão, 30% não fazem tratamento adequado por falta de recursos financeiros próprios. De acordo com a OMS (2002) a mortalidade gerada pela hipertensão, no ano de 2002, foi de 7,1 milhões, representando cerca de 13% da mortalidade total.

Nas últimas décadas, percebe-se que a humanidade vem passando por uma transição demográfica evidente. O perfil da sociedade, que até então era composta por pessoas jovens, vem modificando-se e sendo predominantemente formada por idosos. O Brasil está entre os países em que esta transição vem ocorrendo de maneira acelerada, e, acredita-se que nos próximos 20 anos este índice será ainda mais acentuado (ALVAREZ, 2009).

Nos últimos 20, anos devido ao avanço na qualidade de vida da população, verifica-se um crescimento expressivo no índice de distúrbios relacionados à idade. Tais informações fazem com que as estratégias de cuidado sejam avaliadas e repensadas, pois, o paciente que até então chegava ao centro de saúde com problemas agudos e de necessidades prementes, agora necessita de um cuidado diferenciado, contínuo e integral. Em virtude disso, observa-se que o tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, é diferente do tratamento dispensado a problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando (BRASIL, 2005).

Desta forma acredita-se que se as doenças crônicas não forem adequadamente prevenidas e gerenciadas, podem se tornar mais onerosas para o Estado. Estima-se que até o final deste ano, 10 milhões de pessoas serão portadores de Diabetes, enquanto a incidência de Hipertensão será de 17 milhões (BRASIL, 2009).

Pensando nisso no ano de 2000, uma parceria entre o Ministério da Saúde com as sociedades brasileiras de Cardiologia, Nefrologia, Hipertensão e Diabetes, secretarias estaduais e municipais de Saúde, Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Federação Nacional de pessoas com HAS e de pessoas com DM, em uma ação conjunta da União, Estados e Municípios, implantou-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes mellitus* no Brasil, o qual objetiva articular e integrar ações nos diferentes níveis de complexidade e nos setores públicos e privados para reduzir fatores de risco e a morbimortalidade por essas doenças e suas complicações, priorizando a promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce e atenção de qualidade na atenção básica (BRASIL, 2005).

Ao pensar a saúde, como um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade, esta passa a ser definida pela Organização Mundial da Saúde – OMS (BRASIL, 1999) como um bem-estar bio-psico-social. Vê-se, então, que a saúde é um campo que abrange muito mais do que apenas a ausência de doença. Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos, assim a Lei n.º 8.080, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, estabelece a abrangência do termo saúde para além do campo da medicina.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Lei n.º 8.080 apud BRASIL, 1990, p. 1).

O SUS preconiza a universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde bem como princípios que dizem respeito a sua operacionalização-descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social.

Com isso, acredita-se que para compreender adequadamente às necessidades de saúde de uma população, é necessário que haja uma aproximação das múltiplas interconexões socioculturais que existem entre os clientes, os profissionais de saúde e os membros da comunidade. Isto exige mais do que uma compreensão do desenvolvimento das patologias nas pessoas, mas compreender, além dos aspectos físicos, os aspectos comunitários, culturais, sociais e econômicos que interferem nas necessidades de cuidado para o enfrentamento da situação.

Neste sentido, faz-se necessário entender o sujeito como um todo, para elaborar um plano de cuidado individualizado ainda que seja parte de uma problemática social,

humanizado e contínuo. O Enfermeiro articula o processo através de um sistema de Rede que são Sistemas Organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos ou realizações comuns (PEREIRA, 1995).

As redes devem ser ligadas e interrelacionadas tornando-se produtivas. Através do conhecimento de como se estabelecem essas interações, levando-se em consideração as relações pessoais e a estruturação social, bem como as relações de reciprocidade, circulação de informações e prestações de serviços imediatos para a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas.

A busca pela saúde vai além do oferecido nos serviços de saúde. Envolve outras pessoas e instituições da sociedade. Tal observação suscitou-nos vários questionamentos, que ao longo deste trabalho procuramos responder, tais como: Quais são os recursos e as redes de cuidado que a pessoa com DM e/ou HAS utiliza durante o processo de saúde-doença? De que forma as pessoas buscam o cuidado/apoio nesta rede de atendimento do SUS? Como se dá a interação da enfermagem nesta rede de cuidado? Como o indivíduo realmente percebe o seu tratamento e o seu cuidado em uma instituição, num sistema que preza pela universalidade, integralidade, igualdade, e que a participação social assume relevância? Sabemos que para ter saúde e conseqüentemente assistência com qualidade é necessário que todos estes sistemas se interrelacionem como em um círculo interativo de retroalimentação em que todos os eventos de um nível influenciem as ações e os eventos de outro.

Acreditamos que, levantando-se conceitos de saúde-doença da população com DM e HAS da Agrônômica e entendendo os mecanismos da estruturação da Rede de cuidado poderemos atuar conjuntamente na tentativa promover a saúde destas pessoas, com medidas de prevenção, controle da doença e assistência integral aos indivíduos acometidos, conforme preconizado pela OMS (2003).

Desta forma, percebemos a emergente necessidade de preparar profissionais e serviços para que estes possam proporcionar um cuidado contínuo às pessoas com doenças crônicas. Para isso é fundamental que invistamos em políticas públicas adequadas que propiciem promoção da saúde, assim como, prevenção de doenças, tecnologia de assistência e cuidados para a reabilitação levando-se em consideração que a promoção dos modos de vida saudáveis e ambientes propícios podem reduzir os níveis de incapacidade associados ao envelhecimento (JUNIOR, 2008) e às complicações decorrentes das doenças crônicas, como a DM e a HAS.

A Enfermagem está em busca de sua afirmação por meio de uma atuação efetiva tendo como principal foco não a patologia, mas o indivíduo, acompanhando o seu processo saúde-doença, objetivando a promoção do bem-estar e da saúde. Esse pensamento vem

acompanhado de um caráter científico, no entanto, conservando sua essência, através do cuidado, com sensibilidade, criatividade, imaginação e habilidade que instrumentalizam a assistência de Enfermagem. (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2004; BATISTA, BARBOSA *et al*, 2004).

Diante desta exposição, elaboramos a seguinte questão de pesquisa: Como está estruturada a rede de cuidado das pessoas com *Diabetes mellitus* e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, atendidas em um Centro de Saúde, e, como a enfermagem atua neste sentido? Através de uma pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória, procuramos conhecer a estruturação e a resolutividade da Rede de Cuidado das pessoas com DM e/ou HAS compreendendo a importância das ações interligadas e interrelacionadas tornando-as produtivas e eficazes no processo de saúde-doença, reconhecendo a complexidade das necessidades de cuidado apresentadas.

Consideramos importante o desenvolvimento de pesquisas que enfoquem este tema, como neste recorte que nos propomos. Pois, acreditamos que se as pessoas com DM e HAS tiverem uma rede de cuidado estruturada e funcionante haverá uma maior adesão aos Programas, maior controle dos sinais e sintomas das doenças e prevenção das complicações delas decorrentes.

## **1.1 Objetivo Geral**

– Conhecer a Rede de Cuidado das pessoas com *Diabetes mellitus* e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, atendidas no Centro de Saúde do bairro Agrônômica, na cidade de Florianópolis - SC.

### ***1.1.1 Objetivos Específicos***

- Identificar a estruturação da rede de cuidado das pessoas com DM e/ou HAS que freqüentam o Centro de Saúde do bairro Agrônômica, cidade de Florianópolis;
- Conceituar o processo saúde-doença e seu próprio cuidar na visão das pessoas entrevistadas;
- Descrever o papel do enfermeiro/enfermagem nas interações voltadas a rede de cuidado das pessoas com DM e/ou HAS.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Breve Histórico da Saúde Pública no Brasil

Nos últimos 20 anos vários progressos vêm sendo notados no setor de saúde pública no Brasil. A luta pela reforma sanitária foi considerada um marco histórico que deu origem ao Sistema Único de Saúde – SUS, na Constituição Federal de 1988 (CARVALHO *et al*, 2009).

O Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde antes à criação do SUS, em 1988, atuavam basicamente com caráter preventista com ênfase nas doenças transmissíveis, utilizando-se de programas verticais, campanhas de vacinação e de controle de endemias rurais e urbanas. O acesso da população aos serviços médicos foi acontecendo de forma gradativa fazendo com que ela fosse dividida em três grupos: os que podiam pagar diretamente pelos serviços médicos; os trabalhadores segurados com acesso à rede de Previdência Social; e a população rural e indigente, sem qualquer direito explícito e pouco ou nenhum acesso a cuidados médicos individuais (BRASIL, 2005).

A criação de políticas públicas de saúde juntamente com a participação social na construção do sistema foram peças fundamentais para consolidar o processo de criação do SUS. Nesse sentido, o SUS, como política pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2005).

A Promoção da Saúde consolidou-se em 1986, quando foi realizada a I Conferência Internacional em Promoção da Saúde da OMS, através da carta de Ottawa, marco fundamental para a concepção em que se baseia hoje a saúde pública no cenário mundial. A conferência reconheceu como pré-requisitos fundamentais a saúde: a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, a conservação dos recursos naturais e a equidade, conferindo ao conceito uma dimensão integradora e complexa (AMORIM, 2001).

A Carta de Ottawa, elaborada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde -1986, com representantes de 38 países, definiu a promoção da saúde como:

O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo e subjacente a este conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (BUSS, 2000, p. 170)

Nesta constituição, a promoção da saúde é evidenciada como ação conjunta que envolve vários setores sociais e econômicos juntamente ao setor saúde (NEVES, 2006), definiu a saúde como “um direito de todos e um dever do estado” (BRASIL, 2005, p. 15).

O Ministério da saúde (BRASIL, 2005, p. 15) estabeleceu também as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde, entre elas:

- Universal, permitindo o acesso irrestrito a todos os brasileiros;
- Descentralizado, com ênfase à gestão municipal (local);
- Com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, permitindo mecanismos de integração e sistemas de referência;
- Integral, oferecendo todos os tipos de serviços, voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação;
- Com gestão única em cada esfera de governo e
- Com participação e controle da comunidade.

As ações de promoção à saúde envolvem atuação intersetorial pactuada, visando o desencadeamento de ações articuladas em comunidades e grupos populacionais específicos, com vistas a promover comportamentos e estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2005, p. 15).

Em 2006, o Ministério da Saúde, propôs a Política Nacional da Promoção da Saúde - PNPS, a qual visava uma gestão transversal, integrada e intersetorial entre o setor sanitário e outros setores do governo, do setor privado e da sociedade, produzindo co-responsabilidades voltadas à redução das desigualdades em saúde e à qualidade de vida tanto individual quanto coletiva (CARVALHO *et al*, 2009).

A PNPS objetiva especificamente contribuir para a mudança do modelo de atenção do sistema ampliando e qualificando as ações de promoção da saúde por meio do envolvimento das diversas instâncias gestoras do sistema e dos serviços de saúde, a fim de promover o fortalecimento das seguintes diretrizes: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, participação social, intersetorialidade, informação, sustentabilidade, educação e comunicação (BRASIL, 2005, p. 46).

As políticas públicas básicas tais como: educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho... São setoriais e desarticuladas, em resposta a uma gestão centralizadora, deixando prevalecer práticas na área social que não geram a promoção de vida. Percebe-se que cada área da política pública tem uma rede própria de instituições e/ou serviços sociais (BOURGUIGNON, 2001).

Esta prática provoca fragmentação da atenção às necessidades sociais, desacordos quanto aos objetivos e função de cada área, unidade, instituição ou serviço da rede; fortalecimento de hierarquias e poderes políticos/decisórios e fragilização do usuário (BOURGUIGNON, 2001).

A moderna gestão social do SUS pauta-se, portanto, em princípios como a descentralização, participação social e intersetorialidade.

Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2010, p. 13).

A construção de ações intersetoriais resulta na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diferentes setores envolvidos na tentativa de igualitar qualquer questão sanitária, na tentativa de produzir soluções inovadoras para a melhoria da qualidade de vida, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal ação provoca em cada setor um aumento de sua habilidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores. O compromisso do setor saúde na articulação intersetorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é causado por vários aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas (BRASIL, 2010).

A intersetorialidade em nosso país é vista como uma oportunidade de mudança do modelo assistencial vigente, assim como uma forma bastante eficaz de reorganizar a atenção à saúde. No entanto, as iniciativas são incipientes e seus principais obstáculos no nível local estão relacionados à governabilidade, ao projeto de governo e ao poder local (FERREIRA, 2000).

Considera-se a intersetorialidade um princípio que orienta as práticas de construção de redes municipais.

A Atenção Básica em Saúde caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente nesse território, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006, p. 8).

O Ministério da Saúde prioriza a Saúde da Família como a principal estratégia para a reorganização da Atenção Básica, buscando a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas identificados. A Atenção Básica atua segundo as diretrizes da integralidade da atenção em saúde, do vínculo e responsabilização, da adstrição da clientela às unidades de saúde, da participação comunitária, da humanização e promoção da saúde. Hoje, a Estratégia está implementada em 4.407 municípios (84,7 %) que dispõem de pelo menos uma equipe de saúde da família, abrangendo cerca de 40% da população do país (71.151.833 habitantes) (BRASIL, 2005).

As equipes de saúde da família potencializam a ação de saúde já que elas criam redes de cuidado e se responsabilizam por uma dada população. Elas podem agir em redes com as outras políticas intersetoriais ou atuarem por meio da referência e contra-referência (DIAS, 2003).

Através da evolução histórica do SUS é possível perceber que houve melhora, mas ainda há uma multiplicidade de desafios que precisam ser superados. Pesquisas apontam que esta multiplicidade de desafios torna-se um processo dinâmico e complexo para a saúde, cuja compreensão aponta para reflexões interdisciplinares e ações intersetoriais que pressupõem a existência de redes para uma nova racionalidade e prática (DIAS, 2003).

Segundo Dias (2003) o desenvolvimento de redes intersetoriais entre governo, entidades privadas e do terceiro setor têm sido debatidas discutidas na atual sociedade como um novo desafio para as ações de desenvolvimento social.

## **2.2 Atenção à *Diabetes mellitus* e Hipertensão Arterial e Sistêmica**

Nos últimos 20 anos ocorreu uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com avanço do número de óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis, em especial, o *Diabetes mellitus* e a Hipertensão Arterial Sistêmica, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) na década de 80 (PAIVA *et al*, 2006; BRASIL, 2005).

No Brasil, em especial, a partir das últimas décadas, tem-se observado dois processos que tem causado significativas mudanças no perfil das doenças. O primeiro, chamado transição demográfica, com expressiva queda das taxas de fecundidade, natalidade e aumento considerável na expectativa de vida, o que gerou em um aumento progressivo do número de idosos em nosso país em relação às demais faixas etárias, tendência essa que deverá se expandir nos próximos 20 anos. O segundo, chamado de transição epidemiológica, que é a mudança no perfil de morbimortalidade, decorrentes das disparidades sócio-econômicas e de acesso aos serviços de saúde, resultando em um modelo polarizado de transição (ARAÚJO, 1992).

As modificações observadas dessas doenças têm colocado constantemente novos desafios, não só para os gestores, mas também por outros setores governamentais. Doenças crônicas custam caro para o SUS, se não adequadamente prevenidas e analisadas. O enfretamento dessas novas epidemias de doenças crônicas não transmissíveis carece de

investimento em pesquisa, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável (BRASIL, 2005).

Nos dias atuais no mundo inteiro, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das doenças crônicas; apenas tratam os sintomas quando surgem (OMS, 2003).

As doenças crônicas não-transmissíveis – DCNT, especificamente o DM e HAS, por estarem associadas ao ritmo acelerado da sociedade em consequência da empregabilidade e do estresse, se destacam pela alta prevalência na população e pela gravidade de suas complicações causando sofrimento psíquico e familiar, com alto custo financeiro (BRASIL, 2001). Estimativa da Organização Mundial de Saúde – OMS, demonstram que as doenças crônicas não-transmissíveis são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. Já no ano de 2008, no Brasil, as doenças crônicas não-transmissíveis, respondiam por 62,8% do total das mortes. Pesquisas indicam que a proporção de mortes causadas pelas doenças crônicas não-transmissíveis aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90 (BRASIL, 2011).

A Hipertensão Arterial é uma doença de natureza multifatorial, freqüentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos. A HAS é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2001, p. 13)

A HAS representa importante fator de risco para as doenças cardiovasculares ateroscleróticas. Existem 5 áreas de risco da HAS, sendo elas: aceleração da aterogênese com aumento do risco de eventos cardiovasculares em duas ou três vezes; nível da pressão diastólica e sistólica, principalmente na pressão sistólica; diminuição persistente de 5mmHg da pressão diastólica 110/70 mmHg, diminui 40% da incidência de AVC e 21% da incidência de doença cardíaca coronária; freqüentemente associada a outros fatores de risco aterogênicos (dislipidemia, intolerância a glicose, hiperinsulinemia e obesidade) e associada a fatores de risco cardiovasculares aumenta os riscos de eventos cardiovasculares (RUNGE; GREGANTI, 2005).

Em nosso meio, a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) (BRASIL, 2001, p. 11). Entre a população idosa, esta cifra chega a 65%. O número estimado de indivíduos com hipertensão no Brasil é de, aproximadamente, 17 milhões, sendo que, destes, apenas 30% estão controlados. Neste sentido, a HAS é responsável pelo aumento do risco de acidente vascular cerebral, das doenças renais e cardiovasculares. É uma doença que apresenta alto custo social, sendo

responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (PAIVA *et al*, 2006).

O *Diabetes mellitus* pode ser definido como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (ADA, 2008, p. 56).

O DM vem crescendo sua seriedade pelo aumento de sua crescente prevalência. Estima-se que neste ano de 2010 possam existir 10 milhões de diabéticos no Brasil, o que representa um acréscimo de mais de 100% em relação aos 5 milhões de diabéticos no ano 2000. No Brasil, os dados do estudo multicêntrico de diabetes (1987) demonstraram uma prevalência de 7,6% na população entre 30 a 69 anos, atingindo números próximos a 20% da população acima dos 70 anos. Cerca de 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico, e 25% da população diabética não fazem nenhum tratamento (BRASIL, 2001; PAIVA *et al*, 2006).

Segundo Brasil (2001, p. 9) a HAS e o DM constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivos pelos quais constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica.

A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a HAS e o DM são doenças que apresentam vários aspectos em comum, entre eles podemos destacar:

- Etiopatogenia: identifica-se a presença, em ambas, de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial;
- Fatores de risco: obesidade, dislipidemia e sedentarismo;
- Tratamento não-medicamentoso: as mudanças propostas nos hábitos de vida são semelhantes para ambas as situações;
- Cronicidade: doenças incuráveis requerem acompanhamento eficaz e permanente;
- Complicações crônicas: podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas;
- De difícil adesão ao tratamento: necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo;
- Necessidade de controle rigoroso para evitar complicações;
- Necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar.

O Ministério da Saúde vem planejando várias ações com vários setores governamentais e não governamentais a fim de promover a qualidade de vida, prevenir e controlar o número crescente de casos dessas doenças (BRASIL, 2005).

Em 2000 foi implantado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes mellitus*, em parceria com as sociedades brasileiras de Cardiologia, Nefrologia, Hipertensão e Diabetes, secretarias estaduais e municipais de Saúde, Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Os Objetivos deste plano são: estabelecer diretrizes e metas para a reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investir na modernização dos profissionais da rede básica, proporcionar a segurança do diagnóstico do DM e da HAS, estabelecer conexão dos pacientes diagnosticados nas Unidades de Saúde para tratamento e acompanhamento, e promovendo a reestruturação e o alargamento do atendimento de qualidade para os portadores dessas condições (BRASIL, 2005).

O plano define estratégias, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal. Como suporte informacional para o acompanhamento do programa, foi desenvolvido e vem sendo implantado desde 2002 o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA, informatizado, com interface na WEB. Esse sistema já cadastrou até abril de 2005, um total de 863.964 indivíduos portadores de Diabetes e 3.172.116 portadores de Hipertensão, sendo que destes, 741.072 desses também são portadores de diabetes. No que tange ao tratamento dos hipertensos, foram padronizados os medicamentos Captopril, Hidroclorotiazida e Propranolol, disponíveis em toda a rede básica de saúde. Já para o tratamento dos diabéticos, definiu-se pela utilização da insulina NPH-100, já disponível na rede, e os hipoglicemiantes orais Glibenclamida e Metformina (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes tem por objetivo articular e unificar ações nos distintos níveis de complexidade dos diferentes setores a fim de diminuir os fatores de risco e a morbimortalidade por essas doenças, priorizando a promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce, além da atenção da qualidade na atenção básica (BRASIL, 2005).

Os profissionais de saúde não são preparados pelas políticas públicas de saúde da família para lidarem com estrutura familiar, isso gera um comprometimento das suas intervenções visto que estes profissionais não entendem a contexto social que se encontra aquela família. O foco deve estar em como as redes sociais das famílias provem o cuidado. Grupos familiares têm concepções e visões enraizadas que refletem no processo de saúde-

doença (GUTIERREZ; MINAYO, 2010). Logo, estes devem ser levados em conta, considerando o processo do cuidado na visão de quem é acometido pela doença.

O cuidado, assim como os tratamentos e prevenção de doenças acontecem geralmente dentro de casa e gerenciado pela família. A dinâmica da estrutura familiar deve ser percebida pelo enfermeiro, pois as funções e estruturas familiares vêm modificando-se nas últimas décadas com implicações na provisão do cuidado. A família deve ser considerada não somente como alternativa para o cuidado em saúde, mas to ponto de partida de práticas alternativas e não somente também como um ponto de partida para práticas alternativas inseridas em seu contexto. A estratégia da saúde da família com seu modelo assistencial costuma individualizar práticas tradicionais de atendimentos, priorizando ações dos Programas Nacionais, onde a unidade familiar não é considerada (SERAPIONI, 2005).

Por um olhar social é preciso valorizar o cuidado comunitário, bem como as redes informais da comunidade, pois estes participam ativamente no processo de produção de saúde até mesmo com recursos próprios. O objetivo é a co-responsabilização e a participação da comunidade local não só dos problemas de saúde, mas dos problemas sociais. A comunidade se torna autônoma quando é capaz de produzir o cuidado e gerar soluções para os problemas (SERAPIONI, 2005).

É preciso considerar todos os segmentos informais que atuam direta ou indiretamente sobre a pessoa como sua família, seu trabalho, sua vizinhança, sua escola, serviços de saúde, entre outras organizações que se interrelacionam formando uma rede (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

### **2.3 Redes sociais e saúde**

Para entendermos o conceito de rede analisaremos alguns conceitos. Dentre as mais variadas definições citadas por Ferreira (1986, p. 1.466), destacamos algumas das que mais se aproximam do contexto que estamos tratando neste relatório, considerando a rede como:

Entrelaçamento de fios, cordas, cordéis, arames, etc., com aberturas regulares, fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido. [...] O conjunto de estabelecimentos, agências, ou mesmo de indivíduos, pertencentes a organização que se destina a prestar determinado serviço: rede bancária, rede de espionagem [...] Qualquer conjunto ou estrutura que por sua disposição lembre um sistema reticulado...

Marteletto apud MEIRELLES, 2004, p.6 conceitua a rede como um sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede. Neste sentido, as redes podem

ser consideradas como sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos ou realizações comuns.

Podemos, então, entender a rede como um tecido de relações e interações que se estabelecem com uma determinada finalidade e se interconectam por meio de linhas de ação, trabalhos conjuntos, ações integradas ou conjuntos de ação. Os pontos desta rede podem ser pessoas, grupos e instituições governamentais ou não (MEIRELLES, 2004, p. 6).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999) traz três tipos de redes: redes sociais primárias, secundárias e intermediárias.

Uma rede social primária é organizada por todas as relações que uma pessoa estabelece ao longo da vida. Cada pessoa é o centro da sua própria rede, que é composta por familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho e organizações das quais participa.

As redes sociais secundárias são formadas por profissionais e funcionários de instituições públicas ou privadas; organizações sociais, organizações não-governamentais, grupos organizados, associações comunitárias e comunidade (OPAS, 1999).

As redes sociais intermediárias são aquelas constituídas por pessoas que receberam capacitação especializada, denominadas de promotoras, que podem vir do setor saúde, da educação, da igreja ou da própria comunidade (MEIRELLES, 2004, p. 8).

As ações em rede mostram-se fértil na medida em que horizontaliza as possibilidades, traz para o conjunto dos participantes um sentimento de poder e de construção coletiva que altera sua atitude e postura na sociedade, em um ciclo que em muito se assemelha à dinâmica da aprendizagem e da própria vida em suas diferentes gerações. Participar de uma rede é experienciar em um micro-universo a construção de uma sociedade mais equitativa, onde cada opinião e cada ponto de vista devem ser respeitados e ouvidos, possibilitando o exercício de um conceito pouco apreendido, que é o da democracia (AMORIM, 2001).

Segundo Meirelles (2004) a intersetorialidade, com ações integradas e construídas dialogicamente é o mecanismo da rede social, pois possibilita maior abrangência, construção de novos conceitos e estratégias de ação. A preocupação da Enfermagem quanto a capacitação do indivíduo no seu próprio cuidado vem canalizando suas ações para o conhecimento e discussão das redes sociais. As próprias práticas em saúde coletiva e individual bem como as atividades de ensino e pesquisa apontam a necessidade de redes de comunicação e ação.

Ao assumir o cuidado como núcleo de competência e responsabilidade, a Enfermagem manifesta potência para transitar em diferentes campos do conhecimento na a prestação do cuidado, podendo estabelecer canais de interlocução com agentes de outras disciplinas e, em

conjunto, buscar tecnologias necessárias à assistência, estabelecendo relações com o sujeito do cuidado, equipe e família, atuando no processo de transformação da realidade (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001), como propõem as novas práticas e modelos de atenção em saúde.

Erdmann (1997) afirma que o cuidado de enfermagem se insere no contexto da saúde e assim afirma que:

A saúde é uma possibilidade a ser alcançada, todavia num plano que transcende a ações de domínio exclusivo da enfermagem. Na medida em que se tenha complexificação crescente, já no plano técnico e mais tarde naqueles das relações econômicas, sociais e políticas, depara-se com a impossibilidade, não domínio e incerteza (p. 211).

Nesse sentido a promoção de saúde é a desfragmentação da atenção e do cuidado numa perspectiva transversal e transetorial para que o sujeito e a coletividade seja abordada de forma integral comparada a atuação e inserção da Enfermagem em seu diálogo entre setores do Estado, sociedade e comunidades.

Os diferentes campos da área social (lazer, trabalho, segurança social, educação, entre outros) quando interrelacionados e associados a rede de cuidados, atendem as necessidades dos indivíduos e comunidades na lógica de que a construção histórico-social, com sua pluralidade e situações diversas, contribui no processo de produção de saúde e da doença. A realidade pode ser transformada através das estratégias de articulação intersetorial e interinstitucional (MEIRELLES, 2004).

A construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção (BRASIL, 2009).

São esses processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde num dado território (BRASIL, 2009). Assim, estudos a partir das efetividades das redes de atenção no cuidado às pessoas assumem maior relevância.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudo

De acordo com Victora *et al* (2000), para entendermos o que é uma pesquisa qualitativa foi necessário compreender que uma metodologia é muito mais do que um conjunto de técnicas de pesquisa.

Pode-se dizer que:

Pesquisa é o esforço dirigido para a aquisição de um determinado conhecimento, que propicia a solução de problemas teóricos, práticos ou operativos; mesmo quando situados no contexto do dia-a-dia do homem. São atos sistemáticos e intensivos que visam descobrir e interpretar fenômenos da realidade (BARROS e LEHFELD, 1990, p. 29).

No entanto, para que ocorresse um efetivo aproveitamento e crescimento por parte de todos os envolvidos neste estudo, foi necessário uma aproximação entre o conhecimento científico e o popular. Utilizamos a pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Onde, segundo Merriam (1998), a pesquisa qualitativa baseia-se em indivíduos interagindo com seus mundos sociais, esforçando-se para compreender situações únicas, como parte de um contexto particular e de suas interações; buscando entender o fenômeno sob a perspectiva dos próprios atores. O pesquisador neste processo é instrumento primário da coleta de dados, ele fará pesquisa de campo, empregando estratégias indutivas e que buscará descrever profundamente processos, sentidos e conhecimentos, compreendendo os fenômenos segundo a perspectiva do sujeito.

Possui ainda caráter descritivo por narrar o que acontece e por ter conhecimento do fenômeno, procurando interpretá-lo e descrevê-lo (RUDIO, 2001).

Acredita-se que a realidade social não é conjunto unitário, mas sim, uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente, em tempos muitas vezes diferenciados, compondo a totalidade. Com relação a estas forças que atuam na realidade social, pode-se pressupor que as sociedades se movimentam a partir de forças de ação individual e grupal.

Victora *et al.* (2000, p. 34) “acredita que há uma preponderância da ação grupal sobre a individual, na medida em que se entende que a sociedade não é apenas uma soma de indivíduos e, por conseqüência a ação grupal não é uma soma de ações individuais”.

### 3.2 Local do Estudo

A unidade de escolha foi o Centro de Saúde localizado na Rua: Rui Barbosa, s/nº situada no bairro Agronômica - Florianópolis- SC, vinculado a Secretaria Municipal de Saúde. Esta unidade foi inaugurada em 1998, contando atualmente com 4 equipes de ESF cada uma é composta por um médico, um enfermeiro, 01 a 2 técnicos enfermagem, 4 a 6 ACS por equipe de saúde. Não há um dentista por equipe, e sim um para cada duas equipes. De acordo com o PMF (2010) o Bairro Agronômica possui aproximadamente 17.351 habitantes.

O centro de Saúde Agronômica, segundo o Relatório de Produção, no período que compreende entre 1º de abril a 30 de junho de 2011, o CS realizou cerca de 3.166 consultas médicas, sendo que destas, 6 % eram pessoas diabéticas, 16% eram hipertensos, 4,5% tinham ambas doenças associadas. Já as consultas/atendimentos de Enfermagem totalizaram 1.519. Destes 12,5% eram pessoas diabéticas, 9,2% pessoas hipertensas e 4,5% tinham ambas as doenças associadas (PMF, 2011).

O CS atende a comunidade através de demanda espontânea e dos programas implantados, tais como: Programa de Imunização, Programa de Diabetes e Hipertensão – HIPERDIA –, Estratégia da Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Capital Criança, Capital Idoso, Pré-Natal, Preventivo de Câncer Ginecológico, Programa de fórmulas infantis e Saúde de ferro, além do atendimento em creches e escolas da comunidade.

### 3.3 Participantes do Estudo

Participaram do estudo pessoas com DM e/ou HAS que utilizam os serviços do Centro de Saúde do bairro Agronômica, além dos profissionais ou membros que foram elencados pelos mesmos como formadores da sua rede de cuidado.

Foram entrevistadas 10 pessoas com DM e/ou HAS. A escolha foi aleatória, levando em consideração que estas participassem com regularidade do grupo já consolidado que funciona no próprio Centro de Saúde do bairro Agronômica, na qual visa contemplar as ações de cuidado das pessoas com Diabetes e Hipertensão. Os membros da rede de cuidado das pessoas com DM e/ou HAS totalizaram em 12 pessoas/instituições elencadas como sua rede de cuidado, entrevistadas à medida que foram sendo referenciados. Porém a 10ª entrevista da pessoa com DM e HAS foi eliminada devido inconsistência de conteúdo, totalizando 21 pessoas.

### 3.4 Coleta de dados

O procedimento de coleta de dados do presente estudo foi caracterizado por três momentos, apresentados a seguir:

1º momento: Pesquisa bibliográfica sobre redes de atenção e do cuidado, organização e estruturação dos instrumentos para a coleta de dados.

2º momento: Apresentação do objetivo e metodologia do estudo às pessoas com DM e/ou HAS que freqüentam o grupo já estruturado no Centro de Saúde do Bairro Agrônômica, assim como para as suas redes de cuidado referidas, sendo posteriormente realizado o convite para participação na pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A).

3º momento: Foram realizadas as entrevistas com as pessoas com DM e/ou HAS (APÊNDICE B), e com os membros da rede por eles referenciados (APÊNDICE C) e também uma entrevista com o responsável pela coordenação do CS (APENDICE D) seguindo o roteiro semi-estruturado. As questões norteadoras visaram conhecer como é constituída a rede de cuidado e como é realizado este cuidado. As entrevistas foram agendadas por contato direto nas consultas de enfermagem e no Grupo de Diabéticos ou por telefone segundo cadastro do CS. Utilizamos o próprio espaço físico da Unidade ou visitas domiciliares. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas e digitadas em arquivo Word.

### 3.5 Análise dos dados

Após a organização dos dados, estes foram analisados tematicamente. Segundo Minayo (2010), para fazer uma análise temática é necessário descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Acredita-se que para uma análise de significados, a presença de determinado tema e a freqüência com que ele foi citado, denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.

Para Minayo (2010, p.315), a análise temática desdobra-se em três etapas:

1ª etapa: Pré-análise: Consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa.

2ª etapa: Exploração do material: Consiste em classificar o material, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso o pesquisador buscará encontrar categorias, que

são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

3ª etapa: Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: Após obter os resultados o pesquisador analisa os dados propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-se com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas.

Finalizada as etapas de coleta e análise dos dados, apresentamos os resultados deste estudo, em formato de um artigo científico como proposta de um relatório final de pesquisa (vide Resultados)

### **3.6 Considerações éticas**

Foram cumpridas as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito aos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob protocolo nº. 1870/2010 (ANEXO 1).

As pessoas com DM e/ou HAS que freqüentaram o Centro de Saúde do Bairro Agrônômica e que se dispusera a participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A).

Esta pesquisa também seguiu os seguintes aspectos: – princípio da autonomia – respeitando a autonomia de escolha em participar, continuar, interromper ou desistir a qualquer momento do estudo; – princípio da beneficência – potencialização dos benefícios advindos no desenrolar do trabalho; – princípio da não maleficência – comprometimento com o mínimo de danos possível, especialmente protegendo e apoiando em suas conquistas e vulnerabilidades; e – princípios de justiça e equidade – divulgação dos resultados alcançados, quaisquer que sejam sua natureza, representando a possibilidade de compartilhar conhecimento e submissão à crítica da comunidade científica.

As questões éticas foram observadas em todos os momentos do estudo, ou seja, nos relacionamentos entre os pesquisadores e os entrevistados, e foi mantido o anonimato dos participantes. Para manter o sigilo e o anonimato dos sujeitos, suas falas são identificadas no texto por códigos: “P” – pessoas com problemas de DM e/ou HAS e “R” – rede das pessoas, ambas seguidas pelo número de realização das entrevistas.

## 4 RESULTADOS

### A REDE DE CUIDADO DAS PESSOAS COM *DIABETES MELLITUS* E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UM CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - SC

Aline Cristina da Rosa<sup>1</sup>.  
Andre de Sousa Hilário<sup>2</sup>.  
Ioná Outo de Souza<sup>3</sup>.  
Betina Hörner Schindwein Meirelles<sup>4</sup>.

Resumo:

**Introdução:** Pesquisa de abordagem qualitativa que objetiva conhecer como se estrutura a rede de cuidado das pessoas com *Diabetes mellitus* – DM e Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS atendidas em um centro de saúde de Florianópolis – SC. Para compreender as necessidades de saúde de uma população é necessário que haja uma aproximação das múltiplas interconexões socioculturais que existem entre clientes, profissionais de saúde e membros da comunidade, permitindo uma compreensão dos aspectos comunitários, culturais, sociais e econômicos que interferem nas redes de apoio para o enfrentamento da situação.

**Metodologia:** Estudo exploratório-descritivo, realizado em um Centro de Saúde de Florianópolis – SC. Os dados foram coletados de abril a junho de 2011, através de entrevistas semi-estruturadas, utilizando três roteiros específicos. Participaram do estudo 10 pessoas com DM e/ou HAS e 12 pessoas elencadas como sua rede de cuidado. A análise dos dados foi temática. **Resultados:** A idade dos sujeitos variou de 41 a 73 anos, com tempo de doença de 2 a 47 anos. A rede foi constituída na sua maioria por mulheres, familiares e profissionais de saúde, com idade de 15 a 68 anos. A doença crônica traz incertezas, cuidados contínuos e necessidade de conhecimentos para a mudança de hábitos, que são propiciados pela rede de cuidado. **Conclusões:** A melhor compreensão do papel do enfermeiro nas atividades educativas/ informativas reforça a importância dos trabalhos em grupo, da participação da família e principalmente a compreensão do espaço social em que estes se encontram, valorizando o papel da rede nas suas variadas formas de cuidar.

**Palavras chave:** Enfermagem. Cuidado. Doença crônica. Redes comunitárias.

<sup>1,2</sup> Acadêmicos da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

E-mails: alinecrosa@gmail.com; andrehilarios@gmail.com

<sup>3</sup> Bióloga graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT; Acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. E-mail: iona.outo@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do NUCRON – UFSC. E-mail: betinam@nfr.ufsc.br.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, percebe-se que a humanidade vem passando por uma transição demográfica evidente. O Brasil está entre os países em que esta transição vem ocorrendo de maneira acelerada, acredita-se que nos próximos 20 anos este índice será ainda mais acentuado (ALVAREZ, 2009). Embora estes números reflitam um claro avanço na qualidade de vida de parte da população, eles também alertam para a possibilidade de que, num futuro próximo, cresça significativamente o número de distúrbios relacionados à idade como a *Diabetes mellitus* – DM e a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS onde estima-se que até o final deste ano, 10 milhões de pessoas serão portadores de Diabetes, enquanto a incidência de Hipertensão será de 17 milhões (BRASIL, 2009).

As doenças crônicas não-transmissíveis, especificamente o *Diabetes mellitus* – DM e a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, por estarem associadas ao ritmo acelerado da sociedade em consequência da empregabilidade e do estresse, se destacam pela alta prevalência na população e pela gravidade de suas complicações, causando sofrimento psíquico e familiar, com alto custo financeiro. Elas são responsáveis por 62,8% do total das mortes no Brasil. (BRASIL, 2011). Cerca de 60 a 80% dos casos destas doenças consideradas como agravos de saúde pública, podem em ser tratadas na rede básica (BRASIL, 2001).

É importante considerar que as estratégias de cuidado sejam melhor avaliadas e repensadas, pois, o paciente que até então chegava ao centro de saúde com problemas agudos e de necessidades prementes, agora necessita de um cuidado diferenciado, contínuo e integral. (BRASIL, 2005). Neste sentido, para ter saúde e conseqüentemente uma assistência com qualidade é necessário que os setores públicos e privados se interrelacionem, como em um círculo interativo de retroalimentação em que todos os eventos de um nível influenciam as ações e os eventos de outro, envolvendo vários sujeitos e instituições da sociedade.

Para compreender adequadamente às necessidades de saúde de uma população, é necessário que haja uma aproximação das múltiplas interconexões socioculturais que existem entre os clientes, os profissionais de saúde e os membros da comunidade. Isto exige mais do que uma compreensão patológica, mas compreender os aspectos comunitários, culturais, sociais e econômicos que interferem nas redes de apoio para o enfrentamento da situação (NUNES; MATIAS, 2007; GOHN, 2004).

A construção de ações intersetoriais, que orientam as práticas de construção de redes sociais, resulta na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os

diferentes setores envolvidos na tentativa de produzir soluções inovadoras para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Assim, consideramos importante o desenvolvimento de pesquisas que enfoquem este tema, como neste recorte que nos propomos. Pois, acreditamos que se as pessoas com DM e HAS tiverem uma rede de cuidado estruturada e funcionante haverá uma maior adesão aos programas de cuidado e tratamento, maior controle dos sinais e sintomas das doenças e prevenção das complicações delas decorrentes.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é conhecer como se estrutura a rede de cuidado a pessoas com *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial atendidas em um centro de saúde de Florianópolis-SC; identificando os conceitos de saúde-doença e descrevendo o papel do enfermeiro/enfermagem nas interações voltadas a rede de cuidado das pessoas com DM e HAS.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Redes sociais e saúde no cuidado em DM e HAS

Marteletto (MEIRELLES, 2004, p.6) conceitua a rede como um sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede. Neste sentido, redes podem ser consideradas como sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos ou realizações comuns.

Podemos, então, entender a rede como um tecido de relações e interações que se estabelecem com uma determinada finalidade e se interconectam por meio de linhas de ação, trabalhos conjuntos, ações integradas ou conjuntos de ação. Os pontos desta rede podem ser pessoas, grupos e instituições governamentais ou não (MEIRELLES, 2004, p. 6).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999) as redes se distribuem em três tipos: redes sociais primárias, secundárias e intermediárias, onde uma rede social primária é organizada por todas as relações que uma pessoa estabelece ao longo da vida. Cada pessoa é o centro da sua própria rede, que é composta por familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho e organizações das quais participa. As redes sociais secundárias são formadas por profissionais e funcionários de instituições públicas ou privadas; organizações sociais, organizações não-governamentais, grupos organizados, associações comunitárias e comunidade. E ainda as redes sociais intermediárias são aquelas constituídas por pessoas que

receberam capacitação especializada, denominadas de promotoras, que podem vir do setor saúde, da educação, da igreja ou da própria comunidade (MEIRELLES, 2004, p. 8).

As ações em rede mostram-se fértil na medida em que horizontaliza as possibilidades, traz para o conjunto dos participantes um sentimento de poder e de construção coletiva que altera sua atitude e postura na sociedade, em um ciclo que em muito se assemelha à dinâmica da aprendizagem e da própria vida em suas diferentes gerações (AMORIM, 2001).

De acordo com Meirelles (2004), os diferentes campos da área social (lazer, trabalho, segurança social, educação, entre outros) quando interrelacionados e associados à rede de cuidados atendem as necessidades dos indivíduos e comunidades na lógica de que a construção histórico-social, com sua pluralidade e situações diversas, contribuem no processo de produção de saúde e da doença.

Por um olhar social é preciso valorizar o cuidado comunitário, assim como as redes informais da comunidade, por participarem ativamente no processo de produção de saúde até mesmo com recursos próprios. A comunidade se torna autônoma quando é capaz de produzir cuidado ao gerar soluções para os problemas (SERAPIONI, 2005).

De acordo com a literatura podemos encontrar diferentes tipos de cuidado que podem ser agrupados em 03 principais categorias, o cuidado emocional, informativo e o instrumental (SCHULZ & RAU, 1985; WILLS, 1985).

O cuidado emocional refere-se a um processo de ajuda que provoca uma atitude emocional positiva e reforça a confiança e a estima dos sujeitos (WILLS, 1985). É encontrado nas amizades íntimas, relações familiares próximas, grupos religiosos, nos diversos grupos de auto-ajuda, em determinadas relações entre profissionais de saúde e pacientes, entre outros. Quanto ao cuidado informativo está presente ao se fornecer informações, orientações e conselhos que possam ajudar os sujeitos a resolver os problemas e adquirir maior conhecimento sobre os cuidados em saúde. Já o cuidado instrumental, compreende várias atividades, desde a ajuda física como auxiliar nos trabalhos domésticos e realizar tarefas para os indivíduos que estão fisicamente incapacitados, cuidar de crianças, até a ajuda financeira ou material (WILLS, 1985).

A preocupação da Enfermagem quanto à capacitação do indivíduo no seu próprio cuidado vem canalizando suas ações para o conhecimento e discussão das redes sociais.

É preciso considerar todos os segmentos informais que atuam direta ou indiretamente sobre o sujeito como sua família, seu trabalho, sua vizinhança, sua escola, serviços de saúde, entre outras organizações que se interrelacionam formando uma rede (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa. De acordo com Richardson (1999), estudos com abordagem qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, assim como compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais.

O local de estudo foi um Centro de Saúde de Florianópolis – SC, vinculado a Secretaria Municipal de Saúde. Esta unidade foi inaugurada em 1998, conta atualmente com 4 equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF que atende a 17.351 habitantes (PMF, 2010). Fizeram parte do estudo 10 pessoas com *Diabetes mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica que utilizam o serviço de saúde do Centro de Saúde e 12 pessoas que foram elencados por estas como formadores da sua rede de cuidado, porém a 10ª entrevista da pessoa com DM e HAS foi eliminada devido inconsistência de conteúdo, totalizando 21 pessoas, conforme quadro 1. Para manter o sigilo e o anonimato dos sujeitos, suas falas foram identificadas no texto por códigos: “P” – pessoas com problemas de DM e HAS e “R” – rede das pessoas, ambas seguidas pelo número de realização das entrevistas.

Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2011, através de entrevistas semi-estruturadas, utilizando três roteiros específicos (pessoas com DM e/ou HAS, redes e instituições). As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no domicílio dos participantes e/ou no Centro de Saúde, local deste estudo, gravadas em áudio (com a autorização prévia dos participantes) e posteriormente transcritas.

O primeiro roteiro, para pessoas com doença crônica, foi voltado a identificar a rede de apoio, tipo de apoio e como esse apoio as ajuda a viver com a doença crônica. O segundo roteiro foi para pessoas da rede e o terceiro para instituições, apontadas como rede de cuidado, ambos voltados para o tipo de cuidado oferecido e a motivação para cuidar.

Após a organização dos dados, estes foram analisados tematicamente. Utilizamos a análise temática que, segundo Minayo (2010), desdobra-se em três etapas: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

A pesquisa obedeceu a Resolução n. 196/96 e suas complementares, do CNS/MS, que dispõem sobre Diretrizes e Normas regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, especialmente no que diz respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob protocolo n.º. 1870/2010.

QUADRO 1 – Pessoas com Diabetes e/ou Hipertensão e sua rede de cuidado. Florianópolis, 2011.

PESSOA	SEXO	IDADE	DOENÇA	TEMPO COM A DOENÇA	ESCOLARIDADE	RENDA (em Salário Mínimo)	REDE	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE
P1	Fem	61 anos	DM/HAS	47 anos	Superior completo	Não informada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irmã – R1</li> <li>• Empregada – R2</li> </ul>	<u>Fem.</u> Fem.	<u>54 anos</u> 53 anos	<u>Superior completo</u> Não informada
P2	Masc.	50 anos	DM	5 anos	Superior Completo	Não informada	Grupo de DM/HAS (enfermeira) – R3	Fem.	36 anos	Superior completo
P3	Masc.	73 anos	DM/HAS	19 anos	4ª serie	01 SM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cônjuge – R4</li> <li>• Centro de Saúde (coordenador) – R5</li> </ul>	<u>Fem.</u> Masc.	<u>68 anos</u> 26 anos	<u>Analfabeta</u> <u>Superior completo</u>
P4	Fem.	57 anos	DM/HAS	20 anos	Analfabeto	02 SM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cônjuge – R6</li> <li>• Vizinha – R7</li> <li>• Centro de Saúde (coordenador) – R5</li> </ul>	<u>Masc.</u> <u>Fem.</u> Masc.	<u>54 anos</u> <u>50 anos</u> 26 anos	<u>4ª série</u> <u>Médio completo</u> <u>Superior completo</u>
P5	Masc.	51 anos	DM/HAS	17 anos	3ª serie	Não possui renda própria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo de DM/HAS (enfermeiro) – R3</li> <li>• Filha – R8</li> <li>• Enfermeira – R9</li> </ul>	<u>Fem.</u> <u>Fem.</u> Fem.	<u>36 anos</u> <u>28 anos</u> 36 anos	<u>Superior completo</u> <u>Médio completo</u> <u>Superior completo</u>
P6	Masc.	72 anos	DM/HAS	2 anos	1ª serie	02 SM	Genro – R10	Masc.	58 anos	Superior completo
P7	Masc.	53 anos	DM/HAS	8 anos	Não informada	05 SM	Cônjuge – R11	Fem.	49 anos	Não informada
P8	Fem.	46 anos	DM/HAS	10 anos	4ª serie	03 SM	Filho – R12	Masc.	15 anos	Médio incompleto
P9	Fem.	41 anos	DM/HAS	4 anos	8ª serie	1,2 SM	Mãe – R13	Fem.	59 anos	Não informada
P10 *	Masc.	60 anos	DM/HAS	10 anos	Médio completo	01 SM	–	–	–	–

\* Obs.: A entrevista “P10” foi descartada pela inconsistência de conteúdo, portanto não faz parte da análise dos dados.

## RESULTADOS

A partir da análise dos dados, foram elaboradas 3 eixos de resultados denominados categorias temáticas que são: - A rede e o significado de viver com a doença crônica; - Concepção de cuidado das redes e das pessoas com DM e/ou HAS; - O Serviço de Saúde e a Enfermagem como promotores da rede de cuidado às pessoas com DM e/ou HAS; que serão apresentadas a seguir.

### A rede e o significado de viver com a doença crônica

As pessoas com DM e/ou HAS pesquisadas apresentavam-se com o seguinte perfil: faixa etária de 41 a 73 anos, com renda familiar de 1 a 5 salários mínimos. Na sua maioria possuem DM e HAS associados, sendo que o tempo de doença variou de 2 a 47 anos. A rede mencionada pelas pessoas com DM e/ou HAS constituiu-se de pessoas de 15 a 68 anos, sendo a maioria era do sexo feminino, representadas por familiares, seguida de profissionais de saúde, vizinha e empregada.

Para as pessoas em situações crônicas de saúde, a maneira com que esta se apresenta é incerta, trazendo consigo necessidades de cuidado específicos e contínuos inseridos num processo de aceitação: “[...] *percebo agora que ter diabetes não tem problema algum, o problema da diabetes é não cuidar dela.*” (P3)

Os cuidados prestados são configurados pelo nível de conhecimento e domínio sobre a doença e esta pode ser prevenida e controlada. A doença pode ainda trazer complicações físicas e emocionais, exigindo cuidados diários e contínuos: “*Mas, se a gente ficar mais vigilante que as consequências da doença...*”, (P2). “*É importante que as pessoas façam um acompanhamento rotineiro, com consultas regulares, que se perca a visão de que só a consulta médica é necessária, que façam acompanhamento com a enfermagem*”. (R5)

Na visão das pessoas com DM as incertezas surgem na ausência de sinais e sintomas da doença sendo por isso considerada traiçoeira e sorrateira, que pode ser observado nas falas: “[...] *eu já tenho diabetes já faz muito tempo, eu já tenho experiência com a diabetes. Sei que ela é traiçoeira... Bota traiçoeira nisso!*” (P3) “[...] *a diabetes é uma doença silenciosa, que eu saiba, e isso que eu tenho lido bastante, hein. E a pressão alta então! Quando ela não mata, ela te deixa meio torta!*” (P8)

Para a rede de cuidado existem fatores causais para o surgimento da doença. A rede, porém, além de caracterizar a doença como assintomática, relaciona o surgimento da mesma

com a idade avançada: “A gente vai adquirindo idade e vai adquirindo algumas doencinhas, algumas coisas!” (R1). “[...] geralmente, quem é diabético é mais idoso...” (R7)

Na ausência de sinais e sintomas a pessoa não se assume como portador de uma condição crônica, trazendo dificuldades na aceitação, prejuízos emocionais e na adesão ao tratamento. Surge então a necessidade de redescobrir e repensar os valores, fato citado pelos entrevistados: “Eu aprendi a ver outras coisas que eu não via. Não penso em nenhuma coisa mágica que me cure. Eu tenho a minha vida normal, tranqüila, tenho o mesmo desempenho em todos os aspectos e me ajudou a ter uma consciência melhor sobre isso, sobre as pessoas, sobre os profissionais, uma série de coisas e, é uma luta.” (P2)

Tanto para a rede quanto para a pessoa com DM, a doença altera o sistema nervoso, exigindo um controle emocional para não alterar os níveis glicêmicos: “a diabetes dele ficou alta ontem porque ele se estressou lá!” (R4) “[...] ele tá ficando agressivo, qualquer coisa que fala... ele não era assim [...] tá bem preocupado.” (R11)

O desconhecimento da doença é o grande gerador de ansiedade, causando incertezas quanto aos cuidados, pois as pessoas e a rede sentem necessidade de buscar maior conhecimento para estabelecer os cuidados. Segundo os mesmos, a ausência deste traz complicações, debilidades físicas e emocionais. As debilidades e complicações são categorizadas como corpo mole, desmotivação para realizar atividades físicas, causa de cegueira, perda de membros, abala relacionamentos, causa impotência sexual, aumenta a fome, provoca dor nas pernas, altera glicose, afeta rins e pode levar a morte: “[...] a diabete dá um monte de problema, deixa a pessoa cega. [...] “com essa diabete dele... Ele não é mais homem. (R11). “Cada vez to mais fraco, não agüento trabalhar, não agüento fazer nada... Caminho um pouco e fico fraco das pernas.” (P5)

Relacionam ainda o surgimento da doença ao consumo de doces, abstinência de nicotina, troca de medicamentos e, o agravamento da doença por não realizarem o acompanhamento e os cuidados de prevenção. O alcoolismo ainda é citado como sendo um fator de interferência no controle da DM: “Ele, como alcoólatra, se perde nisso. Eu acho que este tem sido o maior problema da glicemia dele” (R10). “[...] o que causou o diabetes foi o cigarro. Eu deixei do cigarro e comecei o comer doce.” (P5)

A mudança de hábito foi fortemente citada, tais como mudanças com dieta e incorporação de atividades físicas para qualidade de vida. Uma dieta equilibrada constitui-se na diminuição de sal e açúcar, escolher alimentos *diet* e *light*, pães integrais, frutas e verduras.

Atividades físicas caracterizam-se unicamente por caminhadas para emagrecimento e controle da DM/HAS: “[...]a partir do momento que você consegue manter uma dieta

*equilibrada, voltada para a nossa enfermidade, você consegue ter uma qualidade de vida excelente. [...] hoje eu faço exercícios, caminhadas, duas ou três vezes por semana. Tem me ajudado muito, melhora muito a tua cabeça, disposição, tua auto-estima, teu intestino. Até propriamente a diabete, ela fica sob controle. Pra mim, não existe exercício melhor do que caminhar.” (P2) “... É preferível mais frutas, folhas, [...] pão integral, o leite tem que ser desnatado [...]” (P9) (...) hoje está fazendo o décimo segundo dia que eu tô sem fumar! Parei repentino! [...] já eliminei quase trinta quilos de peso! (P7)*

A definição de doença referenciada nas entrevistas também demonstra o quanto há necessidade de relacionamento paciente-profissional e com sua rede de cuidado para que possibilite entendimento acerca de sua real condição de saúde e necessidades de cuidado e de mudança no estilo de vida.

### **Concepção de cuidado das redes e das pessoas com DM e/ou HAS**

Buscar a concepção de cuidado das redes e pessoas com DM e/ou HAS, proporcionou-nos elencar inúmeros fatores. O cuidador demonstrou em suas falas e posicionamentos a sua motivação no processo de cuidar evidenciando a satisfação em ser cuidador, em saber que está ajudando o outro e poder contribuir para que estas vivam melhor: *“A minha visão é: A doença chegou, instalou-se, não tem como sair, vamos aprender a viver com ela! [...] Eu acho que enquanto a gente tá aqui a gente tem que curtir a vida da melhor forma possível. Eu mostro isso pra ela.” (R1)*

A solidariedade motiva as ações, trazendo fortalecimento ao cuidador, considerando-se inclusive essencial e importante no processo do cuidado. Cuidar como retribuição ao cuidado recebido dos pais, como consideração pelo grau de parentesco ou por afinidade foram colocações percebidas enquanto descreviam os tipos de cuidado. O cuidado também é motivado pelos laços de amizade, pelo compadecimento às pessoas, retribuição, contribuição e até por acreditar que prestará satisfações aos pais numa outra dimensão de vida, conforme citado: *“No meu caso, eu me sinto fortalecida, me sinto comprometida com meu pai e com a minha mãe. [...] são preocupações de pai e de uma mãe que sabe que estão na idade avançada, que daqui a pouco vão partir e tem uma filha solteira, sozinha, e doente... Então, eu não quero que eles tenham essa preocupação onde eles estão.” (R1)*

Também existe a concepção de troca: *“Não é por causa do dinheiro, que eu venho. [...] Eu tenho muita pena dela, eu preciso muito do dinheiro, mas eu sei que ela precisa muito mais*

*de mim.” (R2) “[...] me sinto fazendo meu dever de quando ela fez pra mim desde quando eu nasci.” (R12)*

O cuidado oferecido/recebido distingue-se em várias ações que são separadas, nesse momento, como emocional, informativo e instrumental. Na lógica do cuidador e da pessoa com DM/HAS isso não acontece. Nesse sentido, elencamos algumas ações com intuito de compreender mais adequadamente os tipos de cuidados ofertados/recebidos.

O cuidado emocional que a Rede oferece baseia-se no olhar positivo da vida, na disponibilidade do seu tempo, no apoio espiritual, no preocupar-se com o outro e fazer-se companheiro, utilizando palavras de conforto e aconselhamento. Tais aspectos favorecem que a pessoa tenha uma vida social digna, motivando o seu lado psicológico desenvolvendo o amor próprio, os quais podem ser observados nas fala: *“Olha eu vejo eles, eu não vejo a diabetes, eu vejo as pessoas ali... É um momento que eles tem de lazer ali, também. Então, a gente continua com as orientações, mas mostra pra eles que eles tem uma vida fora da diabetes, que eles tem possibilidade de se socializar [...] diabetes não é nem tem que ser o foco principal! Então, no grupo, a gente coloca isso.” (R3)*

Para a pessoa com DM/HAS o cuidado emocional é expressado através da atenção do cuidador, através de conversas, demonstrações de afetividades, conselhos, visitas, companheirismo além da sua própria valorização, que leva ao cuidado e mudanças de hábitos. *“Ah, eu tinha que ter amor próprio primeiro! Eu comia muita coisa, muito churrasco, muito coração de galinha... No final de semana, muita gordura, essas coisas, tinha que tirar tudo.” (P8)*

A percepção da falta de informação, ou a busca dela, também ficou evidente, pois alguns componentes da rede se sentem pouco informados quanto à doença e as formas de cuidado. Não sabem ou não se sentem seguros ao afirmar o que é certo ou errado no tratamento da doença. Dúvidas sobre a dieta, sobre o uso de medicamentos e conseqüências da doença são comuns. Demonstram ansiedade em receber orientações para ajudar o outro a enfrentar o problema: *“Não sinto responsabilidade de fazer...Mas, eu faço assim, preocupada, que pode não dar certo alguma coisa”.* (R4) *“[...] a minha diabetes é adquirida e eu não sei a diferença da que é adquirida da que... Ah, isso é que os médicos não explicam.” (P9)*

A proibição de comer alguns alimentos, o incentivo a fazer dieta e perder peso são maneiras adotadas pelo cuidador para informar e orientar a pessoa a incorporar medidas preventivas e promotoras de saúde. Existe também a necessidade de acompanhar a pessoa com DM nas atividades do grupo para obter maiores informações quanto o cuidado. O

cuidador ainda não detém as informações no círculo do cuidado, repassa e recebe informações aos interessados pela própria experiência do cuidar e por compartilhar o conhecimento popular: [...] *Eu tenho uma irmã que é diabética. Eu fiz ela ir lá no posto, pedir fita, fazer acompanhamento... Falei o que ela pode e que ela não pode tomar: Toma a dose certa, tu precisas ver, eu sou quase uma médica!* [...] (R2) “[...] *diz que a diabetes dá um monte de problema, deixa a pessoa cega [...] e esse remédio que eu faço, eu digo pra várias pessoas que tem [...] Então, as pessoas ensinam fazer remédio caseiro, isso ajuda bastante... Eu fui criada na família de gente assim... de benzer assim*” (R11) “[...] *compartilho tudo, até inclusive, com chá caseiro. Tem gente que diz que é muito bom...*” (P13)

Os anseios das pessoas com DM/HAS quanto à informação também são evidentes, demonstrando interesse em buscar informações para desenvolver o auto-cuidado. Preocupam-se ainda em identificar-se como diabéticos para não correr o risco de ser socorrido de maneira inapropriada. O noticiário nacional relativo a doença também instiga a busca de informações para atualização do conhecimento: “[...] *eu só leio quando dá algum problema na televisão, uma complicação que tem, eu vou ler, leio muito... Mas, perguntar pra alguém não pergunto não!*” (P8)

As fontes de informações são principalmente o Centro de Saúde, o Grupo de Diabéticos e Hipertensos, a literatura e a própria população em suas relações cotidianas. Muitos contam com a ajuda de outros profissionais especialistas, conforme citado: “*Então, o grupo de auto ajuda é muito bom! [...] é o único lugar que eles entendem a nossa doença. É o único lugar onde a gente apreende a ter uma consciência do que é a doença que a gente tem.*” (P2) [...] *tudo que eu sabia, que eu tinha lido, que eu pesquisava, eu passava pras outras também.* (P8)

O cuidador tem representatividade na adesão aos cuidados e tratamentos, pois se responsabiliza e possibilita ao sujeito um suporte diário nas ações indispensáveis para o cuidado: “[...] *todos os medicamentos passam por mim, ela nem sabe os medicamentos que ela toma! Seu eu der um medicamento para ela morrer, ela vai morrer, por que ela nem sabe o que ta tomando! Mas, a responsabilidade é minha.*” (R6)

A rede usa de impacto psicológico e ameaças para efetivar seus cuidados porque acredita ser esta a melhor forma de fazer o outro aceitar o que foi proposto no tratamento: “*A doença é esta, você tem que aprender a viver... Ah, não quer fazer isso, não quer fazer isso? Então, também não faço isso [...]. Tá, aí eu passo lá e encomendo o caixão!*” (R1)

Dentre as ações mais comuns prevaleceram o cuidado instrumental com a dieta, afazeres domésticos tais como: compra dos alimentos em supermercados e feiras, preparo dos

alimentos, diminuindo sal ou açúcar, preparo de suco e garrafadas, auxílio na higiene pessoal como pentear os cabelos, alcançar os pertences, levar ao banheiro e separar os medicamentos em caixinhas para melhor identificação dos tipos e dosagens, levar e acompanhar aos serviços de saúde e auxiliar na interpretação dos exames. Além de estar disponível para realizar o que a pessoa pede e acompanhar nas hospitalizações.

Os cuidados instrumentais para a pessoa com DM/HAS são significativos quando o cuidador agenda e acompanha nas consultas, compra medicamentos, prepara alimentos na hora certa, e estimula o auto-cuidado como parar de fumar e memorizar um telefone de contato caso haja uma urgência: *“Eu deito com o telefone já programado para a casa dela [...]”* (P1) *“A minha esposa me ajuda pelo seguinte: ela me faz a alimentação na hora certa [...] faz a comidinha sem sal pra mim, um pouquinho só [...] Primeiro lugar Deus, depois ela.”* (P3)

Esta análise demonstra que as diversas formas de cuidado oferecido/recebido identificadas visam o melhor enfrentamento das doenças, evitando as suas complicações, mas ainda são permeadas de dúvidas e da necessidade de informações e conhecimentos para que sejam efetivas.

### **O Serviço de saúde e a Enfermagem como promotores da rede de cuidado às pessoas com DM e/ou HAS**

A busca pela rede de cuidados nos trouxe como resultados a participação importante da enfermagem na rede de cuidado, sendo citado especificamente a (o) enfermeira (o) como o provedor principal dos cuidados dos grupos de atenção aos diabéticos e hipertensos.

Em toda prestação de cuidado, independentemente do tipo, notamos variadas formas de tratamento que trouxeram características peculiares do cuidador, influenciado diretamente ou indiretamente pela rede de cuidado de cada indivíduo.

Para compreender a influência da enfermagem no processo do cuidar precisamos expor como foi entendido o tratamento, tanto para a rede (enfermeira (o)) quanto para a pessoa com DM e/ou HAS.

O auto-cuidado surge como uma das formas de tratamento, demonstrando a percepção das pessoas sobre sua doença e o seu papel na conquista de uma qualidade de vida e, neste sentido, devem ser preparados: *“[...] tu vai ter que enfrentar, é uma coisa que depende de ti [...] se a gente ficar mais vigilante com as conseqüências da doença, a gente consegue compatibilizar entre viver bem, ter qualidade de vida e administrar esta enfermidade.”* (P2)

*“comecei a cuidar da alimentação, a cuidar das coisas. Aí então, que despertei para a necessidade de ter uma vida restrita, por que é uma vida restrita.”* (P1)

As orientações multiprofissionais são anseios tanto da rede quanto das pessoas, pois para elas possibilitam maior compreensão das doenças, melhor adequação dos hábitos alimentares, além da percepção da necessidade e importância do tratamento medicamentoso, atividades físicas regulares e incorporação a uma rotina de cuidados específicos no cotidiano.

A rede acredita que o Centro de Saúde proporciona condições de cuidados baseados num trabalho científico e multiprofissional: *“[...] questão da continuidade, do multidisciplinar, da pessoa ser avaliada por diferentes profissionais, de não ficar simplesmente voltada ao tratamento médico, [...] receber orientações de outras profissões que pode colaborar com a saúde do indivíduo...”* (R5) E, que estes devem atuar com respeito, humanização com escuta atenta e técnicas de auto-estima: *“Ela não é só médica, ela é um ser humano [...] Ela é aquela pessoa que senta, que presta atenção em ti, ela conversa, ela explica... E, então, além da profissão, ela é humana.”* (R13)

Tanto as pessoas com DM e/ou HAS quanto as redes referenciadas por estas acabam por conviver com um tratamento que inclui mudanças na dieta, atividades físicas regulares, tratamentos alternativos e emergenciais: *“Eu sei que eu tenho que mudar os meus hábitos alimentares, eu sei que eu tenho que mudar: comer mais fruta, verdura, caminhar [...]”* (P9)

Foi possível evidenciar também que as pessoas ainda ignoram a prescrição médica por não verem resultados satisfatórios segundo seus anseios na busca pela cura da sua doença: *“Porque eu nunca tomo direto o remédio que ela manda. Eu tenho que ir experimentando... Elas me experimentam, porque que eu não posso experimentar?”* (P8)

O Centro de Saúde estabelece meios para efetivação do tratamento ao disponibilizar medicamentos, fitas reagentes para HGT, atendimento de urgência, orientações e serviços diversos: *“[...] a moça atendeu ele... Corrigiu ali, fez o exame no dedo dele... Depois deu as fitas para ele. Marcou para, se ele puder, ir nessa reunião dos diabéticos semana que vem, quarta-feira, e saímos dali felizes porque foi atendido!”*(R4) *“A enfermagem atua na consulta ao diabético, fazendo consulta individual, principalmente na questão do diabético insulino-dependente que utiliza fitas reativas para verificar glicose.”* (R5)

A opinião da rede diverge quanto à resolutividade do Sistema de Saúde, porém busca seus serviços. *“[...] o SUS não tem essa... Como é que fala? Disposição de atender!”* (R12). *“A unidade de saúde deixa a desejar bastante. Não por parte de funcionários, mas por parte dos órgãos governamentais.”* (R6)

Um dos serviços do centro de saúde inclui a atuação da enfermagem que, para a pessoa se resume em orientações, prestatividade e paciência, bom atendimento, controle da medicação e vacinas, trabalho em equipe, num olhar holístico e humanizado, preocupando-se com a condição de saúde das pessoas. A visita domiciliar é lembrada porque estabelece vínculo com o cuidador e propicia melhores resultados no tratamento. *“Uma enfermeira Maraaaaaaaaaavilhosa!/. Se ela não pode vir na casa da gente, ela telefona [...]”* (P1)

As consultas de enfermagem, as ações educativas de promoção a saúde, a paciência, o sentar e ouvir, a demonstração de compreensão no acolhimento faz com que tanto a rede como os enfermeiros sintam-se satisfeitos com o trabalho prestado e sensação de dever cumprido. *“O tratamento que a enfermeira faz é maravilhoso [...] ela teve a paciência de ajudar, porque tem muitos que não tem... nessa parte não tem queixa, porque a enfermeira que acompanha, ela é ótima.* (R8)

Pela rotatividade do quadro de enfermeiros, alguns ainda não reconhecem o papel do enfermeiro em seu processo de cuidado e até mesmo na prestação de serviços dentro do centro de saúde. Quando questionados sobre o assunto: *“Não, todo dia tem um diferente.”* (P6) *“Da minha área ali, não sei quem é não!* (P9)

Uma técnica de abordagem as pessoas com DM e/ou HAS, direcionada pela enfermagem, é o Grupo de Diabéticos e Hipertensos, apontado com elo da sua rede de cuidado e, que na visão das pessoas fornece e troca conhecimentos sobre a doença, estabelecimento de vínculos afetivos e auto-ajuda, sentimento de bem-estar, proporcionando a busca no tratamento eficaz. *“Eu gosto de ir ao grupo. Eu só não vou mesmo quando eu esqueço, que eu não posso. Mas, se eu puder ir, eu vou.”* (P4). *“A gente passa o tempo, passa experiências um pro outro... ajuda! A gente pega experiência e passa experiência!”* (P3)

Pela empatia e interatividade, as pessoas afirmam que o grupo aproxima e traz confiabilidade na relação profissional-paciente configurando assim maior adesão e qualificação no tratamento em toda sua dimensão além de proporcionar uma visão realista da doença. *“[...] consegue entender melhor o profissional, reconhece que este consegue compreender o que ele tem. Que o que ele sugere para nós é para o nosso bem. Então, a gente aceita e consegue fazer automaticamente as orientações dos profissionais.”* (P2)

Com todos esses benefícios relatados pelas pessoas, a rede ainda vê a necessidade de ampliar o grupo estendendo mais convites à população com doença crônica, incorporar trabalho multiprofissional nas reuniões, inclusive o serviço médico. *“No grupo está surgindo a questão de fazer um blog, [...] Tem outros profissionais que participam também [...] farmacêutico, educador físico [...] A gente está com uma demanda muito grande, e uma falta*

*de médico... Tirar o médico uma tarde, mesmo sendo por mês, estava ficando complicado.”*  
(R3)

Para melhorar o atendimento dos serviços multiprofissionais, a rede sugere ainda que o quadro e atualização profissional sejam aumentados, sejam realizadas mais atividades educacionais, campanhas de divulgação e conscientização a população. *“Eu acho que tem que ter uma equipe maior, [...] pra atingir melhor os objetivos. “[...] tenho que exercer mais atividades educacionais, mais atividades de conscientização da população [...] os profissionais tem que ser continuamente capacitados e sensibilizados pra esta problemática.”*  
(R5)

Ainda, de acordo com a rede, o tratamento deve ser contínuo, humanizado, explicado, consensual e programático para melhoria do sistema de saúde no atendimento as pessoas com doenças crônicas. *“A gente foi reformulando conforme as necessidades deles. A gente sempre traz um tema para o grupo, que a gente costuma pedir que eles escolham antes, de acordo com o que eles querem conversar. Mas, eu sinto que o que eles mais gostam é a conversa entre eles, trocar experiências, ter a oportunidade de falar naquele momento. Acho que aí está a maior necessidade realmente, é de ser ouvido, de ser acolhido naquele momento. Muitos pacientes relatam que é neste momento que eles se sentem melhor no atendimento deles, é no atendimento com o grupo.”* (R3)

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A rede de cuidado das pessoas com DM e HAS, que foi constituída na maioria por mulheres, familiares, seguida de profissionais de saúde, e esteve presentes no domicílio, no grupo de DM e HAS e nas ações no serviço de saúde.

Os "cuidados da saúde" têm sido tradicionalmente entendidos pelos usuários dos sistemas de saúde e também pelos profissionais da rede de um modo extremamente limitado, restrito às ações desenvolvidas nos serviços de saúde, no entanto, percebe-se que os cuidados são produzidos nos contextos das redes profissionais e informais, (GUTIERREZ; MINAYO, 2010), fato que foi demonstrado através dos dados.

Quando iniciam os sintomas de uma doença, a pessoa utiliza-se dos recursos pessoais e de auto-cuidado, utilizando seu próprio conhecimento que, em geral, se baseia em ervas, dietas e remédios populares. Quando o auto-cuidado não é suficiente para aliviar os sintomas, o indivíduo busca ajuda na rede social, cujos membros oferecem seu apoio emocional (conselhos) e instrumental (dinheiro, comida, cuidado dos filhos). A rede e os recursos que

esta oferece permanecem ao longo do caminho pela busca de ajuda (nos serviços de saúde e médicos especializados) até a eventual saída dele. Desta forma, a rede social constrói e valida a severidade da condição de uma pessoa, pois quando os membros da rede social expressam suas preocupações e opiniões ao indivíduo, é porque consideram que o problema é suficientemente severo para intervir (SALGADO-DE SNYDER, DÍAZ-PÉREZ E GONZÁLEZ-VÁZQUEZ, 2003).

Neste sentido, um recurso importante para a efetividade da rede social é proporcionar informação sensível, clara e concisa através de educação sobre a doença, os sintomas, significado e evolução da doença, reafirmando características positivas existentes na rede como apoio emocional, ajuda econômica, apoio instrumental e reciprocidade.

A complexidade do cuidado repercute diretamente na qualidade de vida da pessoa com DM e/ou HAS e conseqüentemente na estrutura da família ou das pessoas com quem estas convivem. O cuidador desempenha um papel primordial no restabelecimento e fortalecimento da saúde do indivíduo com doença crônica, num elo de cumplicidade tão grande que a figura do profissional de saúde muitas vezes é secundária no processo do cuidado.

A dinâmica da estrutura familiar deve ser percebida pelo enfermeiro, pois as funções e estruturas familiares vêm modificando-se nas últimas décadas com implicações na provisão do cuidado. A família deve ser o ponto de partida de práticas alternativas e não somente alternativas (SERAPIONI, 2005).

A inserção da família no processo do cuidado deve ser o primeiro passo quando falarmos de cuidado, seja qual for o seu tipo, pois as ferramentas multiprofissionais estão próximas da pessoa cuidada, necessitando ser utilizadas com destreza e habilidade por quem ainda fragmenta as ações ou as resume em consultas, receituários e protocolos.

O cuidado contínuo e integral se estabelece baseado no tipo de comunidade que a pessoa está inserida, pois os hábitos, costumes, preferências estão diretamente relacionadas à condição socioeconômica e cultural o qual influencia direta ou indiretamente na forma de viver. As relações reforçam e geram cuidados, dando suporte consistente ao trabalho multiprofissional.

O grupo, apontado como um elo da rede de cuidado demonstra que a ação em rede mostra-se fértil na medida em que horizontaliza as possibilidades, traz para o conjunto dos participantes um sentimento de poder e de construção coletiva que altera sua atitude e postura na sociedade, em um ciclo que em muito se assemelha à dinâmica da aprendizagem e da própria vida em suas diferentes gerações (EDMUNDO, 2003).

Segundo Maia (2002), o grupo de ajuda mútua é constituído por pessoas que partilham de um mesmo problema ou situação e se reúnem para a socialização dos problemas e discussão acerca das possibilidades de resolução. Essas pessoas em condições semelhantes ao reunirem-se conseguem encontrar apoio um ao outro, a fim de redefinirem a sua situação, aceitarem seu novo estado, buscarem estratégias de enfrentamento e sentirem-se novamente fortalecidos para incluírem-se socialmente. Além disso, permite perceber a sua utilidade e importância nas experiências de ser ajudado e ajudar, o que aumenta o senso de auto-estima, pela possibilidade de exercer a solidariedade e o altruísmo.

A enfermagem dispõe de habilidades gerenciais e conhecimento científico para potencializar a ação dos grupos de apoio no preparo da família e do indivíduo, capacitando-os para o cuidado e auto-suficiência para o auto-cuidado, com acolhimento e ações humanizadas.

Para Souza e Moreira (2008), a humanização dos serviços de saúde articula-se de forma central com as mudanças no processo de trabalho e gestão; e a construção do acolhimento é apresentada como um dos recursos para as transformações nas relações entre profissional/usuário e sua rede social e profissional/profissional. Índices importantes para essa mudança precisam estar baseados em parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, considerando o usuário como sujeito e protagonista no processo de produção de saúde.

Assim, a construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção (BRASIL, 2009).

Neste sentido, a facilitação e dinamização das redes é tarefa árdua e cotidiana que preconiza o exercício do diálogo e da troca como matérias primordiais para o desenvolvimento de pessoas e instituições (EDMUNDO, 2003).

A integralidade da atenção é estabelecida, segundo as pessoas com DM/HAS e suas redes referenciadas, quando o nível de informação sobre sua condição de saúde alcança os envolvidos, inclusive os profissionais que atuam diretamente no tratamento, quando estas informações aliam-se aos recursos oferecidos pelo Sistema de Saúde e também quando estas pessoas entendem e desenvolvem o auto-cuidado específico como no caso dos cuidados com a dieta, as atividades física e o equilíbrio emocional.

## REFLEXÕES FINAIS

Com a finalização desta pesquisa percebemos que o ato de cuidar de pessoas com DM/HAS busca ultrapassar os paradigmas de saúde, através da humanização do cuidado tendo o enfermeiro como autor importante nesse processo. Indica-se a necessidade de valorizar o papel da rede nas suas variadas formas de cuidar, como: estratégia de intervenções de enfermagem, produzindo mudanças de suas práticas e saberes.

Permitiu-nos uma reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro uma vez que este demonstra autonomia de suas ações em saúde pública e que precisa atuar com coresponsabilização, criatividade e bom senso nas concepções teóricas e nas diretrizes básicas voltadas a saúde das pessoas em condições crônicas preconizadas pela OMS.

Também se reforça a importância da família como ponto de partida para melhoria das condições de saúde dos doentes crônicos, independentemente de sua composição, partindo da compreensão de seu espaço social. A família também configura o cenário das relações como base do cuidado, bem como representa o principal elo na prestação de ações voltadas às necessidades de cuidado do doente crônico.

Evidenciamos que algumas alternativas de tratamento, já estabelecidas em muitos Centros de Saúde dão certo, como no caso do Grupo de Diabéticos e Hipertensos, embora necessitem de melhorias na sua forma de abordagem, abrangência e ampliação da atuação multiprofissional. A participação e ação no grupo confirma a influência das relações na busca da qualidade de vida, uma vez que foi citado pelas pessoas com DM/HAS como uma fonte de informação, entretenimento e apoio emocional.

Precisamos de mudanças na forma de produzir enfermagem para as pessoas com DM/HAS a partir do conhecimento da constituição da sua rede de cuidado, da avaliação das necessidades das pessoas e anseios dos seus cuidadores. Estimular a prática do auto-cuidado, acolher as pessoas baseadas nas condições socioculturais que estas se encontram, valorizar a história do sujeito, estabelecer comunicação entre os setores envolvidos no restabelecimento de sua saúde e não agir com auto-suficiência na elaboração do cuidado, são meios de se conseguir êxito no tratamento e viabilidade das ações.

O reconhecimento da ação do enfermeiro como mediador na construção das redes de cuidado, traz novas perspectivas para o Sistema de Saúde, na organização das ações em saúde, respeitando o conhecimento prévio e o contexto na elaboração do plano de cuidado, exercitando a integralidade na busca da satisfação das necessidades dos envolvidos.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A.M. **Atenção à pessoa idosa: uma proposta de educação e saúde.** [S.I], 2009.

AMORIM, A. C. **Educação e saúde cidadã.** In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (org). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde.* São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS.** Brasília: Ministério da saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil.** Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes – CNHD.** Jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo/ Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde.** 3ª Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

EDMUNDO, K. **A Experiência das Redes no Centro de Promoção da Saúde: Construção Compartilhada de Soluções Sociais.** Maio, 2003. Disponível em: [http://www.rits.org.br/redes\\_teste/rd\\_tmtes\\_temas\\_antteriores.cfm](http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_tmtes_temas_antteriores.cfm). Acesso em: 26 jun.2011.

GOHN, M. G. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais.** Revista Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.20-31, maio-ago. 2004

GUTIERREZ, D. M. D; MINAYO, M. C. de S. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1497-1508.

MAIA, H. *et al.* **Manual de ajuda mútua.** Lisboa: Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência, 2002.

MARTELETO, R. M. **Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação.** *Ciência da Informação.* Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001.

MEIRELLES, B.H.S. **Redes Sociais em Saúde: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem.** Trabalho apresentado como requisito para o Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

MINAYO, M. C.de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NUNES, J.A; MATIAS, M. **As organizações de pacientes como atores emergentes no espaço da saúde:** o caso de Portugal, R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.107-110, jan.-jun, 2007.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Redes Locales Frente a la Violencia Familiar** In: MEIRELLES, B.H.S. REDES SOCIAIS EM SAÚDE: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem Trabalho apresentado como requisito para o Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **População de Florianópolis 2009 por Centros de Saúde e áreas.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=populacao&menu=5>. Acesso em 17 de junho de 2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

SALGADO-DE SNYDER, N.; DÍAZ-PÉREZ, M. J.; GONZÁLEZ-VÁZQUEZ, T. **Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México.** Salud Publica de México, v. 45, n. 1, enero/feb. 2003. p. 19-26. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000100003&script=sci_arttext). Acesso em: 22 de junho de 2011.

SERAPIONI, M. **O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais.** Ciênc. saúde coletiva vol.10 suppl.0 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2005.

SOUZA, W.; MOREIRA, M.C.N. **A temática da humanização em saúde: alguns apontamentos para debate.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.25, p.327-38, abr./jun.2008.

SCHULZ, R. & RAU, M.T. **Social support through the life course.** In: Social Support and Health (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 129-149, London: Ed. Academic Press, Inc. 1985.

WILLS, T. A. **Supportive functions of interpersonal relationships.** In: Social Support and Health (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 61-82, London: Ed. Academic Press, Inc. 1985.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência de estágio com a experiência da pesquisa nos possibilitou alcançar nosso objetivo de conhecer a estruturação da Rede de Cuidado as pessoas com *Diabetes mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica ampliando nossos horizontes em relação ao trabalho do Enfermeiro em um Centro de Saúde e na Estratégia de Saúde da Família.

Ter desenvolvido nossas atividades em grupo nos proporcionou uma visão de trabalho em equipe, bem como lidar com as variadas formas de relações.

O favorecimento maior da pesquisa foi o de conhecer de perto o modo de enfrentamento das pessoas em relação a sua condição crônica e como são assistidas nas mais diversas formas de cuidado, através da sua rede de cuidado. A rede de cuidado das pessoas com DM e HAS, que foi constituída na maioria por mulheres, familiares, seguida de profissionais de saúde, e esteve presentes no domicílio, no grupo de DM e HAS e nas ações no serviço de saúde.

A participação nas atividades do Grupo de Diabéticos e Hipertensos nos levou a reflexão de como o trabalho multiprofissional agregado aos valores das pessoas com doenças crônicas podem ter efetividade e contribuem na adesão ao tratamento, possibilitando o vínculo profissional-paciente.

Percebemos o quanto a Promoção da Saúde é parte essencial no planejamento das ações desenvolvidas pela rede de cuidado e profissionais de saúde evitando assim condições insustentáveis de vida provocadas por agravos à saúde física, psíquica e social.

Nossa inserção no cotidiano do trabalho da Equipe da Saúde da Família bem como a aproximação aos pacientes diabéticos e hipertensos fez com que agregássemos os valores preconizados na Estratégia de Saúde da Família e na Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no SUS às intervenções realizadas.

O levantamento científico bibliográfico juntamente com a pesquisa nos permitiu alcançar um novo conhecimento sobre a condição crônica e tratamento de uma pessoa com *Diabetes mellitus* e hipertensão, além de fornecer dados sobre o papel da Rede de Cuidado e evidências de como os níveis de atendimento do Sistema de Saúde necessitam de reestruturação para acolher adequadamente a sua demanda.

Como futuros enfermeiros, podemos reconhecer a importância da ação do enfermeiro, como mediador, no estímulo e reforço para a rede de cuidado. A organização das ações em saúde, respeitando o conhecimento e o contexto dos envolvidos na execução do plano de cuidado, traz uma nova perspectiva para as ações no Sistema de Saúde.

A experiência acadêmica, aliada às orientações docentes, contribuiu para o avanço e amadurecimento de nossas ações tanto na pesquisa como nas atividades relativas ao Estágio Supervisionado II nos moldando a prática profissional.

## REFERÊNCIAS

ADA – AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of *Diabetes Mellitus*. *Diabetes Care*, v. 31, (supl.1), p. 55-60, jan. 2008.

ALVAREZ, A.M. **Atenção à pessoa idosa: uma proposta de educação e saúde**. [S.I], 2009.

AMORIM, A. C. **Educação e saúde cidadã**. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (org). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

ARAÚJO, J. D. **Polarização epidemiológica no Brasil**. Informe Epidemiológico SUS, v. 4, p. 5-16, 1992.

BATISTA, M.C; BARBOSA, R.O; SANTOS, T.O. et al. **O enfermeiro na arte de promover a saúde prevenir doenças e prolongar a vida**, 2004. Disponível em: <<http://200.169.226.82/13cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/o%20enfermeiro%20na%20arte%20de%20promover%20a%20saude.pdf>>. Acesso em jan.2011

BARROS, A. de J. P.; LEHFELD, N. A. de S. **Projeto de Pesquisa: Propostas Metodológicas**. Petrópolis: Vozes, 1990. 127 p.

BOURGUIGNON, J.A. **Concepção de Rede Intersetorial**. Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Set., 200.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Conselho Nacional De Saúde. Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <[http://www.hub.unb.br/ensino/pesquisa\\_cns.pdf](http://www.hub.unb.br/ensino/pesquisa_cns.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil**. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus: caderno de atenção básica nº 16**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica: caderno de atenção básica nº 15**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo/ Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Plano de re-organização de atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde**. 3ª Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabete – CNHD**. Jan. 2011.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciênc. saúde coletiva v.5. São Paulo. Ano 2000.

CARVALHO, M.F.; BARBOSA, M.I.; SILVA, E.T.; ROCHA, D.G. **Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia**. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 44-55, jul./set. 2009.

DATASUS. Ministério da Saúde. **SISHIPERDIA**. Departamento de Informática do SUS, 2008. Disponível em: <<http://www.hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 7 fev. 2011.

DIAS, M.A.S. **Intersetorialidade: um olhar da saúde**. Revista eletrônica mensal da SMSA – PBH. Ed. 23. Nov. 2003.

EDMUNDO, K. **A Experiência das Redes no Centro de Promoção da Saúde: Construção Compartilhada de Soluções Sociais**. Maio, 2003. Disponível em: [http://www.rits.org.br/redes\\_teste/rd\\_tmes\\_temas\\_anteriores.cfm](http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_tmes_temas_anteriores.cfm). Acesso em: 26 jun.2011.

ERDMANN, A. **Os limites das relações/interações/associações do cuidado é uma determinação possível?** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 209-212, set./dez. 1997

FERREIRA, V. S. C. **Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso, 2000**. Tese (Mestrado), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA, 2000.

GOHN, M. G. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. Revista Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.20-31, maio-ago. 2004

GUTIERREZ, D. M. D; MINAYO, M. C. de S. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1497-1508.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. **Família, Redes Sociais e Saúde: O Imbricamento necessário**. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder; Florianópolis, 2008.

JUNIOR, V. P. **A atenção domiciliar e o psicólogo: experiências, apontamentos para a formação e indícios para uma clínica**. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) São Paulo, 2008.

MAIA, H. *et al.* **Manual de ajuda mútua.** Lisboa: Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência, 2002.

MARTELETO, R. M. **Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação.** Ciência da Informação. Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001.

MATUMOTO, S; MISHIMA, S.M.; PINTO, I. C. **Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem.** In: MEIRELLES, B.H.S. REDES SOCIAIS EM SAÚDE: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem. Trabalho apresentado como requisito para o Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

MEIRELLES, B.H.S. **Redes Sociais em Saúde: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem.** Trabalho apresentado como requisito para o Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

MEIRELLES, B.H.S. **Viver saudável em tempos de Aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV.** 2003. 310f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MERRIAM, S. **Qualitative research and case study applications in education.** San Francisco: Jossey-Bass, 1998.

MINAYO, M. C.de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANZI, S.S.C; FERREIRA, F.S.; IWAMOTO, H,H, *et al.* **Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família.** Texto contexto - enferm. vol.17 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2008.

NEVES, T.P. **Reflexões sobre a promoção da saúde, REA, n.62, Maringá, PR, 2006.**

NUNES, J.A; MATIAS, M. **As organizações de pacientes como atores emergentes no espaço da saúde: o caso de Portugal, R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.107-110, jan.-jun, 2007.**

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

OMS. **Issues of Communication and Risk.** World Health Report 2002: from non-communicable diseases & mental health (NMH) communications. Geneva: World Health Organization; 2002.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Redes Locales Frente a la Violencia Familiar** In: MEIRELLES, B.H.S. REDES SOCIAIS EM SAÚDE: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem Trabalho apresentado como requisito para o Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

PAIVA de D.C.; BERSUSA, A.A.S; ESCUDER, M.M.L. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.22 no.2 Rio de Janeiro Fevereiro. 2006.

PANZINI, R.G; ROCHA, N.S. *et al.* **Qualidade de vida e espiritualidade.** Revista de Psiquiatria Clínica médica. 34, supl 1; 105-115, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS – PMF. Secretaria Municipal de Saúde. **População de Florianópolis 2009 por Centros de Saúde e áreas.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=populacao&menu=5>. Acesso em 17 de junho de 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS – PMF. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de produção.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=sistemas+de+informacao&menu=0>. Acesso em 05 de julho de 2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

RUNGE, M. S.; GREGANTI, M. Andrew. **Medicina Interna de Netter.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

SALGADO-DE SNYDER, N.; DÍAZ-PÉREZ, M. J.; GONZÁLEZ-VÁZQUEZ, T. **Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México.** Salud Publica de México, v. 45, n. 1, enero/feb. 2003. p. 19-26. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000100003&script=sci_arttext). Acesso em: 22 de junho de 2011.

SERAPIONI, M. **O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais.** Ciênc. saúde coletiva vol.10 supl.0 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2005.

SCHULZ, R. & RAU, M.T. **Social support through the life course.** In: Social Support and Health (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 129-149, London: Ed. Academic Press, Inc. 1985.

SOUZA, W.; MOREIRA, M.C.N. **A temática da humanização em saúde: alguns apontamentos para debate.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.25, p.327-38, abr./jun.2008.

VICTORA, C.G; KNAUTH, D.R. *et al.* **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WILLS, T. A. **Supportive functions of interpersonal relationships.** In: Social Support and Health (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 61-82, London: Ed. Academic Press, Inc. 1985.

## APENDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Aline Cristina da Rosa, André de Sousa Hilário e Ioná Outo de Souza, acadêmicos da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, sob orientação da Profª Enf.ª Drª Betina H. Schindwein Meirelles visam desenvolver a pesquisa intitulada: REDE DE CUIDADO DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM UM CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANOPOLIS-SC, que tem o objetivo de: Conhecer a Rede de Cuidado das pessoas com DM e HAS, atendidas no Centro de Saúde do bairro Agrônômica, cidade de Florianópolis-SC.

Os dados serão coletados através de realização de entrevistas, com um espaço para a narração da sua opinião. Este estudo terá início no mês de março de 2011 e término em julho do mesmo ano.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece danos à sua dignidade ou integridade física, sendo que não haverá riscos na sua participação. Você não terá algum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode nos comunicar a qualquer momento, sem prejuízo ao seu atendimento, através dos e-mails: [alineecrosa@gmail.com](mailto:alineecrosa@gmail.com); [andrehilarios@gmail.com](mailto:andrehilarios@gmail.com); [iona.outo@yahoo.com.br](mailto:iona.outo@yahoo.com.br), ou do telefone: (48) 3721-9480.

Caso você aceite participar, garantimos que seu nome ficará em sigilo, bem como as informações fornecidas só serão utilizadas neste estudo e em publicações ou eventos acadêmicos.

Assinaturas:

\_\_\_\_\_  
Betina H. Schlindwein Meirelles, Dra. Orientadora

\_\_\_\_\_  
Aline Cristina da Rosa – Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
André de Sousa Hilário - Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Ioná Outo de Souza- Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa A REDE DE CUIDADO DAS PESSOAS COM *DIABETES MELLITUS* E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UM CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANOPOLIS – SC e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2011.

**APÊNDICE B****ROTEIRO DE ENTREVISTA  
Pessoa com DM e/ou HAS**

1. Identificação: \_\_\_\_\_ Código:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Prontuário:

Profissão:

Escolaridade:

2. Qual a doença: ( ) Hipertensão Arterial Sistêmica ( ) *Diabetes mellitus*

3. Quanto tempo tem a doença: \_\_\_\_\_ (anos/ meses)

4. Faz tratamento: ( ) sim ( ) não

Se, sim, quais?

---

---

5. Quais as necessidades de cuidado que a doença trouxe para você?

---

---

---

6. Quais são as pessoas ou instituições que você recorre para as suas necessidades de cuidado/ no processo de viver com a doença crônica (DM/HAS)?

---

---

---

7. Como é este cuidado?

---

---

---

8. E os profissionais de saúde/enfermagem, como contribuem neste sentido?

---

---

**Obrigado por sua importante participação!**

## APÊNDICE C

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**  
**Rede da Pessoa com DM e/ou HAS**

1. Identificação: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Profissão:

\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

2. Qual a sua atividade principal?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Como você atende as necessidades de cuidado das pessoas que o procuram? Como é este apoio?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Qual a importância que atribui a este cuidado às pessoas que vivem com a doença crônica (DM/HAS)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Como é este cuidado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Obrigado por sua importante participação!**

**APÊNDICE D****ROTEIRO DE ENTREVISTA****Responsável pela coordenação**

1- A unidade de saúde Agronômica foi escolhida por nos acadêmicos de enfermagem para a pesquisa sobre a rede de cuidado dos diabéticos e hipertensos. E esta unidade foi citada várias vezes pelos entrevistados como até mesmo a única fonte para o cuidado. Como você enxerga esse fato estando a frente da unidade como coordenador das ações assistenciais e administrativas?

---

---

2- Como o programa nacional HIPERDIA tem abrangido as pessoas com DM/HAS? Você percebe êxito no programa levando em consideração o trabalho de sua equipe?

---

---

3- Como você descreveria o apoio multiprofissional da Agronômica em relação aos cuidados com as pessoas com DM/HAS?

---

---

4- O que especificamente a enfermagem contribui para a assistência dessas pessoas com DM/HAS? Existe uma estratégia específica da enfermagem?

---

---

5- O que você acha que poderia mudar a fim de conseguir resultados satisfatórios na prestação dos cuidados aos portadores de DM/HAS?

---

---

**Obrigado por sua importante participação!**

## ANEXO 1

Certificado	Página 1 de 2
	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
<b>CERTIFICADO</b> Nº 1807	
O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, <b>CERTIFICA</b> que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.	
<b>APROVADO</b>	
<b>PROCESSO:</b> 1807	<b>FR:</b> 401216
<b>TÍTULO:</b> A rede de cuidado das pessoas com Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica em um centro de saúde de Florianópolis – SC	
<b>AUTOR:</b> Betina Homer Schlindwein Meirelles, Aline Cristina da Rosa, André de Sousa Hilário, Ioná Outo de Souza	
FLORIANÓPOLIS, 10 de Março de 2011.	
_____ Coordenador do CEPSH UFSC	
file://C:\Documents and Settings\usuario\Meus documentos\Orientações\Andre, Iona e Aline\Documentos CEP\Certificado.htm	7/7/2011