



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JULIANA DA SILVA SANTOS

**CONHECIMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES ACERCA
DE SUA DOENÇA E DE SUAS PRÁTICAS RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

JOÃO PESSOA - PB

2019

JULIANA DA SILVA SANTOS

**CONHECIMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES ACERCA
DE SUA DOENÇA E DE SUAS PRÁTICAS RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba, como um dos pré-requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ardigleusa Alves Coêlho

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

JOÃO PESSOA - PB

2019

S237c Santos, Juliana da Silva.

CONHECIMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES
ACERCA DE SUA DOENÇA E DE SUAS PRATICAS RELACIONADAS AO
ESTILO DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Juliana da
Silva Santos. - João Pessoa, 2019.

72 f.

Orientação: Ardigleusa Alves Coêlho.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Estratégia Saúde da Família. Hipertensão Arterial.
I. Coêlho, Ardigleusa Alves. II. Título.

UFPB/BC

JULIANA DA SILVA SANTOS

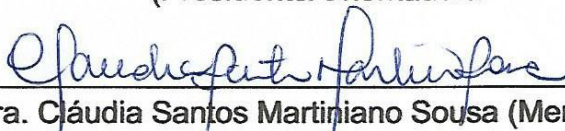
**CONHECIMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES ACERCA
DE SUA DOENÇA E DE SUAS PRÁTICAS RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

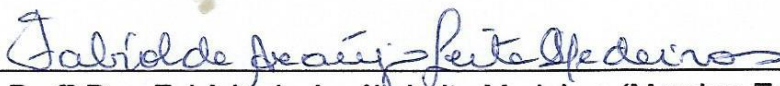
Banca Examinadora:



Profª Dra. Ardicleusa Alves Coêlho (Presidente/ Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
(Presidente/Orientadora)



Profª Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa (Membro Titular)
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
(Membro Interno)



Profª Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros (Membro Externo)
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
(Membro Externo)

Aprovado em: 24 de outubro de 2019.

João Pessoa-PB

*Dedico este trabalho a minha filha e a minha mãe,
grandes incentivadoras e colaboradoras na minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por ter me proporcionado chegar até aqui.

A minha família por toda a dedicação e paciência contribuindo diretamente para que eu pudesse ter um caminho mais fácil e prazeroso durante esse percurso, em especial a minha filha, meus pais e tias.

Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado e em especial a minha professora e orientadora Ardigleusa Alves Coêlho.

Às professoras Claudia Santos Martiano Sousa e Fabíola de Araújo Leite de Medeiros que contribuíram de maneira significativa para o aprimoramento deste trabalho.

Às minhas coordenadoras do HUAC, Neuma Maria F. Sobreira Léda e Juliana Dias P. Souza, por sempre compreender e conciliar meus plantões com as aulas em João Pessoa.

Agradeço as enfermeiras que me possibilitaram entrar no campo da Estratégia Saúde da Família, do município de Campina Grande-PB, em especial a Marisa Fátima de Oliveira Barbosa, Wezila Gonçalves do Nascimento e Maria Núbia de Oliveira, e suas respectivas equipes.

Agradeço também as instituições, que passei, por ter me dado à chance e todas as ferramentas que permitiram chegar hoje ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

“A única forma de chegar ao impossível é acreditar que é possível.”

Lewwis Carroll

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica assume importância por constituir um dos fatores de risco de várias doenças crônicas, principalmente a cardiovascular e, a Diabetes Mellitus se reveste de importância em função da sua prevalência comumente relacionada à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. Em decorrência das transições epidemiológicas e demográficas ocorridas nas últimas décadas, verifica-se aumento na incidência e nas taxas de morbimortalidade da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e, constituem também a principal causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde. Visando compreender o conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acerca de sua doença e sobre suas práticas relacionadas ao estilo de vida, realizou-se um estudo qualitativo, de caráter descritivo. A coleta de dados foi realizada através da técnica de Grupo Focal (GF), com 16 usuários hipertensos e/ou diabéticos atendidos em unidades de saúde de atenção primária, da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Campina Grande/PB. Os dados oriundos dos dois grupos focais foram transcritos na íntegra e submetido à Análise de Conteúdo, modalidade temática, da qual emergiram as seguintes categorias temáticas: 1. Conhecimento das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes sobre sua doença, 2. Cuidados com a doença, 3. Facilidades para cuidar da doença, 4. Dificuldades para cuidar da doença, 5. Conhecimento sobre a importância de uma alimentação saudável, 6. Conhecimento sobre a importância da prática de atividade física, 7. Fragilidades e Potencialidades da terapia medicamentosa. Constatou-se que o conhecimento de hipertensos e/ou diabéticos sobre sua condição crônica refere-se a aspectos relacionados à cronicidade e às complicações, ao tratamento, como as reações indesejáveis da medicação e os esquemas terapêuticos complexos e, ainda sobre as mudanças na vida diária acarretadas pelas enfermidades e da importância na adesão ao tratamento e a estilos de vida saudáveis, o que torna as mudanças comportamentais essenciais para o seguimento ideal do tratamento. Espera-se que os resultados possam contribuir na ampliação na produção de conhecimento que possibilite a identificação de prioridades de intervenção para melhoria da atenção de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus e estima-se ainda que os resultados possibilitem a reflexão sobre das condições crônicas no contexto estudado, propiciando um debate sobre as mudanças de estilo de vida na população em geral e particularmente entre pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is important because it is one of the risk factors of several chronic diseases, especially cardiovascular disease, and Diabetes Mellitus is of importance due to its prevalence commonly related to dyslipidemia, arterial hypertension and endothelial dysfunction. Due to epidemiological and demographic transitions in recent decades, there is an increase in the incidence and morbidity and mortality rates of Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus and are also the main cause of hospitalizations by the Unified Health System. For people with hypertension and / or diabetes about their disease and about their lifestyle-related practices, a qualitative descriptive study was conducted. Data collection was performed using the Focal Group (FG) technique, with 16 hypertensive and / or diabetic users attended at primary health care units, from the Family Health Strategy (FHS) of Campina Grande / PB. Data from both focus groups were fully transcribed and submitted to Content Analysis, thematic modality, from which emerged the following thematic categories: 1. Knowledge of people with hypertension and / or diabetes about their disease, 2. Care of the disease, 3. Facilities for taking care of the disease, 4. Difficulties in taking care of the disease, 5. Knowledge of the importance of healthy eating, 6 Knowledge about the importance of physical activity, 7. Weaknesses and Potentialities of drug therapy. It was found that the knowledge of hypertensive and / or diabetic about their chronic condition refers to aspects related to chronicity and complications, treatment, such as undesirable reactions of medication and complex therapeutic regimens, and also about changes in life. Illnesses and the importance of treatment adherence and healthy lifestyles, which makes behavioral changes essential for optimal treatment follow-up. It is hoped that the results may contribute to the expansion of knowledge production that enables the identification of intervention priorities to improve the attention of people with systemic hypertension and / or diabetes mellitus and it is estimated that the results allow the reflection on the chronic conditions in the studied context, providing a debate on lifestyle changes in the general population and particularly among people with Systemic Arterial Hypertension and / or Diabetes Mellitus

Keywords: Family Health Strategy - Hypertension - Diabetes Mellitus

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção primária a saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DAP	Doença Arterial Periférica
DRC	Doença Renal crônica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqAB	Equipe Atenção Básica
FR	Fatores de Risco
GF	Grupo Focal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HA	Hipertensão Arterial
IC	Insuficiência Cardíaca
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
UBS	Unidade de Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	17
3.2 Modelo de Atenção às Condições Crônicas.....	19
4 CAMINHO METODOLÓGICO	25
5 RESULTADOS.....	28
5.1 Artigo Original 1: Conhecimento sobre a doença e práticas de estilo de vida por hipertensos e diabéticos no contexto da APS	28
5.2 Artigo Original 2: Mudanças de estilo de vida de pessoas com hipertensão e/ou diabetes: limites e perspectivas.....	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICES	67
Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados.....	67
Apêndice B – Carta de Anuência	68
ANEXOS	69
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	69
Anexo B – Termo de Autorização para gravação de Voz.....	70

1 INTRODUÇÃO

A situação de saúde no Brasil se caracteriza por um perfil epidemiológico de tripla carga de doenças, caracterizada por “uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma marcante presença das condições crônicas” (MENDES, 2011, p. 18), trazendo neste contexto as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, dislipidemias, hipertensão, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias, que são responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade no mundo. Essas doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda.

Em um estudo sobre a carga global das doenças, no Brasil, foi demonstrado que 77,2% dos anos de vida perdidos por incapacidades eram representados pelo grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). As piores situações foram encontradas nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, o que pode ser reflexo de piores condições de vida e de acesso aos serviços de saúde, dificultando o controle dos fatores de risco para o tratamento das doenças, determinando maior casos de sequelas e mortalidade precoce (LEITE et al, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) cogita que a carga de DCNTs aumentará rapidamente, prevendo que as mortes por DCNTs aumentem 15% globalmente até 2020. Essa crescente prevalência de DCNTs está associada também, ao aumento da urbanização, à influência da globalização nos padrões de consumo e ao envelhecimento da população (GYAWALI et al, 2016).

No Brasil, segundo Mendes (2010) têm-se um cenário de transições dos sistemas de saúde, chamado de transição das funções de saúde, que são dados de transições rápidas e profundas que são denominadas de transição demográfica, transição tecnológica e transição epidemiológica.

A primeira transição rápida e profunda é a demográfica, que no contexto desta transição induz que o envelhecimento apresenta de fato aumento da cronicidade e que demanda mais serviço, embora esta seja considerada uma conquista social pois todos querem envelhecer com qualidade de vida e controle das DCNTs. O envelhecimento traz consigo o aumento das doenças crônicas, 14% da população brasileira sofre de doenças crônicas (MENDES, 2010).

A segunda transição é a tecnológica, que se expressa no paradoxo das tecnologias médicas, excesso de tratamentos, excesso de diagnósticos e reversão, de acordo com os avanços da ciência e tecnologia, tendo melhorado as habilidades dos sistema de saúde em diagnosticar precocemente (MENDES, 2010).

A terceira transição é a epidemiológica, em que a carga de doenças no Brasil é composta por 13,2 % do grupo das doenças infecciosas e parasitárias, condições maternas, condições perinatais e deficiências nutricionais, 9,5% são causas externas (como violência, acidentes automobilísticos, etc); porém 77,3% da carga de doenças são crônicas. Então, temos uma tripla carga de doenças no Brasil, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; crescimento das causas externas; forte predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada (MENDES, 2010).

O nosso sistema da saúde tem fracassado em responder a essas transições demográficas, tecnológicas, epidemiológicas e nutricionais. E essas transições em conjunto, sinalizam uma situação de saúde com participação crescente das condições crônicas em geral e das doenças crônicas em particular e isso determina uma mudança do sistema de saúde, e, por conseguinte precisamos pensar em alternativas que nos permitam ter um modelo de atenção coerente com a conjuntura da saúde predominante que se encontra em nosso país.

Segundo Freitas e Mendes (2007 p. 6):

Condição crônica constitui um complexo, contínuo, permanente e requer estratégias necessárias para mudança de estilo de vida, é caracterizada por longa duração e necessita de um preparo mental para adaptar-se e ter precauções na vida que envolve estratégias, para lidar com os sintomas, e enfrentar a mudança no estilo de vida, relações familiares e sociais. Já doença crônica, é uma condição incapacitante que requer longo tempo de cuidado, além de contínua e concomitante ação de prevenção primária, secundária e serviço de reabilitação.

Muitas enfermidades são classificadas como doenças crônicas segundo a Organização Mundial de Saúde, entre elas estão, as doenças cardiovasculares, neoplásicas, respiratórias crônicas, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica e outras patologias que acometem o indivíduo, a família e a sociedade, como os distúrbios mentais, doenças neurológicas, bucais, ósseas, articulares, genéticas e auditivas (OMS, 2016a), contudo é importante mencionar que:

...as condições crônicas vão, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades, em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos (MENDES, 2012, p. 33).

Entre as condições crônicas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) assume importância por constituir um dos fatores de risco de várias doenças, principalmente a cardiovascular (CESARINO *et al*, 2018) e a Diabetes Mellitus (DM) se reveste de importância em função da sua prevalência comumente relacionada à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial (BRASIL, 2013a). Essas condições de saúde, constituem a principal causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo um expressivo problema de saúde pública com alto número de internações, resultando na perda da qualidade de vida (BRASIL, 2013b).

A HAS caracteriza-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em pessoas com mais de 70 anos (SBC, 2016).

No Brasil, aproximadamente 16 milhões de pessoas adultas sofrem de diabetes e a prevalência é de 8,1% ligeiramente abaixo da média mundial, sendo maior nas mulheres (8,8%) do que nos homens (7,4%), e as principais causas são o excesso de peso que afeta 54,2% dos brasileiros, a obesidade 20,1% e a inatividade física 27,2% (OMS, 2016a).

Na atualidade a atenção em saúde às condições crônicas constitui um dos desafio às Equipes de Atenção Básica (EqAB), uma vez que as condições crônicas são muito prevalentes, multifatoriais, coexistentes de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, o conceito cronicidade relaciona-se intensamente com o sistema e os serviços de saúde para àquelas condições gerenciáveis, porém não curáveis, com sintomas contínuos ou periódicos, impactando e interferindo na vida dos adoecidos e familiares, por envolverem elementos culturais e subjetivos sensíveis ao contexto em que decorre o adoecimento, incluindo, também, as externalidades, como a organização dos serviços e os cuidados em saúde, resignificando as práticas dos profissionais que atuam na APS, prestando ao indivíduo e à coletividade manutenção e promoção da saúde (CALICCHIO et al, 2018).

A situação atual necessita pela estruturação do trabalho das equipes de Atenção Básica, cujos processos de trabalho devem responder as muito prevalentes e complexas doenças crônicas, que não “curam”, como as doenças agudas, mas permanecem ao longo da vida dos indivíduos. Equipes multidisciplinares atuando de forma coordenada, preparadas para orientar e apoiar as pessoas a lidar com suas condições e a responder as agudizações desses processos, alcançam melhores resultados (BRASIL, 2014).

A finalidade das intervenções junto aos usuários com DM e HAS busca o alcance de metas para um bom controle ao longo da vida, o que constitui um grande desafio, por tratar-se de uma condição crônica, que exige modificação do estilo de vida que, por sua vez está intrinsecamente ligada à vida de familiares e amigos, sendo mais do que uma escolha individual. Assim, considerando que a maioria dos cuidados diários necessários ao tratamento dessas doenças crônicas são realizados pelos indivíduos ou familiar, a educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração destes na sociedade, como reconhece a Organização Pan-Americana de Saúde (GOULART, 2011).

Programas educativos em HAS e DM têm sido preconizados como uma das estratégias de cuidado que contribuem para melhorar os indicadores relacionados à percepção de aspectos físicos, da funcionalidade, da dor, da condição geral de saúde, assim como da vitalidade, dos aspectos sociais, emocionais e da saúde mental que afetam a qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas (FARIA et al, 2013).

Nesse contexto, é importante destacar que, no Brasil, está em processo a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que configuram organizações poliárquicas de serviços de saúde vinculados entre si e em prol de uma única

missão, com oferta de atenção contínua e integral, na qual a APS é a coordenadora. Além do mais, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro definiu como uma das linhas de cuidados prioritárias a atenção às pessoas com condições crônicas, pautada na estratificação de riscos, suporte nas decisões, sistema de informação clínica e autocuidado. Todo o processo de implementação constitui um grande desafio, marcado por lacunas na educação permanente de profissionais de saúde, na gestão da atenção à saúde nas condições crônicas e na resistência relacionada ao rompimento com o modelo tradicional (WOLKERS et al, 2019).

Considerando a necessidade de adesão ao tratamento e de educação do paciente com DM e/ou HAS, reconhece-se como fundamental instituir estratégias que ampliem a participação destes usuários em medidas de promoção à saúde, a fim de minimizar os elevados índices de morbidade e mortalidade dessa população por agravos decorrentes da hipertensão arterial e diabetes mellitus não controlados.

Entende-se que a forma de participar do programa, para hipertensos e diabéticos, esteja focada não apenas na consulta médica individualizada e obtenção dos remédios prescritos, mas também em comparecimento em reuniões educativas, as quais contribuem para que usuários compreendam e saibam melhor lidar com suas condições de saúde.

O conceito e a prática do autocuidado implicam participação ativa do indivíduo, requerendo, uma postura dialógica do profissional de saúde. Por isso, o primeiro e fundamental passo a ser dado em uma ação de educação em saúde para o autocuidado é fazer uma avaliação detalhada das necessidades e prioridades de cada pessoa e a sua percepção acerca de sua condição crônica e o que pensam sobre suas práticas para melhorar seu estilo de vida com hipertensão e/ou diabetes.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acerca de sua doença e sobre suas práticas relacionadas ao estilo de vida.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acerca de sua doença;
- Investigar o conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre suas práticas relacionadas ao estilo de vida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

As Redes de atenção à saúde, regulamentadas no Brasil por meio do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, vem em resposta ao problema essencial do SUS, que consiste em restabelecer a conexão entre a situação de saúde da tripla carga de doenças com a predominância forte das condições crônicas e do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011).

As redes de atenção à “saúde são conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2013c, p. 5).

Segundo Mendes (2010), as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, ligadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde proporcionada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. A operacionalização das RAS ocorre por meio da interação entre três elementos constitutivos: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A **população** é colocada sob a responsabilidade de uma rede de atenção, dimensionadas na APS, onde é preciso estabelecer as necessidades de saúde daquela população em relação ao seus riscos sanitários e vulnerabilidade social, implementando e avaliando as intervenções sóciosanitárias, promovendo o cuidado a fim de preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade viabilizando a operacionalidade do sistema.

A **estrutura operacional** “é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 88). Os componentes que estruturam as RAS incluem: a estrutura operacional das redes de atenção à saúde que são cinco componentes: o centro de comunicação (coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela APS); os pontos de atenção secundários e terciários

(ofertam determinados serviços especializados e se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas); os sistemas de apoio (lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde); os sistemas logísticos (soluções tecnológicas que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações); e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais aumentando a interdependência entre eles a fim de obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita).

O **modelo de atenção à saúde** se organiza por meio do funcionamento das redes de atenção, articulando as relações entre as populações por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da situação de saúde, demográfica, epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Na literatura, destaca-se que a RAS pode melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde, comprometendo-se com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde. O funcionamento das RAS implica uma articulação entre todas as demandas de atenção à saúde, onde a APS ocupa papel importante na coordenação e continuidade do cuidado mediante critérios de regionalização definidos a partir dos territórios de saúde. A organização do Sistema em rede permite a construção de vínculos de solidariedade e cooperação e nesse processo, o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (MENDES, 2011).

Desse modo, a RAS tem sido considerada central para o manejo de pacientes com condições crônicas, condição cada vez mais comum na população em virtude das transições demográfica, tecnológicas, epidemiológica, nutricionais. Para esta

parcela da população, é cada vez mais premente, ao longo da vida, a necessidade de acessar com frequência vários pontos da rede de atenção; ter contato com diferentes categorias profissionais; e ser beneficiária de ações de promoção e prevenção contínuas. Este cenário exige uma APS robusta, capaz de coordenar o percurso terapêutico do usuário e facilitar a prestação de serviços e ações de saúde em local e tempo oportunos. Só assim a APS será capaz de coordenar o cuidado, reafirmando que uma coordenação do cuidado fraca é definitivamente um importante obstáculo para a garantia da integralidade, do acesso e da oferta de serviços de saúde de qualidade (BOUSQUAT et al, 2017).

3.2 Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Nos últimos anos, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada, caracterizada pelo envelhecimento da população em decorrência da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida. A proporção de jovens de zero a 14 anos, que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000, deverá cair para 18% em 2050. Inversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens (BRITO, 2007 apud MENDES, 2010).

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescente incremento relativo das condições crônicas. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE (2008) mostram que 77,6% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, um terço deles com mais de uma doença crônica (IBGE, 2008).

O enfrentamento das condições crônicas requer a reorganização do sistema de saúde para dar respostas a população em risco, com a implantação da RAS, como vimos, promovendo intervenções a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada sobre as condições agudas e crônicas, buscando garantir a integralidade do cuidado.

Dentre as condições crônicas, cabe destacar a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que se reveste de importância em função da prevalência. A hipertensão arterial é definida como uma condição clínica multifatorial associada, na maioria das vezes, a alterações metabólicas e mudanças na estrutura e/ou

funcionamento de órgãos-alvos. De acordo com a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, seu diagnóstico é obtido a partir de elevados níveis de pressão arterial, tendo como valores limítrofes 140/90 mmHg em, no mínimo, duas aferições. Quando não controlada, o indivíduo pode sofrer consequências graves, principalmente, o acidente vascular encefálico e a doença isquêmica do coração. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM) e mantém associação independente com eventos como morte súbita, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (DRC), fatal e não fatal (SBC, 2016).

Portanto, a HAS constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e vasculares e, o abandono da população ao tratamento medicamentoso e a falha do tratamento comportamental é apontada como a principal causa do agravamento dessa doença (RADOVANOVIC et al., 2014).

Os comportamentos de estilo de vida modificáveis, como o uso do tabaco, inatividade física, dieta pouco saudável e abuso de álcool, são os principais fatores de risco que contribuem para o aumento da incidência de pressão alta. Estudos mostram, segundo Neupane et al (2016), que uma abordagem de base populacional para diminuir os níveis de pressão arterial na população em geral, mesmo em níveis modestos, tem o potencial de reduzir substancialmente a morbidade e a mortalidade e possivelmente retardar o início da hipertensão. Estimou-se que uma redução de 5 mmHg da pressão arterial sistólica (PAS) na população resultaria em uma redução geral de 14% na mortalidade por acidente vascular cerebral, uma redução de 9% na mortalidade por doença coronariana e um aumento de 7% diminuição na mortalidade por todas as causas.

O Diabetes Mellitus consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 415 milhões de portadores de DM mundialmente. A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. Os fatores causais dos principais tipos de

DM são genéticos, biológicos e ambientais, ainda não são completamente conhecidos (DSBD, 2017).

A classificação do DM tem sido baseada em sua etiologia. Assim, o diabetes tipo 1 surge quando há destruição das células pancreáticas, o que acarreta em deficiência de insulina e o diabetes tipo 2, presente na maioria dos casos, caracteriza-se por defeitos na ação e secreção de insulina. O diagnóstico da doença é feito pela presença de sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso e valores glicêmicos em jejum superiores a 126 mg/dl. Entre os agravos que podem ocorrer em decorrência do descontrole dos índices glicêmicos estão o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica, amputação de membros inferiores e cegueira definitiva (SBD, 2019).

A diabetes está se tornando cada vez mais um importante problema de saúde pública em todo o mundo, levando a alta morbidade e mortalidade resultante de complicações clinicamente graves. Estimativas globais para 2014 sugerem que o número de pessoas com diabetes tipo 2 foi 422 milhões (8,5% da população adulta mundial), com o número projetado para aumentar para 642 milhões em 2035 e mais de 75% dos novos casos de diabetes tipo 2 em adultos (OMS, 2016).

Em particular, o diabetes tipo 2 está se tornando mais difundido globalmente, respondendo por mais de 90% de todos os casos de diabetes. A prevalência crescente é atribuída a vários fatores de risco modificáveis, como mudanças na nutrição e estilos de vida, levando à inatividade física e à obesidade, bem como fatores de risco não modificáveis, incluindo história familiar e fatores relacionados à idade. Além disso, os países de baixa e média renda não só têm maiores aumentos previstos nas taxas de prevalência, mas pessoas diagnosticadas com diabetes vivendo em países de baixa e média renda também têm pior controle glicêmico em comparação com aqueles que vivem em países de alta renda (GYAWALI et al, 2018).

No Brasil, a diabetes mellitus é responsável por acometer 8,1% da população na faixa etária dos 30 aos 69 anos de idade, sendo que em torno de 50% da população é portadora da doença, mas o desconhece, e 24% têm conhecimento do diagnóstico, que é negligenciada pelos pacientes, que não fazem qualquer tipo de acompanhamento ou tratamento (OMS, 2016b).

Em meio a tais agravos, as doenças cardiovasculares representam grave problema de saúde pública, por estarem associadas às maiores causas de

internações hospitalares e de óbitos no Brasil. Essa realidade vincula-se à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, ambos considerados os principais responsáveis por desencadearem problemas no aparelho circulatório, com elevadas taxas de morbimortalidade (RADOVANOVIC et al., 2014).

A chance de associação das duas patologias permeia os 50%, além do fato, das mesmas possuírem etiologias e fatores de riscos semelhantes como o hábito de vida, obesidade, sedentarismo, alimentação, principalmente com elevado consumo de sal, serem crônicas, ou seja, de longa duração, agrega-se ainda o fato de uma dessas doenças ser fator de risco para adquirir a outra, e quando associado ao tabagismo, dislipidemias e o sedentarismo, constituem os fatores de risco de maior prevalência conhecidos e controláveis das doenças cerebrovasculares e das doenças cardíacas isquêmicas (SBC, 2016).

O controle de forma incorreta pode ocasionar o surgimento de complicações precoces inerentes a essas patologias como, por exemplo, o aparecimento de neuropatias, lesões em grandes ou pequenos vasos sanguíneos causados pelos diabetes, enquanto pela hipertensão arterial podem surgir lesões de órgãos alvos, assim como, outras complicações que podem levar ao óbito. As condições clínicas desfavoráveis comprometem a qualidade de vida, o que dificulta as atividades diárias tornando-os mais dependentes de outras pessoas (BRASIL, 2013a).

De acordo com Brasil (2014) o controle de doenças crônicas, exige que o indivíduo seja informado e participe ativamente do manejo de sua doença. Comportamentos individuais, como ter uma dieta saudável e realizar atividade física, cumprir o tratamento farmacológico indicado, solicitar consultas e atendê-los, têm um papel importante no controle destas doenças. Um sistema de saúde centrado no sujeito tem como objetivo principal prevenir doenças, em vez de aliviar ou curar sintomas e complicações. Em um sistema deste tipo, a relação entre o pessoal de saúde e o usuário do serviço é baseada no respeito mútuo. Essa abordagem ao cuidado requer uma equipe multidisciplinar e uma comunicação culturalmente apropriada. Para que o tratamento da HAS e DM tenham bons resultados, o empoderamento é uma prioridade. Os indivíduos devem ser informados sobre a doença que têm, participar de decisões relacionadas ao seu tratamento e ter confiança suficiente para expressar suas preocupações ao pessoal de saúde, com quem deve haver uma relação de respeito mútuo, para o empoderamento de um estilo de vida saudável.

Estilo de vida saudável pode ser conceituado, como um conjunto de decisões e atitudes individuais, passíveis de algum nível de controle, que exercem influência sobre a saúde. Consiste, portanto, em um padrão de comportamento que reflete valores, atitudes e oportunidades, capaz de influenciar positivamente ou negativamente o nível de saúde do homem e, portanto, sua qualidade de vida. Assim, uma pessoa que adota estilo de vida saudável, possivelmente está prevenindo ou controlando o risco da HAS e/ou DM, ou até mesmo controlando estes agravos, evitando o surgimento de complicações (RODRIGUES et al, 2018).

Ressaltamos que as características e condições que aumentam o risco de ocorrência de HAS e DIA são bem conhecidos e podem ser classificadas como: fatores de risco constitucionais, dentre os quais podemos citar a idade, raça, sexo e história familiar, e os fatores de risco associados ao estilo de vida adotado, como obesidade, alimentação inadequada, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, ingestão excessiva de sódio e estresse (SBC, 2016).

Por conseguinte, as condutas de estilo de vida saudável ou adequado à prevenção do risco e ao controle da HAS e/ou DM constituem-se de: alimentação adequada (baixo teor de sódio e gorduras, bem como refeições fracionadas com predomínio de vegetais e carnes brancas); prática regular de exercício físico; gerenciamento do estresse; abstenção de vícios (álcool, tabaco e drogas ilícitas) e uso regular da medicação anti-hipertensiva e hipoglicemiantes (SBC, 2016).

Como diz Freire (1987), o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto, ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre seu lugar no mundo, sobre sua realidade.

Na Estratégia Saúde da família (ESF) a educação em saúde pode ser aplicada como um instrumento essencial para oferecer assistência de qualidade, pois proporciona conhecimento e amparo para a implantação do autocuidado, tanto para os portadores de HAS e DM quanto para a família, através de orientações pertinentes à dificuldade encontrada neste processo de cuidar e de como estes doentes crônicos se encontram no mundo (RIBEIRO et al, 2017).

De acordo com Azevedo et al (2018, p. 261):

Os princípios da educação em saúde visam motivar as pessoas a adotarem e manterem padrões de vida saudáveis; usarem adequadamente os serviços de saúde colocados à sua disposição; e tomarem suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e do meio em que vivem. Sendo assim, práticas educativas que esclareçam

sobre o processo saúde-doença-cuidado, tal como se apresentam os preceitos da educação em saúde, permitem que esta se desenvolva enquanto processo de troca e construção de envolvimento responsável de todos os partícipes na criação de alternativas que culminem com a saúde individual e coletiva.

A realização de grupos educativos, na Unidade Básica de Saúde (UBS), é uma das principais oportunidades para os profissionais de saúde, pactuarem a corresponsabilização e as relações entre profissional de saúde e seus usuários; a formação desses grupos é uma das ações mais comuns e mais relevantes das práticas de educação em saúde na ESF.

Portanto, medidas educativas são fundamentais na sensibilização e conscientização para a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, incluindo a aceitação quanto às orientações oferecidas pelos profissionais da saúde, sobretudo, que oferece atividades que proporcionam uma melhor qualidade de vida aos pacientes hipertensos e diabéticos (LEAL et al, 2018). É preciso compreender que o conhecimento destes pacientes, acerca de sua doença é a base do cuidado para se conseguir o auto manejo da sua doença crônica.

É fundamental que, as pessoas com condições crônicas e seus familiares, estejam muito bem informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano de tratamento. Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso. Os resultados alcançados são menos sintomas, menos complicações, menos incapacidades (BRASIL, 2014).

As equipes de APS devem estimular e empregar procedimentos de colaboração entre elas e as pessoas, já que entendemos o autocuidado apoiado como uma relação de diálogo entre os saberes de cuidar de si e os saberes de cuidar do outro. Essa relação vai se manifestar seja escolhendo problemas, estabelecendo prioridades, fixando metas, criando planos conjuntos de cuidado, checando o cumprimento de metas, identificando as dificuldades em cumpri-las e resolvendo os problemas de competência dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

4 CAMINHO METODOLOGICO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa envolve as questões do significado e da intencionalidade somada às relações e às estruturas sociais, considerando a opinião dos sujeitos e analisando-as (MINAYO, 2008).

A pesquisa foi realizada em duas Unidades Básica de Saúde (UBS), vinculada a Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada no município de Campina Grande – PB, que segundo dados do IBGE (2018), conta com uma população fixa de 400.000 habitantes, e mais de meio milhão de população flutuante, devido principalmente ao pólo educacional e aos postos de emprego. O município caracteriza-se com uma das referências no setor saúde no estado da Paraíba, é sede de Regional de Saúde, agregando um total de 70 municípios. A sua rede de serviços de saúde de atenção primária comporta duas Policlínicas, cinco Centros de Saúde e 109 equipes de ESF distribuídas em dez Distritos Sanitários situados, oito na zona urbana e dois na zona rural (SMSCG, 2019).

Os participantes do estudo foram 16 indivíduos, selecionados de forma intencional entre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus, acompanhados por 02 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), para composição de 02 grupos focais (GF), constituídos por 6 e 10 participantes, respectivamente.

O contato prévio para seleção das pessoas com HAS e/ou DIA a ser incluídas no estudo foi realizada durante a consulta mensal de hipertensos e diabéticos na UBS, durante o mês de Fevereiro e Maio de 2019.

Foram incluídos no estudo pessoas com HAS e/ou DM maiores de 18 anos, de ambos os sexos, residentes em Campina Grande-PB, acompanhados por EqSF do seu município e excluídos as pessoas com HAS e/ou DM que apresentassem déficits cognitivos, fala e audição que impossibilitassem responder as questões do roteiro de entrevista e que não compareceram ao grupo na fase da coleta dos dados.

A coleta de dados foi realizada através da técnica de Grupo Focal (GF), que é uma das técnicas recomendadas em pesquisas qualitativas, a qual em pouco tempo e com baixo custo, possibilita uma diversificação e um aprofundamento dos conteúdos relacionados ao tema de interesse. O GF fornece dados válidos e

confiáveis, o seu principal objeto consiste na interação entre os participantes e o pesquisador e a coleta de dados, a partir da discussão com foco, em tópicos específicos e diretivos, visto que oportuniza a interação, a comunicação e o olhar psicossocial e a dinamicidade (NOBREGA et al, 2016).

A operacionalização foi realizada pela pesquisadora na qualidade de moderador e por outros dois pesquisadores, atuando respectivamente, como observador e relator, com expertise na execução da técnica. Antes do início do grupo focal, o moderador expos os objetivos da pesquisa e procedeu a apresentação do grupo. Em seguida, foi explicado o funcionamento do grupo e as regras gerais, de modo a explicitar que no grupo não se busca consenso na discussão a ser empreendida e que a divergência de perspectiva e experiências é extremamente bem-vinda.

Na fase seguinte, foi solicitado a cada pessoa com HAS e/ou DIA selecionada para o estudo, o consentimento em aceitar participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO A) e o Termo de Autorização para Gravação de Áudio - TAGA (ANEXO B).

Após uma breve rodada de apresentação dos participantes iniciou a exploração do foco de estudo, ou seja, o Grupo Focal propriamente dito, mediante a utilização de um roteiro contendo a caracterização da sociodemográfica dos participantes e questões que buscava compreender o conhecimento de pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes acerca de sua doença e de suas práticas relacionadas ao estilo de vida (APÊNDICE A). O encerramento da sessão de grupo focal deu-se pela saturação das alternativas de resposta dos participantes. De acordo com Fontanella et al (2011, p.392), “interrompe-se a coleta de dados quando se constata que novas entrevistas acrescentaria supostamente poucos elementos para discussão em relação à densidade teórica já obtida”.

Os dados oriundos do grupo focal foram transcritos na íntegra e submetidos à Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016), modalidade temática, observando os seguintes passos: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Emergiram dos relatos sete categorias temáticas: conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre sua doença, cuidados com a doença, facilidades para cuidar da doença, dificuldades para cuidar da doença, conhecimento sobre a importância de uma alimentação

saudável, conhecimento sobre a importância da prática de atividade física e fragilidades e potencialidades da terapia medicamentosa.

Os relatos que caracterizaram cada categoria temática foram apresentados com a letra GF para designar Grupo Focal, seguida do número arábico 1 e 2 referente aos quantitativos de grupos focais realizados. Em seguida, procedeu-se à discussão dos resultados com base nos achados da revisão de literatura.

O protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) sob n. 3.033.768. Cabe mencionar que durante a execução do estudo foram observados os aspectos éticos conforme estabelecidos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

Os resultados da análise empírica resultou na produção de dois artigos:

Artigo 1 - Conhecimento sobre a doença e práticas de estilo de vida por hipertensos e diabéticos no contexto da APS, foi submetido a Revista Latino-Americana de Enfermagem e encontra-se aguardando parecer.

Artigo Original 2 - Mudanças de estilo de Vida de pessoas com hipertensão e/ou diabetes: limites e perspectivas.

ARTIGO ORIGINAL1:

ARTIGO 1 (REV. LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM)

Conhecimento sobre a doença e práticas de estilo de vida por hipertensos e diabéticos no contexto da APS

Ultimamente observam-se mudanças na prevalência das doenças não transmissíveis (DNTs) no cenário mundial, sendo elas responsáveis por 41 milhões de mortes. Entre as DCNs, a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus assumem importância por constituírem fatores de riscos para outras enfermidades. Objetivou-se compreender o conhecimento de pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes acerca da doença e sobre as práticas relacionadas ao estilo de vida. Trata-se de um estudo qualitativo. Realizou-se Grupo Focal, com 16 usuários hipertensos e/ou diabéticos atendidos em duas unidades, da Estratégia Saúde da Família do agreste paraibano. Os dados foram transcritos na íntegra e submetido à Análise de Conteúdo. Da análise temática emergiram as categorias: Conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre sua doença, Cuidados com a doença, Facilidades para cuidar da doença e Dificuldades para cuidar da doença. Concluiu-se que o conhecimento dos participantes sobre sua doença e prática de estilo de vida está relacionadas as suas atitudes para lidar com a doença no cotidiano, os seus sentimentos, como tristeza, ansiedade, que pode dificultar o controle dos parâmetros recomendados a estas enfermidades. Estratégias de apoio para estas pessoas em adoecimento crônico devem ser estimuladas. Assim, as intervenções

devem objetivar a construção compartilhada de conhecimentos que permitam auxiliar essas pessoas na reorganização para enfrentamento da sua condição crônica.

Descritores: Estratégia Saúde da Família - Hipertensão Arterial - Diabetes Mellitus - Atenção Primária à Saúde - Doenças Crônicas - Estilo de Vida

Descriptors: Family Health Strategy - Hypertension - Diabetes Mellitus - Primary Health Care - Chronic Disease - Life Style

Descriptores: Estrategia de la Salud Familiar – Hipertensión - Diabetes Mellitus - Atención Primaria de la Salud - Enfermedad Crónica - Estilo de Vida

Introdução

Nas últimas décadas, no cenário mundial, observam-se mudanças na prevalência das Doenças Não Transmissíveis (DNTs), que constituem as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças pulmonares crônicas, e foram responsáveis por 41 milhões mortes no mundo, ou seja, em cada 10 mortes, sete são consequências de DNTs. Dentre essas mortes, 15 milhões foram mortes prematuras entre as idades de 30 e 69 anos. Nos países de baixa e média renda ocorrem 85% das mortes prematuras por DNT. Essa crescente prevalência de DNT está associada ao aumento da urbanização, à influência da globalização nos padrões de consumo e ao envelhecimento da população ⁽¹⁻³⁾.

A análise da situação de saúde no Brasil evidencia um processo de transição “demográfica acelerada e um cenário de tripla carga de doença: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas”. Dentre as condições crônicas, as DNT, em 2015, foram responsáveis por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos ⁽³⁻⁵⁾

No cenário de ascensão das DNT estudos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) assumem relevância por constituir um dos fatores de risco de várias doenças, principalmente a cardiovascular e, a Diabetes Mellitus (DM) se reveste de importância em função da sua prevalência comumente relacionada à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial ^(6,7). Além disso, no caso brasileiro, são também a principal causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo um significativo problema de saúde pública com alto número de internações que resultam na perda da qualidade de vida ⁽⁸⁾.

Na perspectiva de lidar com o crescimento das condições crônicas está em processo de implementação no Brasil as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que se configuram

organizações poligárquicas de serviços de saúde vinculados entre si e em prol de uma única missão, com oferta de atenção contínua e integral, na qual a APS é a coordenadora. A atenção às pessoas com condições crônicas pautada na estratificação de riscos, suporte nas decisões, sistema de informação clínica e autocuidado constitui uma das linhas de cuidados prioritárias no SUS ^(3,9). Entretanto, um dos desafios atual para as Equipes de Atenção Básica (EqSF) é a atenção em saúde para as doenças crônicas em função da sua grande prevalência, do seu caráter multifatorial e da coexistência de determinantes biológicos e socioculturais e, cuja abordagem para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade ^(8,10).

Programas educativos em HAS e DM têm sido preconizados como uma das estratégias de cuidado que contribuem para melhorar os indicadores relacionados à percepção de aspectos físicos, da funcionalidade, da dor, da condição geral de saúde, assim como da vitalidade, dos aspectos sociais, emocionais e da saúde mental que afetam qualidade de vida destas pessoas⁽¹¹⁾. Contudo à adesão pessoas com DM e/ou HAS ao tratamento e às ações de educação em saúde no contexto da atenção primária, torna-se fundamental instituir estratégias que ampliem a participação ativa destes usuários em ações de promoção à saúde com foco no autocuidado, a fim de minimizar os elevados índices de morbidade e mortalidade dessa população por agravos decorrentes da hipertensão arterial e diabetes mellitus não controlados. Deste modo, o conceito e a prática do autocuidado implicam participação ativa do indivíduo, que exige uma postura dialógica entre profissional de saúde e usuário, para que a oferta do cuidado a hipertensos e diabéticos não esteja focada apenas na consulta médica individualizada e na obtenção dos remédios prescritos, mas também no seu comparecimento em reuniões educativas, as quais contribuem para que usuários compreendam e saibam melhor lidar com suas condições de saúde ⁽¹²⁾.

Partindo-se da premissa de que para oferta de ação de promoção da saúde a hipertensos e diabéticos centrada no autocuidado no contexto da APS, torna-se necessário proceder uma avaliação detalhada das necessidades e prioridades de cada pessoa e a sua percepção acerca de sua condição crônica e o que pensam sobre suas práticas para melhorar seu estilo de vida, realizou-se um estudo que objetivou compreender a percepção de hipertensos e/ou diabéticos sobre sua doença e sobre suas práticas relacionadas ao estilo de vida.

Metodologia

Pesquisa de abordagem qualitativa, realizada no município de Campina Grande/Brasil, o município caracteriza-se com uma das referências no setor saúde no estado da Paraíba, é sede de Regional de Saúde, agregando um total de 70 municípios. A sua rede de serviços de saúde de atenção primária comporta duas Policlínicas, cinco Centros de Saúde e 109 equipes de ESF distribuídas em dez Distritos Sanitários situados, oito na zona urbana e dois na zona rural⁽¹³⁾.

Participaram do estudo 16 indivíduos, selecionados de forma intencional entre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), acompanhados por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), para composição de 02 grupos focais (GF), constituídos por 6 e 10 participantes, respectivamente.

O contato prévio para seleção das pessoas com HAS e/ou DIA a ser incluídas no estudo foi realizada durante a consulta mensal de hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde. Foram incluídos no estudo pessoas com HAS e/ou DM maiores de 18 anos, de ambos os sexos, residentes no município, acompanhados por EqSF.

A coleta de dados foi realizada, em duas UBS, uma na zona sul e outra na zona oeste do município de Campina Grande-PB, através da técnica de Grupo Focal (GF). Foram realizados dois grupos focais, contendo 6 e 10 participantes respectivamente. A operacionalização GF foi realizada pela pesquisadora, na qualidade de moderador, por outros dois pesquisadores, atuando respectivamente, como observador e relator, com expertise na execução da técnica. Antes do início do grupo focal, o moderador expos os objetivos da pesquisa e procedeu a apresentação do grupo. Em seguida, foi explicado o funcionamento do grupo e as regras gerais, de modo a explicitar que no grupo não se busca consenso na discussão a ser empreendida e que a divergência de perspectiva e experiências é extremamente bem vinda⁽¹⁴⁾.

Para execução dos grupos focais foi utilizado um roteiro, contendo na primeira parte as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, grau de instrução, profissão, renda familiar) e na segunda parte, questões que buscaram compreender o conhecimento de pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes acerca de sua doença e de suas práticas relacionadas ao estilo de vida, para exploração do foco de estudo, ou seja, o Grupo Focal propriamente dito. Durante a fase de operacionalização dos grupos focais, os relatos dos participantes foram gravados através de gravador digital, após autorização prévia dos participantes. O primeiro GF teve duração de 39 minutos e 29 segundos e o segundo GF teve duração de 46 minutos e 54

segundos. O encerramento da sessão de grupo focal deu-se pela saturação das alternativas de resposta dos participantes. De acordo com Fontanella et al ⁽¹⁵⁾, considera-se haver saturação empírica quando o pesquisador constata que a interação entre campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para balizar ou aprofundar a teorização, ou seja, interrompe-se a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais apreendidos a partir do campo de observação.

Os dados oriundos do grupo focal foram transcritos na íntegra e submetido à Análise de Conteúdo ⁽¹⁶⁾, modalidade temática, observando os seguintes passos: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Dos relatos do Grupo Focal emergiram 4 categorias relacionadas ao Conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre sua doença, Cuidados com a doença, Facilidades para cuidar da doença e Dificuldades para cuidar da doença. As categorias temáticas resultantes dos relatos foram discutidas com base nos achados da revisão de literatura.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sob CAAE: 01439818.0.0000.5188. O estudo atendeu aos aspectos éticos estabelecidos na Resolução em vigor 466/2012, garantindo o sigilo e o anonimato dos participantes e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Caracterização dos participantes do estudo

Os 16 participantes do grupo focal, oito eram hipertensos, um diabético e sete tinham associados HAS e DM. A idade variou entre 42 anos (mínima) e 82 anos (máxima) e a idade mediana foi de 62 anos. Observou-se um predomínio do sexo feminino (13 participantes),

Quanto ao grau de instrução, sete eram analfabetos, oito com ensino fundamental completo e um ensino superior completo. A renda familiar, variou entre ½ a três salários mínimos, a maioria (10 participantes) com renda familiar de um salário mínimo. Quanto à ocupação, cinco eram aposentados, cinco eram domésticas, três eram donas de casa, um auxiliar de serviços gerais, um ambulante e um era comerciante.

Conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre sua doença

O conhecimento de hipertensos e diabéticos sobre sua doença aponta aspectos relacionados a gravidade da doença com ênfase nas complicações, principalmente da Diabetes Mellitus, conforme segue:

É.... a diabetes, ela corre mais um sério risco do que a hipertensão. Porque, (...) eu fiz cinco cirurgias e não tive nenhum risco. (...) Porque a diabetes, se você tiver com ela...você não pode arrancar um dente, você não pode fazer uma limpeza, você não pode ter um corte que ele não sara logo. E nem pode fazer uma cirurgia. Um risco maior do que a hipertensão (GF2).

O que é que eu sei é que é uma doença muito pesada, muito grave, a qualquer momento o cara pode morrer, a gente pode morrer, se facilitar, morre (GF2).

Agora a diabete pra vista da hipertensão é mais perigosa né? Mais perigosa do que a hipertensão (...) A diabete o pior é isso (GF2).

Outro aspecto referente ao conhecimento sobre sua doença abordado pelos participantes do estudo diz respeito a modificação de comportamentos necessária a adaptação a nova condição clínica, incluindo alimentação, controle pressórico e tratamento medicamentoso, como ilustra os relatos:

É, a gente não deve comer sal, gordura, essas coisas assim, doce demais porque ofende a diabetes (...) É, a pressão, tem que controlar e tomar o remédio certo, é? Pra não ir parar no hospital (GF2).

Eu gostei [da doença] porque eu aprendi a me alimentar direitinho. Porque antes eu comia de tudo e tudo exagerado. Aí, hoje não. Aprendi a gostar de coisas que eu nunca imaginava que ia comer (...). Eu não gostava das verduras. Hoje eu sou louca (GF2).

Contudo, chama atenção o fato de que alguns participantes do grupo focal demonstrarem pouco ou nenhum interesse em conhecer sobre sua doença ou de outras pessoas manifestarem interesse em saber o conhecimento de hipertensos e/ou diabéticos sobre sua doença:

(...) sou hipertensa há muito tempo, mas interessante que eu nunca realmente procurei saber nada a respeito [da doença], de verdade. Me lembro muito das recomendações do médico, pra gente se prevenir né? A gente tem que tomar os remédios certos, na hora certa, isso é o hipertenso, né? Tem que caminhar, o exercício físico, alimentação (GF1).

[...] engraçado... nunca quiseram saber o que eu sei da minha doença, mas só palestravam pra gente, sem a gente falar, bom viu... a senhora quer ouvir a gente (GF1).

Cuidados com a doença

Observa-se nos depoimentos que em relação à categoria temática cuidados com a doença trazem o cotidiano dos hipertensos e/ou diabéticos e as mudanças impostas no seu dia-a-dia e a participação da família neste cuidado.

No que se refere ao cotidiano das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e as mudanças impostas ao seu dia a dia, observa-se que a doença, de certa forma, propiciou a prática de hábitos de vida saudável conforme expresse:

Eu faço tudo direitinho, eu cuido, eu faço pilates (...). Aí eu tomo meu remédio direitinho, quando eu não tomo me dá muita dor de cabeça, me dá aquela leseira na minha cabeça, aí eu tomo o remédio na hora certa, aí pronto. Eu sei assim né, que a gente tem que caminhar, não comer muito sal. O médico disse que eu não comesse sal, não comesse doce, sabe? Aí pronto (GF1).

É pra eu ter uma qualidade de vida melhor, eu tenho que controlar o medicamento, tomar direitinho, porque tem dia que eu assim, eu esqueço até de comer pra poder tomar o remédio, eu tomo o losartana e o hidro de manhã e tomo ele [losartana] a noite também. Certas qualidades de comida eu evito de comer, comida salgada, e muito doce, suco doce, tudo, tudo disso eu evito, e a minha pressão sempre ela é controladíssima (GF2).

Eu estou dando pra fazer caminhada (...) Aí eu tomo meus remédios, agora os remédios eu tomo mesmo passado pelo médico, devido a história da pressão, eu olho ela [hipertensão] (GF1)

Eu... minha comida não tem esse negócio de sal, eu comia macarrão integral, manteiga becel...é aquele queijo ricota, eu não aguento mais nem olhar, porque abusa que não é brincadeira, aí eu tou comendo minha comida normal. Mas é como o meu médico falou (...), que a gente que é diabético pode comer de tudo, não pra exagerar, é assim que eu vivo e graças a Deus eu vivo bem (GF2).

É difícil, porque não é toda hora que eu me controlo não, não é toda hora que eu me controlo de jeito nenhum, não vou mentir. E quando eu tenho vontade de comer eu como, quando dá vontade eu pego uma barra de chocolate, eu sento no sofá e como. E digo ao Senhor: “Senhor tá nas tuas mãos.” (GF2).

O cuidado com hipertensão e/ou diabetes no contexto familiar não é uniforme entre as famílias, os relatos abaixo deixam evidente este fato:

A minha [doença] ninguém fica no meu pé. Meu menino ..., o mais novo, minha menina também, nem fala...não liga, não se preocupa (GF2).

Eu tenho muito apoio da família. De filhos, irmã, é... meu esposo nem se fala, é... ele tem muito cuidado em mim, é... me apoiou muito. Meus filhos, quando eu belisco assim, uma coisinha que eu não posso, aí, eles: “Mais mainha, a senhora num sabe que não pode comer isso assim, assim”, eu digo: “Mas não tem nada não, só uma vezinha não dá pra matar não”, “A senhora é teimosa, né? (GF2)

Facilidades para cuidar da doença

Entre as facilidades para cuidar da doença foram referidas a adaptação à doença, o vínculo com a Equipe Saúde da Família e o fácil acesso ao posto. O relato a seguir evidencia a facilidade de adaptação à doença:

É...a família todinha é hipertensa e diabética. Aí, quando eu vi o médico foi que ele explicou. Ele disse: “O senhor sabe que tem diabetes?”, “Rapaz, minha família... meu pai tinha”. Ele disse: “Então, você tem que cuidar na diabetes”. Aí, pronto. Eu de lá pra cá, eu venho cuidando certo. Ele [médico] ensinou a usar a insulina e foi embora. Só é...um instantezinho, o caba aprende (GF1).

(...) o processo de adaptação da diabetes é totalmente diferente. O médico disse pra mim que eu tinha um problema sério nos rins e que se eu não tomasse insulina eu poderia fazer até uma hemodiálise. Eu passei um ano sem querer tomar insulina. Aí, chegou e ele disse assim: “Ou a senhora toma ou daqui a um mês, a senhora vai fazer a hemodiálise”. Mas eu não quero fazer... Deus me livre. Aí ...tomo a medicação direitinho agora (GF1).

No que se refere à relação entre hipertensos e/ou diabéticos e Equipe de Saúde da Família (EqSF), os depoimentos dos participantes apontam que o estabelecimento de vínculo constitui um aspecto importante no cuidado em saúde.

Esse posto pra mim ele é uma benção. Eu gosto de todo mundo. Adoro. É muito bom aqui. Eu não tenho o que dizer (GF1).

Do atendimento? Assim, quando tem... chega assim, as pessoas... quando saem as pessoas e chega outro, a gente quem tem que lidar com aquelas pessoas, tratar muito bem pra poder tratar a gente muito bem, né? Porque se a gente tratar elas mal, eles vão tratar igualmente. Então...Também não gostam (GF2).

Eu mesmo, pelas vezes que eu já vim aqui, Graças a Deus, apesar que hoje eu vim de novo, Graças a Deus, eu não tenho que falar não. Já faz quase um ano que eu estou com ele [médico], mas é um excelente

médico. Consulta a gente muito bem, escuta, encaminha a gente muito bem. Assim, quando a gente bota a requisição demora um pouco. Isso é... É. Isso é normal. É normal. Mas quando marca eles vão deixar lá na casa da gente (GF2).

Outro fator que facilita o cuidado de hipertensos e/ou diabéticos refere-se à acessibilidade geográfica e organizacional da unidade de saúde, conforme mostra o resultado a seguir:

Depois que... que esse posto aqui... ampliaram esse posto aqui, ficou mais fácil pra gente. Era muito difícil, mas agora tá fácil. A gente tinha que ir pra o outro posto. De madrugada. Só não vem quem não quer, né? Mas o médico tá aí todos os dias. E é gente fina (GF1).

Dificuldades para cuidar da doença

As dificuldades para cuidar da doença mencionadas nos participantes do grupo focal diz respeito a problema de acesso a medicamentos, exames, insumo e transporte, bem como a dificuldade na adesão ao tratamento medicamentoso, conforme observado nas falas:

Às vezes, falta medicação. É a pior parte. (...) Porque a gente não quer que acabe. Que, às vezes, a gente não tem [dinheiro] pra comprar (GF2).

Aqui só é mais difícil, é os exames. Passa um ano dois anos. Você deixa aí. As meninas não tem culpa porque a secretaria não libera (GF1).

Essas palhetinhas que a pessoa verifica a diabetes...também faz bem um mês que apareceu por aqui. Aliás, eu creio que nenhum dos postos aqui estão fazendo. Nem... nem aqui, nem no Maia, nem outro, o dois ali em cima. Acho que nenhum deles sai. Porque já teve... porque já teve tempo de eu tá passando mal, chegar lá ... dizer a menina, e a menina ficar doidinha: “X, não tem, não tem como fazer. O que é que eu faço, eu vou pro X ou pra farmácia, pago cinco reais, pra ver se é a glicose que tá alta (GF2).

É longe né? E os transportes, né? E tem os transportes, tem minha mãe que tomo conta dela, que tem oitenta e dois anos. Aí, pra mim, dificulta, né? Aí...fica difícil (GF2).

Outra dificuldade apontada refere-se à adesão ao tratamento medicamentoso:

(...)o processo de adaptação da diabetes é totalmente diferente. O médico disse pra mim que eu tinha um problema sério nos rins e que se eu não tomasse insulina eu poderia fazer até uma hemodiálise. Eu passei um ano sem querer tomar insulina. Aí, chegou e ele disse assim: “Ou a senhora toma ou daqui a um mês, a senhora vai fazer a hemodiálise”. (GF1).

Não é fácil. Porque, às vezes, a gente se esquece, como alguma coisa que não deve. Às vezes, se esquece, porque não é todo mundo que se... que lembra de tomar o remédio na hora certa. Às vezes, come uma comida salgada, que não é pra comer, né? Aí, pronto, desmantela. Essas são as dificuldades. (GF1).

Discussão

Nota-se que os participantes relacionam a doença com os desconfortos físicos que vivenciam e com suas complicações, como também percepção da doença como algo que podia causar a morte foi comum nas falas dos usuários. Além do medo de morrer, eles associavam a doença ao seu cotidiano, a suas emoções. É mister observar que o conhecimento acerca da doença trazia também a especificidade e peculiaridades da vivência dos entrevistados sobre o que, para eles, era ter a doença.

É perceptível a subjetividade dos participantes acerca de sua doença, eles a percebem como grave risco de morte e não mencionam os conceitos biológicos da doença. Outros pacientes definiram HAS e/ou DM com base nas complicações clínicas. Os entrevistados não conseguiram construir em palavras um conceito de sua doença.

Vários depoimentos demonstraram déficit de conhecimento. Encontrou-se a construção simbólica acerca da doença, como explicitado nas falas. Assim, as declarações obtidas são decorrentes das experiências de vida individuais, tendo as doenças, para os participantes, significados únicos oriundos de suas vivências como sujeitos no mundo. A situação encontrada no estudo mostrou-se preocupante, pois essas pessoas realizavam tratamento para HAS e/ou DM há um período de tempo superior há 1 ano, e ainda demonstravam desconhecimento sobre a doença, o que interfere no autocuidado.

A valorização da escuta qualificada pode estimular a compreensão dos diversos saberes e competências que o usuário desenvolve acerca de sua doença, o que lhes traz autonomia e protagonismo. Ademais, a valorização do trabalho em equipe na complementariedade do tratamento, que também pode ser efetivada nessas atividades, permite a ampliação do atendimento de diversas necessidades de saúde do usuário, para além do motivo da sua busca pelo serviço ⁽¹⁷⁾.

O principal cuidado relatado foi o uso diário dos medicamentos. Contudo, é preciso esclarecer que o controle da HA e/ou DM não reside apenas na ação medicamentosa, outros cuidados devem ser adotados em igual importância para se atingir resultados satisfatórios. Concomitantemente à terapêutica medicamentosa, os indivíduos devem adotar um estilo de vida saudável, eliminando hábitos que constituam fatores de risco para a HA e DM ⁽¹⁸⁾.

Contudo, é amplamente reconhecida na literatura a resistência dos portadores dessa doença à mudança de hábitos e estilos de vida, haja vista seu forte componente pessoal ⁽¹⁹⁾.

Sobre as mudanças no cotidiano das portadoras de hipertensão e diabetes, os participantes mostraram sentimentos contraditórios. Por um lado, apontaram os aspectos positivos das mudanças no estilo de vida, referentes à melhora dos sintomas e da qualidade de vida, além de demonstrarem conseguir levar uma vida "normal" devido ao bom controle da doença. No entanto, ficou também explícita a visão das mudanças no cotidiano como restrições à vida "normal", alterando as atividades diárias e o convívio social.

Diante do exposto, percebe-se que intervenções educativas são necessárias. A educação em saúde das pessoas com HA e DM tem por finalidade influenciar o comportamento do paciente na obtenção de mudanças efetivas, instrumentalizando-o para que, por meio dos seus próprios recursos, desenvolva mecanismos para identificar e prevenir complicações no cotidiano destas pessoas e nas mudanças impostas ao seu dia a dia ⁽¹⁸⁾.

Quanto ao apoio e colaboração dos familiares ao tratamento da HA e DM, foram revelados aspectos positivos e negativos em relação ao convívio familiar, principalmente em relação à alimentação. Os aspectos negativos se relacionavam à não valorização da família ao diagnóstico. O suporte familiar é especialmente importante na adesão do portador de hipertensão e diabetes ao tratamento, uma vez que essas doenças exigem mudanças de estilo de vida que afetam também os outros elementos do núcleo familiar, sendo a participação da família altamente relevante na obtenção e manutenção de hábitos saudáveis ⁽²⁰⁾.

Os hipertensos e/ou diabéticos parecem indicar que, a maior facilidade para cuidar da doença está relacionada com seu estado de saúde, o acesso e vínculo aos serviços e profissionais de saúde, gerando maior conhecimento sobre sua condição, o que contribui para um melhor cumprimento das terapias. Cabe ressaltar que a adesão ao tratamento medicamentoso e o incremento das medidas farmacológicas não podem se restringir às consultas médicas. As equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde e no atendimento aos portadores de HAS e DM ⁽²¹⁾.

A dificuldade em ir ao posto de saúde, exames, medicamentos, insumos, remonta à importância do acesso, seja ele de caráter geográfico ou funcional, ressaltando o papel do funcionamento adequado das Unidades de Saúde da Família (USFs) e de uma rede de saúde que garanta a integralidade da assistência. Em um estudo envolvendo 177 indivíduos hipertensos, identificaram como fatores que dificultam a adesão: o número reduzido de consultas/ano, grande intervalo entre as consultas, deficiências na orientação médica durante a

consulta, desabastecimento de medicamentos no serviço e pouco envolvimento dos pacientes no programa de apoio ao hipertenso ⁽²¹⁾.

No que se refere a não adesão à terapêutica medicamentosa, estudos têm apontado os fatores que mais influenciam: dificuldade de acesso aos medicamentos, complexidade dos esquemas posológicos, quantidade de medicamentos prescritos, a forma como a pessoa compreende sua enfermidade, a descrença do paciente nos profissionais de saúde e o esquecimento do horário da administração dos medicamentos ⁽²¹⁾. O esquecimento é a razão apontada como mais frequente para a não adesão à medicação, seguida das reações adversas, custos e da percepção de que a medicação teria pouca eficácia a patologia. Uma relação eficaz entre equipe multiprofissional e paciente aumenta o envolvimento do paciente na tomada de decisão, colocando-o como protagonista da sua própria doença e, conseqüentemente, aumenta a adesão ⁽²²⁾. Apesar do caráter local do estudo, possa vir a constituir uma das limitações do estudo, os seus achados podem contribuir no fomento mudanças na forma de abordagem no cuidado de hipertensos e/ou diabéticos na lógica do modelo de atenção às condições crônicas.

Conclusão

Este estudo que buscou a compreensão da percepção de hipertensos e/ou diabéticos sobre sua doença e sobre suas práticas relacionadas ao estilo de vida poderá proporcionar aos profissionais da Saúde um olhar singular sobre os significados para indivíduos vivendo em tratamento para a HAS e/ou DM, evidenciou comportamentos e sentimentos dos participantes da pesquisa, mostrando suas atitudes para lidar com a doença no cotidiano da vida diária, seus sentimentos, como tristeza, ansiedade, que pode dificultar o controle dos parâmetros recomendados a estas enfermidades. Cabe destacar que para efetividade do tratamento da HAS e DM é importante a compreensão sobre a história da doença e das orientações para o autocuidado de modo a minimizar o desgaste resultante do tratamento da condição crônica e contribua para o alcance dos resultados.

Vários fatores podem contribuir no comportamento dos entrevistados, destacando-se os aspectos relacionados a doença, tais como a cronicidade e as complicações; ao tratamento, como as reações indesejáveis a medicação e os esquemas terapêuticos complexos; ao paciente, como a idade, o sexo, a escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, hábitos de vida, aspectos culturais e as crenças de saúde, o que reforça as mudanças comportamentais para melhor adesão ao tratamento.

O tratamento da pessoa com DM e/ou HAS e a adoção de atitudes para melhor qualidade de vida constitui um desafio, pois envolve o diagnóstico precoce, as condutas estabelecidas frente às pessoas acometidas resultantes da autonomia e liberdade de vivenciar a sua condição crônica. Estratégias de apoio para essas pessoas em adoecimento crônico devem ser estimuladas, as intervenções devem ter o objetivo da construção compartilhada de conhecimentos que permitam auxiliar essas pessoas na reorganização da estrutura emocional para enfrentamento do tratamento da condição crônica. Dar apoio à pessoa em condição crônica mediante a autonomia e o conhecimento pode facilitar a manutenção do bem-estar físico e mental. Portanto, o maior desafio na atenção à saúde da pessoa com DM e/ou HAS consiste em contribuir para que os indivíduos sejam capazes de conhecer sua própria doença a fim de emponderá-los com medidas de autocuidado e autogestão da doença.

Referências

1. Gyawali B, Ferrario A, Teijlingen EV, Kallestrup P. Challenges in diabetes mellitus type 2 management in Nepal: a literature review. *Globo Health Action*. 2016. [acesso 06 de agosto de 2019.] 9: 10.3402/gha.v9.31704. Published online 2016 Oct/18. doi: 10.3402/gha.v9.31704. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5071649/citedby/>.
2. World Health Organization. Third UN High-level Meeting on Non-communicable Diseases, New York, September 2018.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.5, 2010. [acesso 10 de agosto de 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>.
4. Brasil. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). [acesso 10 de agosto de 2019]. Disponível em: <http://saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>. 2019..
5. OMS - Organización Mundial de la Salud. Diabetes: perfiles de los países 2016. [acesso 10 de abril de 2017] .Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>.
6. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy RP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto

- SP. Arq. Bras. Cardiol. v.91, n.1. São Paulo, 2008. [acesso 10 de setembro]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300005>. 2018.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus, Brasília, Ministério da Saúde, 2013.
 9. Ferreira D. Impacto da adesão terapêutica nos custos dos cuidados de saúde. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. v.30. n. 4. Lisboa. 2014. [acesso 14 de agosto de 2019]. 268-270. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S218251732014000400010.
 10. Calicchio MGMS, Paz KMR, LEMOS PB, Maycon L, Lemos, PL, Cruz GVFS. Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Ciência & Saúde Coletiva, v.23, n.2, Rio de Jan. / Feb. 2018. [acesso 10 de setembro 2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.15062017>.
 11. OPS - Organização Panamericana da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF: 2011.
 12. Campina Grande. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Atenção Básica. [acesso em 19 de setembro de 2019]. Disponível em: <http://portal.pmcg.pb.gov.br>.
 13. Wolkers PCB, Pina JC, W M, Furtado MCCM, Débora F. Crianças com diabetes *mellitus* tipo 1: vulnerabilidade, cuidado e acesso à saúde. Texto & Contexto - Enferm. vol. 28, Florianópolis, 2019 Epub 01-Abr-2019. [acesso 06 de agosto de 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2016-0566>.
 14. Nobrega DO, Andrade ERG, Erika RG, Elda SN. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. Psicologia&Sociedade, v.18, n. 3, Set-Dez, 2016. [acesso 12 de agosto de 2019]. Associação Brasileira de Psicologia Social Minas Gerais, Brasil. Disponível em: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=309347788004>.

15. Fontanella BJB, Lucheis BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo D G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(2):389-394, fev., 2011. [acesso 12 de agosto 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n2/388-394/pt>.
16. Bardin. L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
17. Souza NPG, Oliveira GYM, Girão ALA, Souza LM, Maniva SJCF, Freitas CHA. Adoecimento por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados. *Rev. Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 jan/fev. [acesso 10 de maio de 2019]. 23(1):52-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a09.pdf>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Textos Básicos de Saúde. Série B. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
19. Sociedade Brasileira de Cardiologia- SBC. VII Diretrizes Brasileiras De Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, V. 107, N. 3, Suplemento 3, Setembro / 2016.
20. Rodrigues KAF, Santos ZMSA, Santos, PDS, Bezerra, KAF, Carneiro RF, Aguiar ACT, Rolim KMC, Frota MA. Adesão da mulher hipertensa ao estilo de vida saudável – uma tecnologia educativa em saúde. *Campo Abierto. Revista De Educación*, 37(1),107-118. 2018. [acesso: 09 de agosto de 2018]. Disponível em: <https://relatec.unex.es/revistas/index.php/campoabierto/article/view/3262>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Medeiros, ARC, Araújo YB, Vianna, RPT, Moraes RM. Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 104-118, Jan-Mar, 2014. [acesso 14 de ago de 2019]. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0104.pdf

ARTIGO ORIGINAL 2:

Artigo 2 (TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM)

Mudanças de estilo de vida de pessoas com hipertensão e/ou diabetes: limites e perspectivas

RESUMO

Objetivo: investigar o conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre suas práticas relacionadas ao estilo de vida.

Método e análise: estudo qualitativo, de caráter descritivo, coleta de dados com a técnica de Grupo Focal, com 16 usuários hipertensos e/ou diabéticos atendidos em duas unidades, da Estratégia Saúde da Família do agreste paraibano. Os dados foram transcritos na íntegra e submetido à Análise de Conteúdo, modalidade temática.

Resultados: três categorias temáticas emergiram dos relatos: 1. Importância de uma alimentação saudável, 2. Importância da prática de atividade física e 3. Fragilidades e potencialidades da terapia medicamentosa.

Conclusão: o conhecimento de hipertensos e/ou diabéticos sobre suas práticas de estilo de vida diz respeito a comportamento e hábito alimentar, a importância da atividade física e a necessidade de uma terapia medicamentosa melhor compreendida, que evidenciou ser fundamental para saber como e onde interferir na motivação dos indivíduos, levando-os à adoção de uma vida saudável.

Descritores: Estratégia Saúde da Família-Hipertensão Arterial-Diabetes Mellitus

INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento da população acarreta um incremento das condições crônicas. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE (2008) mostram que 77,6% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade afirmaram ser portadores de doenças crônicas e, um terço deles com mais de uma doença crônica.¹

Dentre as doenças crônicas, cabe destacar que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) constituem um desafio para saúde pública

mundial em função da prevalência. A hipertensão arterial é definida como uma condição clínica multifatorial associada, na maioria das vezes, a alterações metabólicas e mudanças na estrutura e/ou funcionamento de órgãos-alvos. De acordo com a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, seu diagnóstico é obtido a partir de elevados níveis de pressão arterial, tendo como valores limítrofes 140/90 mmHg em, no mínimo, duas aferições. Quando não controlada, o indivíduo pode sofrer consequências graves, principalmente, o acidente vascular encefálico e a doença isquêmica do coração.² Portanto, a HAS constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e vasculares e, o abandono da população ao tratamento medicamentoso e a falha do tratamento comportamental é apontada como a principal causa do agravamento dessa doença.³

O Diabetes Mellitus consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 415 milhões de portadores de DM mundialmente. A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macro vasculares, ao aumento de morbidade, a redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. Os fatores causais dos principais tipos de DM são genéticos, biológicos e ambientais, ainda não são completamente conhecidos.⁴ No cenário mundial a diabetes vem tornando um importante problema de saúde pública por apresentar alta morbidade e mortalidade resultante de complicações clinicamente graves. Estimativas globais, em 2014, sugerem que o número de pessoas com diabetes tipo 2 foi 422 milhões (8,5% da população adulta mundial), com o número projetado para aumentar para 642 milhões em 2035 e mais de 75% dos novos casos de diabetes tipo 2 em adultos.⁵

A chance de associação das duas patologias permeia os 50%, além do fato, de possuírem etiologias e fatores de riscos semelhantes como o hábito de vida, obesidade, sedentarismo, alimentação, principalmente com elevado consumo de sal, serem crônicas, ou seja, de longa duração, acrescenta-se ainda o fato de uma dessas doenças ser fator de risco para adquirir a outra, e quando associado ao tabagismo, dislipidemias e o sedentarismo, constituem os fatores de risco de maior prevalência conhecidos e controláveis das doenças cerebrovasculares e das doenças cardíacas isquêmicas.²

O controle de doenças crônicas, exige que o indivíduo seja informado e participe ativamente do manejo de sua doença. Comportamentos individuais, como ter uma dieta saudável e realizar atividade física, cumprir o tratamento farmacológico indicado, solicitar consultas e atendê-los, têm um papel importante no controle dessas doenças. Para que o tratamento da HAS e DM tenham bons resultados, a promoção da autonomia é uma prioridade, os indivíduos devem ser informados sobre a doença que têm, participar de decisões relacionadas ao seu tratamento e ter confiança suficiente para expressar suas preocupações ao pessoal de saúde, com quem deve haver uma relação de respeito mútuo, para o empoderamento de um estilo de vida saudável.⁷

Estilo de vida saudável pode ser conceituado, como um conjunto de decisões e atitudes individuais, passíveis de algum nível de controle, que exercem influência sobre a saúde. Consiste, portanto, em um padrão de comportamento que reflete valores, atitudes e oportunidades, capazes de influenciar positivamente ou negativamente o nível de saúde do homem e, portanto, sua qualidade de vida. Assim, uma pessoa que adota estilo de vida saudável, possivelmente está prevenindo ou controlando o risco da HAS e/ou DM, ou até mesmo controlando estes agravos, evitando o surgimento de complicações.⁸

Ressaltamos que as características e condições que aumentam o risco de ocorrência de HAS e DIA são bem conhecidos e podem ser classificadas como: fatores de risco constitucionais, dentre os quais podemos citar a idade, raça, sexo e história familiar, e os fatores de risco associados ao estilo de vida adotado, como obesidade, alimentação inadequada, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, ingestão excessiva de sódio e estresse.²

Por conseguinte, as condutas de estilo de vida saudável ou adequado à prevenção do risco e ao controle da HAS e/ou DM constituem-se de: alimentação adequada (baixo teor de sódio e gorduras, bem como refeições fracionadas com predomínio de vegetais e carnes brancas); prática regular de exercício físico; gerenciamento do estresse; abstenção de vícios (álcool, tabaco e drogas ilícitas) e uso regular da medicação anti-hipertensiva e hipoglicemiantes.² O que tornou relevante a realização do estudo que buscou investigar o conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre suas práticas relacionadas ao estilo de vida, uma vez que conforme refere Freire, o ser humano não pode ser compreendido fora

de seu contexto, ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre seu lugar no mundo, sobre sua realidade.⁹

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa¹¹, realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), vinculada a Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada em município do Agreste Paraibano.

Segundo dados do IBGE, o município cenário do estudo, conta com uma população fixa de 400.000 habitantes, e mais de meio milhão de população flutuante, devido principalmente ao polo educacional e aos postos de emprego. O município caracteriza-se com uma das referências no setor saúde no estado da Paraíba, é sede de Regional de Saúde, agregando um total de 70 municípios. A sua rede de serviços de saúde de atenção primária comporta duas Policlínicas, cinco Centros de Saúde e 109 equipes de ESF distribuídas em dez Distritos Sanitários situados, oito na zona urbana e dois na zona rural.¹²

Os participantes do estudo foram 16 indivíduos, selecionados de forma intencional entre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus, acompanhados por 02 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), para composição de 02 grupos focais (GF), constituídos por 6 e 10 participantes, respectivamente.

O contato prévio para seleção de pessoas com HAS e/ou DIA a serem incluídas no estudo foi realizado durante a consulta mensal de hipertensos e diabéticos na UBS, durante o mês de Fevereiro e Maio de 2019.

Foram incluídos no estudo pessoas com HAS e/ou DM maiores de 18 anos, de ambos os sexos, residentes no município e acompanhados por EqSF e foram excluídas as pessoas com HAS e/ou DM que apresentassem déficits cognitivos, fala e audição que impossibilitassem responder as questões do roteiro de entrevista e que não compareceram ao grupo na fase da coleta dos dados.

A coleta de dados foi realizada através da técnica de Grupo Focal (GF)¹³, A operacionalização do GF foi realizada pela pesquisadora na qualidade de moderador e por outros dois pesquisadores, atuando respectivamente, como observador e relator, com expertise na execução da técnica. Antes do início do grupo focal, o moderador expos os objetivos da pesquisa e procedeu à apresentação no grupo. Em seguida, foi explicado o funcionamento do grupo e as regras gerais, de modo a

explicitar que no grupo não se busca consenso na discussão a ser empreendida e que a divergência de perspectiva e experiências é extremamente bem-vinda.

Na fase seguinte, foi solicitado a cada pessoa com HAS e/ou DIA selecionada para o estudo, o consentimento em aceitar participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e o Termo de Autorização para Gravação de Áudio – TAGA. Todos os participantes assinaram o TCLE e TAGA.

Após uma breve rodada de apresentação dos participantes, iniciou a exploração do foco de estudo, ou seja, o Grupo Focal propriamente dito, mediante a utilização de um roteiro de entrevista contendo a caracterização sociodemográfica dos participantes e das seguintes questões que buscava suas práticas relacionadas ao estilo de vida: Fale sobre o que o senhor (a) faz para cuidar da sua doença, fale sobre o que o senhor (a) entende por alimentação saudável e fale sobre o que o senhor (a) entende fazer atividade física.

O encerramento da sessão de grupo focal deu-se pela saturação das alternativas de resposta dos participantes segundo Fontanella et al ¹⁴. Os dados oriundos do grupo focal foram transcritos na íntegra e submetido à Análise de Conteúdo¹⁵, modalidade temática, observando os seguintes passos: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Emergiram dos relatos três categorias temáticas: Conhecimento sobre a importância de uma alimentação saudável, Conhecimento sobre a importância da prática de atividade física e Fragilidades e Potencialidades da terapia medicamentosa.

Os relatos que caracterizaram cada categoria temática foram apresentados com a letra GF para designar Grupo Focal, seguida do número arábico 1 e 2 referente aos quantitativos de grupos focais realizados. Em seguida, procedeu-se à discussão dos resultados com base nos achados da revisão de literatura.

O protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sob n. 3.033.768. Cabe mencionar que durante a execução do estudo foram observados os aspectos éticos conforme estabelecidos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Caracterização dos participantes do estudo

Dos 16 participantes do grupo focal, oito eram hipertensos, um diabético e sete tinham associados HAS e DM. Maioria do sexo feminino. A idade variou entre 42 anos (mínima) e 82 anos (máxima) e a idade mediana foi de 62 anos, com concentração na faixa etária entre 61 a 70 anos.

Quanto ao grau de instrução dos 16 participantes, sete eram analfabetos, oito tinham o ensino fundamental (I e II) e um tinha o ensino superior completo. A renda familiar, variou entre $\frac{1}{2}$ a três salários mínimos, com predomínio de indivíduos (10) que recebiam 1 salário mínimo. Quanto à ocupação, cinco aposentados, cinco trabalhadoras domésticas, três donas de casa, um auxiliar de serviços gerais, um ambulante e um comerciante.

Conhecimento sobre a importância de uma alimentação saudável

O conhecimento de hipertensos e/ou diabéticos sobre as práticas relacionadas ao estilo de vida, aponta aspectos que diz respeito à importância de uma alimentação saudável traduzidas através de mudanças de comportamentos e hábitos alimentares para cuidado com sua condição crônica.

As mudanças referentes a comportamento alimentar, mencionados pelos participantes, envolve a redução na ingestão de sal, introdução alimentos considerados com reguladores, a exemplo de verduras, legumes; e alimentos construtores, como carne branca.

Comida sem sal é ruim demais, vixe. Eu aprendi a comer com limão, limão a gente bota porque ele vai substituir sal. Eita, (...) tá comendo duas massas (...) Meu problema é justamente o bendito doce. (...) lá em casa, a gente, a gente faz muita opção de peixe, frango, como muito mato, eu digo porque é matarada, de tudo que é verde e outra coisa vermelho né? E eu diminui o doce, eu acho que sim... pelo menos, por exemplo, em termos de dormir, faço exercício, caminho, parei um pouco porque eu estava com artrose, mas em termos da alimentação sim e quantidade entendesse? É uma qualidade da alimentação, mas eu como de tudo. Por exemplo assim, se eu comer arroz, eu não como macarrão, estou diminuindo mais agora, agora feijão tem que ter todo dia (GF1).

Assim, comer bastante verdura, né? Fruta...Batata doce. Carne branca. Carne branca, peixe, frango, né? Já foi o médico que disse pra gente. Comer carnes grelhadas, né? O açúcar que eu uso é aquele açúcar preto (GF2).

Verdura, fruta, frango grelhado... É legumes, é.... evitar refrigerante, sal nada. É evitar bolo (GF2).

Saudável é comer pouco, é feijão, feijão com arroz, um pedacinho de carne, agora minha comida é pouca, sabe? Um pouquinho de farinha (GF2).

A adoção de Hábito alimentar saudável se reveste de importância principalmente para pessoas com hipertensão e/ou diabetes, contudo os relatos ilustram certa “resistência” de alguns participantes do GF em seguir uma dieta adequada a sua condição clínica:

Sim, aí eu fui pra nutricionista e ela disse que o brasileiro se alimenta muito mal, tem que comer cinco vezes ao dia, mas só que não exagerado né? Como a gente come, que a gente come muito exagerado. Eu tava com um problema de fígado, aí o médico disse que eu nem comesse muito e nem comesse pouco, só que eu exagerei, eu não sei fazer a dieta como fala a nutricionista... mas não como sal, de jeito nenhum, não gosto de sal não, desse jeito. É Feijão é muito forte, se não comer feijão fica com fome de novo. Eu adoro feijão, feijão preto, feijão macassa, de todo jeito eu gosto (GF1).

A minha alimentação eu como tudo, graças a Deus. Tudo eu como é feijão, arroz, carne, carne de porco, como tudo. Eu como insosso. Eu fico passando mal se eu comer sal demais. Boto só um pouquinho pra não abusar... Olha o que ele [médico] passou: primeiro que não comesse gordura, cortasse gordura, né? Não pode tá comendo gordura nem certas qualidades de fruta. Gordura, essas coisas você não pode tá comendo, que ofende (GF1).

E a minha alimentação eu como granola, linhaça, é....chia, aí aveia, aí de manhã eu faço uma vitamina com mamão a chia, linhaça e a granola e aveia, eu tomo com leite que é aquele molico, aí eu tomo com uma hora, uma e meia estou sem fome... só o que eu como de manhã, só (GF2).

Bem, lá em casa eu faço como a história, eu gosto de comer arroz, meu feijãozinho, macarrão... É, mas eu não gosto de comer a história de doce. Não como sal, essa comida de sal também não, mode a pressão, né? Por causa da pressão, pra pessoa comer sal também, não vai né? (GF1)

Conhecimento sobre a importância da prática de atividade física

Observa-se nos depoimentos que o conhecimento sobre a importância da prática de atividade física, os participantes se expressaram através da prevenção, tratamento de doenças e da manutenção da saúde.

Prevenção e Tratamento de Doenças

(...)eu faço pilates, aí lá tem ajuda a combater o estresse né? Eu acho que é um tratamento [pilates], que a gente fica boa, eu fiquei boa graças a Deus. Um tratamento, mas ela mandou eu caminhar sabe? Que ajuda bastante. Eu caminho, faço exercício também em casa assim, mas minha pressão ainda é alta... É muito importante, assim pra saúde. É importante, mas dizem que é mais pra circulação do sangue né? O médico disse que é mais pra circulação. Que é importante é. Serve pra saúde também né? Pra tudo, pro colesterol, pro triglicerídeos. A gente fica bem leve (GF1).

É bom uma caminhadinha, uma caminhada de tarde cedo, é bom. De vez em quando eu faço, só não faço direto. Não, não é todo dia não que caminho. Ajuda em muitos problemas de rins, de colesterol, essas coisas, sempre melhora. Se sente melhor, mais leve, mais disposto pra tudo. Eu custo dá uma caminhada, porque eu já ando, eu não paro em casa, fico andando...vou pra ali, vou pra acolá. A caminhada é bom, tanto mexe com o organismo como com as veias, sei que é bom, se o caba parar não dá não (GF1).

Agora caminhar de casa pra escola. É importante, em muitas coisas. Circulação do sangue. Ajuda na circulação do sangue, a não engordar muito, né? Colesterol, né? Muita coisa, a caminhada serve pra muita coisa, dito pelos médicos, dito por outras reuniões que já fui em outros lugares, que a caminhada vale pra muita coisa (GF2).

Manutenção da Saúde

Eu...agora eu faço como o outro, se você parar, primeiro as minhas pernas começam logo a ficar cansada, sabe! A gente que faz atividades todos os dias, quando você para, eu pelo menos, o primeiro sintoma são as pernas cansadas, é como se as pernas cansassem, pedisse justamente uma atividade, entendesse? A minha fica cansada, dá uma canseira, né interessante, né? Pelo fato de eu não caminhar, não ter feito exercício... O corpo pede... Pra mim é importante demais. É importante, mas dizem que é mais pra circulação do sangue, né? O médico disse que é mais pra circulação. Que é importante... é! (GF1).

Potencialidades e fragilidades da terapia medicamentosa

Atitudes e comportamento necessários aos pacientes para uma melhor adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico podem ser comparadas àquelas exigidas para praticar exercícios físicos, mudar padrões de alimentação ou

parar de fumar, considerando também os interferentes sociais e culturais que influenciam o doente crônico, o seu grau de conhecimento, seu saber, suas habilidades, suas atitudes, seus comportamentos, suas expectativas, suas inseguranças e seus medos em relação a terapia medicamentosa.

Um dos aspectos relevantes do estilo de vida refere-se à terapia medicamentosa adequada e bem administrada. Neste sentido, a reflexão sobre a terapia medicamentosa destas pessoas com hipertensão e/ou diabetes, apontaram potencialidades e fragilidades, como segue:

A minha sei, a minha sei. Sei, de manhã, eu só tomo [losartana] um pela manhã. E o outro [AAS] eu gosto de tomar por conta mesmo (GF1).

Eu lembro sim. Tenho bastante cuidado. Nove horas losartana... nove horas da manhã, eu posso esquecer da comida, mas do remédio eu não esqueço... não. Eu sou que nem cobra de farmácia...Ave Maria, enquanto eu não tomar eu não faço nada (GF2).

Eu experimentei.... eu tomei todos que tinha aqui no posto e não me dei com nenhum. Captopril parecia que você tinha fumado o cigarro do mundo todinho. Era aquela... era aquela coceira na garganta com aquele pigarro. E o outro quando eu tomava, a minha pressão só era alta, só era alta. Aí, eu fui pra o médico, ele mandou eu bater o raio X, fazer uma... um eletro. Depois, fiz um eco, aí, ele trocou o medicamento. Depois que ele trocou pra losartana e o hidro, eu não tive mais nada (GF2).

Eu, deixe eu dizer a minha, a minha eu tomo na hora certa, losartana eu tomo de sete da manhã e sete da noite... Lembro, eu tomo direitinho, de meio dia eu tomo esse daqui, é o AAS. Eu não esqueço não, óh... se eu não levar pra os cantos, aí eu me esqueço (GF1)

Minha filha que me dá o comprimido na hora. Já, é porque se é pra tomar um eu quero tomar logo dois, aí não posso. As caixas eu já pego errada, se for pra eu tomar assim. Aí pronto, aí é minha filha que me dar os meus comprimidos, os meus remédios. Eu ainda me esqueço ainda, aí ela diz: "Mãe, o comprimido" (GF2).

Quando eu vou sair no dia de manhã eu boto tudo dentro de uma bolsinha, os que eu tenho que levar...tudinho. Hoje mesmo eu nem tomei a insulina de manhã, porque de seis hora da manhã eu estava vindo pro hospital X, saí de casa era cinco e meia, seis horas eu já estava aqui no hospital da X. Esqueci completamente, e quando eu vim agora que eu fui é.... pra chegar pra pegar a consulta pra o médico eu também não tomei porque eu tomo depois do almoço, eu almocei e não tomei. Eu só tomei um gole de água e saí, mas hoje eu não tomei nenhum horário ainda, só vou o que? Só vou tomar só de noite, e a insulina como eu tomo cinquenta depois do café, não adianta tomar agora que eu almocei, que agora eu tomo depois do almoço Glifage e o AAS de 100, aí eu não tomei, esqueci (GF2).

Eu esqueço pelo seguinte: porque a minha correria é muito grande, entendeu? A minha correria é muito grande aí eu esqueço de tomar, mas aí eu... quando...me lembro aí eu tenho que tomar, né? Aí já pra eu não me esquece aí eu agora faço assim: eu tomo café, né? Aí, antes de eu tomar café eu já boto ele assim, em cima da mesa, porque aí eu não tenho como esquecer, né? Aí eu tomo café, aí eu dou um intervalinho, aí eu vou tomar o da pressão, o da diabetes, aí de noite é a mesma coisa, que eu tomo duas vezes por dia. De manhã eu tomo três da diabetes, aí tomo dois da pressão, aí de manhã, né? Aí quando é de noite eu tomo mais um da diabetes, um da pressão, um pra o colesterol e um calmantezinho pra dormir porque tem que tomar mesmo, sabe? Clonazepam. Se não tomar não durmo a noite (GF2).

DISCUSSÃO

A investigação sobre o conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre suas práticas relacionadas a estilo de vida mostrou que na percepção dos participantes, o estilo de vida está relacionado ao comportamento e hábitos alimentares, à importância de se fazer atividade física e a reflexão sobre as facilidades e as dificuldades em relação a terapia medicamentosa.

De acordo com Vaz e Bennemann¹⁶, o comportamento alimentar é um conjunto de ações relacionadas ao alimento, que envolve desde a escolha até a ingestão, bem como tudo a que ele se relaciona. Já o hábito alimentar é a resposta do indivíduo frente ao alimento ficando caracterizado pela repetição desse ato. Fica evidente que, o comportamento alimentar promove o hábito alimentar. Por se tratar de conceitos tão interligados e complementares, o entendimento dos dois significados e de suas diferenças é fundamental para o sucesso em todos os tipos de tratamentos, intervenções e ações preventivas relacionadas aos hipertensos e/ou diabéticos.

Mudar atitudes é uma tarefa bastante difícil e complexa, pois envolve além de muito estudo e pesquisa, a própria formação do indivíduo. Neste caso, fica nítido que as estratégias diferenciadas são necessárias para que isso ocorra efetivamente. É neste aspecto que se evidencia a necessidade de uma intervenção, não só no aspecto prático do que comer ou como comer, mas na questão cultural e até educacional, uma vez que o entendimento destes é fundamental para saber como e onde interferir na motivação dos indivíduos, levando-os à adoção de uma alimentação saudável. Diante de tal fato, observamos a necessidade de uma melhor compreensão, uma vez que o entendimento destes é fundamental para saber como

e onde interferir na motivação dos indivíduos, levando-os à adoção de uma alimentação saudável.¹⁶

Os participantes expressaram que a atividade física tem uma grande importância para sua doença crônica, por sua eficácia no controle sobre sua doença, proporcionando uma qualidade de vida melhor por meio desta prática, favorecendo a promoção, manutenção e recuperação da saúde.

De acordo com Silva Neto e Soares¹⁷ a prática regular de atividade física, que para doentes crônicos há tempos atrás era iniciada apenas por recomendação médica, deve-se cada vez mais fazer parte de um estilo de vida e por isso o número de adeptos de um processo de envelhecimento mais saudável e ativo vem crescendo e percebemos o quanto essas pessoas têm surpreendido com a sua capacidade de desempenhar atividades físicas e intelectuais, quebrando o paradigma de que o doente crônico é sinônimo de inatividade pessoal e social, o que demonstra que cada vez mais a população está buscando maneiras que lhes garantam boa qualidade de vida na doença e na velhice.

Os benefícios oriundos da atividade física para a população idosa, além de ajudar a alcançar o bem-estar físico, o bem-estar mental, melhora da autoestima e fortalecimento das relações sociais e interpessoais. Nessa perspectiva, a atividade física se torna fundamental para prevenção e combate de doenças como a hipertensão, derrames, varizes, obesidade, diabetes, osteoporose, problemas de coração e pulmões e fortalecimento do sistema muscular.¹⁷

Nos presentes grupos focais, observa-se que a adesão ao regime terapêutico está significativamente associada à capacidade funcional destas pessoas, principalmente das idosas. A terapêutica medicamentosa ocupa um lugar de primordial importância, quer pela sua ação curativa quer pela preventiva. A Organização Mundial de Saúde¹⁸ considera como determinantes na adesão à terapêutica: os fatores econômicos e sociais, o sistema de saúde, as características da doença, a terapêutica e o doente.

Vale ressaltar que esse grupo apresenta características em relação à utilização da farmacoterapia, se observa falta de qualidade da terapia medicamentosa, com a presença de polifarmácia, do uso de medicamentos

inadequados e da duplicidade terapêutica, o que contribui para um maior risco de reações adversas e interações medicamentosas.

Mais de 85% dos idosos no Brasil têm pelo menos uma enfermidade crônica e cerca de 15% apresentam até cinco dessas doenças, como hipertensão e diabetes. Esses problemas crônicos são responsáveis por afetar a funcionalidade de órgãos e tecidos, que já estão comprometidos pelo processo de envelhecimento, e são acompanhados por uma maior demanda pelos serviços de saúde. A prescrição de medicamentos é a intervenção terapêutica mais realizada por clínicos e predispõe a população idosa aos riscos da prática de polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos ou de pelo menos um medicamento desnecessário. Esta prática ocorre, muitas vezes devido à falta de uma revisão regular do regime terapêutico pelos profissionais de saúde e a sua consequência, especialmente no idoso, é grave podendo ser até fatal devido às alterações nos processos farmacocinéticos e farmacodinâmicos, que interferem na metabolização dos fármacos podendo ser mais frequentemente tóxicos.¹⁹

Além das peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica destes indivíduos, deve-se considerar na prescrição o custo e o grande número de medicamentos prescritos, bem como a falta de adesão a terapia devido a dificuldades de compreensão da mesma, diminuição da acuidade visual e o esquecimento, comum nesta faixa etária, especialmente devido ao comprometimento cognitivo. Segundo a OMS, a adesão a tratamentos está relacionada a fatores determinantes, como: a severidade dos sintomas, nível de incapacidade (física, social, psicológica), taxa de progressão, severidade da doença e existência de comorbidades. Um dos fatores mais claramente relacionados envolve características da terapia medicamentosa e seu nível de complexidade, evidenciando que o número de medicamentos apresenta importante efeito sobre a adesão. Com isso, a não adesão ao tratamento pode agravar o quadro de saúde dos hipertensos e/ou diabéticos ou até mesmo levar ao aparecimento de complicações, podendo resultar em efeitos indesejáveis, levando a internações e elevando o custo dos serviços de saúde.²⁰

Portanto, o aconselhamento acerca do uso racional de medicamento é prática importante para a população em geral e em especial para este grupo, em função da

presença frequente de múltiplas patologias, requerendo terapias diferentes, as quais podem resultar no uso concomitante de vários medicamentos. Diante disso, destaca a importância de prestar ações educativas e orientações sobre o regime terapêutico como aspecto benéfico à saúde destes pacientes e ao processo de promoção da saúde, apresentando estratégias facilitadoras para implantar o serviço de Atenção Farmacêutica e que esses recursos sejam um referencial aos estabelecimentos de saúde.

CONCLUSÃO

O conhecimento de hipertensos e/ou diabetes sobre suas práticas de estilo de vida diz respeito a comportamento e hábito alimentar, a importância da atividade física e à necessidade de uma terapia medicamentosa melhor compreendida, que evidenciou ser fundamental para saber como e onde interferir na motivação dos indivíduos, levando-os à adoção de uma vida saudável.

O estilo de vida está relacionado às escolhas diárias do indivíduo, de quanto e como realizar as atividades físicas, qual quantidade e qualidade da alimentação e boa ingestão hídrica, da terapia medicamentosa adequada e bem administrada. Os hábitos adquiridos e o estilo de vida adotado durante a vida poderão determinar a funcionalidade do organismo.

Especificamente, na Hipertensão Arterial Sistêmica e na Diabetes Mellitus a modificação do estilo de vida poderá impactar positivamente para minimizar as complicações resultantes dessas condições clínicas e nesse contexto, a informação tem o poder de mudar padrões previamente estabelecidos e contribuir para formação de novos hábitos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Cidades 2008 [internet]. [cited 2019 Jul 10]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/KEM..>
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VII Diretrizes Brasileiras De Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [internet]. São Paulo, v 107, n 3, [cited 2019 Abr 10] 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
3. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.22, n.4, p. 547 – 553, jul. – ago. 2014.
4. DSBD – Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017 - 2018. Classificação e diagnóstico do diabetes mellitus: conceito e classificação do diabetes mellitus. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017.
5. OMS - Organización Mundial de la Salud. Diabetes: perfiles de los países [internet] 2016. [cited 2019 Abr 10]. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias [internet]. Brasília (DF): MS; 2013 [cited 2019 Ago 04]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doe ncas_cronicas.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica prioritárias. Brasília (DF): MS; 2014.
8. Rodrigues KAF, Santos ZMSA, Santos PDS, Bezerra KAF, Carneiro RF, Aguiar ACT et al. Adesão da mulher hipertensa ao estilo de vida saudável – uma tecnologia educativa em saúde. Campo Abierto. Revista De Educación [internet] 2018 [cited

2018 Ago 09] 37(1),107-118.. Disponível em:
<https://relatec.unex.es/revistas/index.php/campoabierto/article/view/3262>.

9. FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

10. Leal CS, Silva DV, Silva MCC, Bastos KAS, Rocha filho DR. Avaliação epidemiológica dos pacientes diabetes mellitus e hipertensão arterial. Journ. Inter. Bioc. [internet] 2018. (3), n1 [cited 2018 Jul 10]. Disponível em:
<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/jibi>.

11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. São Paulo: Hucitec; 2008.

12.. Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (SMSCG). Departamento de Atenção Básica. [cited 2019 Set 19]. Disponível em: <http://portal.pmcg.pb.gov.br>.

13. Nóbrega DO, Andrade ERG, Melo ESN. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. Psicologia & Sociedade [internet] v. 28, n. 3, septiembre-diciembre, [cited 2019 Ago 12] 2016. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309347788004>.

14. Fontanella BJB, Lucheis BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(2):389-394, fev. [cited 2019 Ago 12] 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n2/388-394/pt>.

15. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

16. Vaz DSS, Bennemann RM. Comportamento Alimentar e Hábito Alimentar: uma revisão. Revista Uningá Review, v. 20, n. 1, jan. [cited 2019 Ago 15] 2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1557>>

17. Silva neto MF, Soares DJ. Atividade física na terceira idade: um estudo de caso do projeto Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI) na cidade de Feira de Santana/BA. [cited 2019 Ago 14] 2018. 13. Disponível em:
<http://repositorio.unilab.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/677>.

18. OMS - Organización Mundial de la Salud. Diabetes: perfiles de los países. [cited 2017 Abr 10] 2016. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>.
19. Delwing MB, Carvalho DOI, Engroff P, Scheer LEI, Máximo BF, Morrone FB. Avaliação do entendimento da prescrição por idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. PAJAR [internet] 2017 [cited 2019 Ago 15] v5, n2 (55-61). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/pajar/>.
20. Piloto DM, Cardoso JAR. Atenção Farmacêutica ao Idoso: Uma Revisão. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR [internet]. 2014-2015 [cited 2019 Ago 15] v9, n1, (60-66). Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130_215818.pdf.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo que buscou compreender o conhecimento das pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes acerca de sua doença e sobre suas práticas relacionadas ao estilo de vida evidenciou comportamentos e sentimentos dos participantes da pesquisa, mostrando suas atitudes para lidar com a doença no cotidiano da vida diária, seus sentimentos, como tristeza, ansiedade, que pode dificultar no controle dos parâmetros recomendados a estas enfermidades.

Observa-se que vários fatores podem contribuir no comportamento dos entrevistados, destacando-se os aspectos relacionados a doença, tais como a cronicidade e as complicações; ao tratamento, como as reações indesejáveis a medicação e os esquemas terapêuticos complexos; ao paciente, como a idade, o sexo, a escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, hábitos de vida, aspectos culturais e as crenças de saúde, o que reforça as mudanças comportamentais para melhor adesão ao tratamento.

Sobre alimentação saudável destacou-se mais a questão de seus comportamentos e hábitos frente ao alimento. Neste aspecto que se evidencia a necessidade de uma intervenção, não só no aspecto prático do que comer ou como comer, mas na questão cultural e até educacional, uma vez que o entendimento destes é fundamental para saber como e onde interferir na motivação dos indivíduos, levando-os a adoção de uma alimentação saudável.

Os participantes expressaram no GF que a atividade física tem a grande importância para sua condição crônica, por sua eficácia no controle sobre sua doença, proporcionando uma qualidade de vida maior por meio desta prática, favorecendo a promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Nota-se que esse grupo apresenta fragilidades na terapia medicamentosa, expressa pela presença de polifarmácia, do uso de medicamentos inadequados e da duplicidade terapêutica, o que contribui para um maior risco de reações adversas e interações medicamentosas. Portanto, o aconselhamento acerca do uso racional de medicamento é prática importante principalmente a hipertensos e/ou diabéticos, em função das comorbidades associadas, cuja terapêutica podem resultar no uso de

vários medicamentos de forma concomitante. Neste sentido, destaca a importância de prestar ações educativas e orientações voltadas à atenção farmacêutica uma vez que a terapêutica medicamentosa ocupa um lugar de primordial importância para estes indivíduos, quer pela sua ação curativa quer pela preventiva.

Portanto, o maior desafio na atenção à saúde da pessoa com DM e/ou HAS consiste em contribuir para que os indivíduos sejam capazes de conhecer sua própria doença a fim de emponderá-los com medidas de autocuidado e autogestão da doença, com consequente prevenção do desenvolvimento de complicações associadas a sua doença.

Espera-se que os resultados deste estudo possa contribuir para ampliação na produção de conhecimento que possibilite a identificação de prioridades de intervenção para melhoria da atenção dessas pessoas e estima-se que os resultados possibilitem a reflexão sobre as condições crônicas no contexto estudado, propiciando um debate sobre as mudanças de estilo de vida na população em geral e particularmente entre pessoas com HAS e/ou DM.

REFERENCIAS

AZEVEDO, Priscila Rique; SOUSA, Maílson Marques; SOUZA, Nailza, Figueiredo; OLIVEIRA, Simone Helena dos Santos. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. **Rev Fund Care Online**. 2018 jan. / mar.; 10(1):260-267. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.260-267>. Acesso em: 06 de Julho 2018.

BARDIN. L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BOUSQUAT, Aylene; GIOVANELLA, Ligia; CAMPOS, Estela Márcia Saraiva, ALMEIDA, Patty Fidelisde Almeida; MARTINS, Cleide Lavieire; MOTA, Paulo Henrique dos Santos et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciênc Saúde Colet**, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>. Acesso em: 24 de Setembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 35. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**, Brasília, Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 1. ed., 4. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Textos Básicos de Saúde. Série B. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CALICCHIO, Maria das Graças de Mendonça Silva; PAZ, Késia Marisla Rodrigues; LEMOS, P. BASÍLIO, Maycon Luiz; LEMOS, Patrícia de Lima; CRUZ, Gênesis Vivianne Soares Ferreira. Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.2, Rio de Jan. / Feb. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.15062017>. Acesso em: 10 de Set. 2018.

CESARINO Claudia B.; CIPULLO, José Paulo; MARTIN, José Fernando Vilela; CIORLIA, Luiz Alberto; GODOY, Maria Regina P.; CORDEIRO, José Antonio; RODRIGUES, Isabela C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arq. Bras. Cardiol.** v.91, n.1. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300005>. Acesso em: 10 de setembro 2018.

DELWING, Mayara Becker; CARVALHO, Daniela de Oliveira; ENGROFF, Paula; SCHEER, Luísa Ely; MÁXIMO, Bruna Ferreira; MORRONE, Fernanda Bueno. Avaliação do entendimento da prescrição por idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. **PAJAR**. 2017 v. 5, n. 2 p. 55-61. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/pajar/>. Acesso em 15 de Ago. de 2019.

Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017 - 2018. **Classificação e diagnóstico do diabetes mellitus**: conceito e classificação do diabetes mellitus. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes; VERAS, Vívian Saraiva; XAVIER, Antônia Tayana da Franca; TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; ZANETTI, Maria Lúcia; SANTOS,

Manoel Antônio. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, vol.47 n.2. São Paulo, Abr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200011>. Acesso em: 05 de Jul. de 2018.

FERREIRA, Diana. Impacto da adesão terapêutica nos custos dos cuidados de saúde. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**. v.30. n. 4. Lisboa. 2014. p. 268-270. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000400010. Acesso em: 14 de Agosto de 2019.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, Maria Celia; MENDES, Maria Manuela Rino. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 590-597, 1 ago. 2007. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16130>. Acesso em: 24 de Setembro de 2019.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos; LUCHEIS, Bruna Moretti; SAIDEL, Maria Giovana Borges; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro; Melo, Débora Gusmão. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):389-394, fev., 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n2/388-394/pt>. Acesso em: 12 de Ago. 2019.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Organização Pan-americana da Saúde (OPS) - **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2011.

GYAWALI, Bishal; FERRARIO, Alessandra; TEIJLINGEN, Edwin Van; KALLESTRUP, Per. Challenges in diabetes mellitus type 2 management in Nepal: a literature review. **Globo Health Action**. 2016; 9: 10.3402/gha.v9.31704. Published online 2016 Oct/ 18. doi: 10.3402/gha.v9.31704. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5071649/citedby/>. Acesso em: 06 de Agosto de 2019

GYAWALI, Bishal; NEUPANE, Dinesh; VAIDYA, Abhinav; SANDBÆK, Anneli; KALLESTRUP, Per. **Community-based intervention for management of diabetes in Nepal (COBIN-D trial): study protocol for a cluster-randomized controlled trial**. *Trials*. 2018. 10.1186/s13063-018-2954-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6196417/>. Acesso em: 06 de Agosto de 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Cidades 2008**. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/KEM>. Acesso em: 10 de Jul. de 2019.

LEAL, Cristiane Soares; SILVA, Dinaiara Valéria; SILVA, Maria da Conceição Coutinho; BASTOS, Karinn de Araujo Soares; ROCHA FILHO, Disraeli Reis. Avaliação epidemiológica dos pacientes diabetes mellitus e hipertensão arterial. **Jorn. Inter. Bioc.** v.3, n.1, 2018. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/jibi>. Acesso em: 10 de Julho 2018.

LEITE CI, VALENTE GJ, SCHRAMM JMA, DAUMAS RP, RODRIGUES RN, SANTOS MF, Oliveira AF, Silva RS, Campos MR, Mota JC. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(7):1551-1564.

MEDEIROS, Amira Rose Costa; ARAÚJO, Yana Balduino; VIANNA, Rodrigo Pinheiro Toledo; MORAES, Ronei Marcos. Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 104-118, Jan-Mar, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0104.pdf. Acesso em: 14 de Ago. de 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 24 de Setembro de 2019.

MENDES, Eugenio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 10 de Ago. de 2019.

MENDES, Eugenio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

NEUPANE, Dinesh; MCLACHLAN, Craig S., CHRISTENSEN, Bo; KARKI, Arjun; PERRY, Henry B.; KALLESTRUP, Per. **Community-based intervention for blood pressure reduction in Nepal (COBIN trial): study protocol for a cluster-randomized controlled trial.** *Trials.* 2016; 17:292 10.1186/s13063-016-1412-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4912718/>. Acesso em: 06 de Ago. de 2019.

NÓBREGA, Danielle Oliveira; ANDRADE, Erika Reis Gusmão; MELO, Elda Silva do Nascimento. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, vol. 28, núm. 3, septiembre-diciembre, 2016, Associação Brasileira de Psicologia Social Minas Gerais, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309347788004>. Acesso em: 12 de Ago. de 2019.

OMS - Organización Mundial de la Salud. **Diabetes: perfiles de los países 2016a.** Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>. Acesso em: 10 de abril de 2017.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Relatório Global sobre Diabetes.** Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016b.

PILOTO, Daiane Manoelina; CARDOSO, Juliana Antunes Da Rocha. Atenção Farmacêutica ao Idoso: Uma Revisão. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR** v.9, n.1, p.60-66 (Dez 2014 - Fev 2015). Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130_215818.pdf. Acesso em: 15 de Ago. de 2019.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; SANTOS, Lucimary Afonso; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; MARCON, Sonia Silva. Hipertensão arterial e

outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.4, p. 547 – 553, jul. – ago. 2014.

RIBEIRO, Wanderson Alves; MARIANO, Eduardo de Souza; CIRINO, Hosana Pereira; TEIXEIRA, Juliano Miranda; MARTINS, Leandro Mendes; ANDRADE, Marilda Educação em saúde aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família. **Revista Pró-UniverSUS**. 2017 Jun./Dez.; 08 (2): 110-11. Disponível em: ditora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/issue/view/136. Acesso em 09 de Ago. de 2018.

RODRIGUES, Kátia Alves Ferreira; SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; SANTOS, Paula Dayanna Sousa; BEZERRA, Kamila Alves Ferreira; CARNEIRO, Rithianne Frota; AGUIAR, Amábili Couto Teixeira; ROLIM, Karla Maria Carneiro; FROTA, Mirna Albuquerque. Adesão da mulher hipertensa ao estilo de vida saudável – uma tecnologia educativa em saúde. Campo Abierto. **Revista De Educación**, 37(1),107-118. 2018. Disponível em: <https://relatec.unex.es/revistas/index.php/campoabierto/article/view/3262>. Acesso em: 09 de Agosto de 2018.

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras De Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, V. 107, N. 3, Suplemento 3, Setembro / 2016.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diabetes na prática Clínica**: diagnóstico, epidemiologia e fisiopatologia do diabetes. São Paulo: E-book 2.0, 2019. Disponível em: <https://ebook.diabetes.org.br/component/k2/item/71-capitulo-2-aspectos-clinicos-e-laboratoriais-do-diagnostico-de-diabetes-e-pre-diabetes>. Acesso em: 08 de Ago. de 2019.

Prefeitura de Campina Grande. Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://portal.pmcg.pb.gov.br>. Acesso em 19 de setembro de 2019.

SILVA NETO, Miguel Ferreira; SOARES, Denise Josino. **Atividade física na terceira idade**: um estudo de caso do projeto Universidade Aberta a Terceira Idade (Uati) na cidade de Feira de Santana/BA. 2018. 13 f. Trabalho de Conclusão de

Curso (Especialização em Saúde da Família) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018. Disponível em: <http://repositorio.unilab.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/677>. Acesso em: 14 de Ago. de 2019.

SOUZA, Natália Pimentel Gomes; OLIVEIRA, Glória Yanne Martins de; GIRÃO, Ana Livia Araújo; SOUZA, Livia Marques; MANIVA, Samia Jardelle Costa de Freitas; FREITAS, Consuelo Helena Aires. Adoecimento por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 jan/fev; 23(1):52-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a09.pdf>. Acesso em: 10 de Mai. de 2019..

VAZ, Diana Souza Santos; BENNEMANN, Rose Mari. Comportamento Alimentar e Hábito Alimentar: uma revisão. **Revista Uningá Review**, v. 20, n. 1, jan. 2018. ISSN 2178-2571. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1557>>. Acesso em: 15 de Ago de 2019.

WHO - World Health Organization. **Noncommunicable diseases**. [internet]. 2017. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> Acesso em: 07 de Julho de 2018.

WOLKERS, Paula Carolina Bejo; PINA, Juliana Coelho; WERNET, Monika; FURTADO, Maria Cândida de Carvalho; MELLO, Débora Falleiros. Crianças com diabetes *mellitus* tipo 1: vulnerabilidade, cuidado e acesso à saúde. **Texto & Contexto - Enferm**. vol. 28, Florianópolis, 2019 Epub 01-Abr-2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2016-0566>. Acesso em: 06 de Ago. de 2019

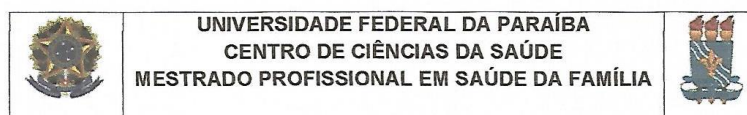
APENDICE A**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****A. Caracterização Sociodemográfica:**

1. Idade: _____
2. Sexo: _____
3. Escolaridade: _____
4. Profissão: _____
5. Renda familiar: _____
6. HAS () DIA () HAS e DIA ()

B. Questões:

- 1) Fale sobre o que o senhor (a) entende sobre sua doença?
- 2) Fale sobre o que o senhor (a) faz para cuidar da sua doença?
- 3) Fale sobre o que o senhor (a) entende por alimentação saudável?
- 4) Fale sobre o que o senhor (a) entende por fazer atividade física?
- 5) Fale sobre a medicação que o senhor (a) usa?
- 6) O senhor acha importante a ida ao postinho pra cuidar da sua doença?
Por que?
- 7) Fale sobre quais as dificuldades que o senhor (a) encontra pra cuidar da sua doença?

APÊNDICE B



CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo. Sr. Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS PARA MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA**, a ser realizada nas Unidades de Saúde da Família deste município, pela aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF UFPB **JULIANA DA SILVA SANTOS**, com orientação da Prof^a. Dr^a. **Ardigleusa Alves Coelho** com o seguinte objetivo geral: compreender o conhecimento de hipertensos e/ou diabéticos sobre sua doença e sobre suas práticas para Mudanças no Estilo de Vida.

Ressaltamos que os dados coletados serão utilizados para apresentação em eventos científicos e publicações, mas a identidade dos entrevistados será preservada, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho da Secretaria de Saúde do município, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Campina Grande- PB, 01 de outubro de 2018.

Juliana da Silva Santos
JULIANA DA SILVA SANTOS
 Pesquisadora Responsável

☒ Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Raquel B. F. Melo Lula
Secretario e/ou Coordenador

Raquel Brito de F. Melo Lula
 COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
 NA SAÚDE

ANEXO A

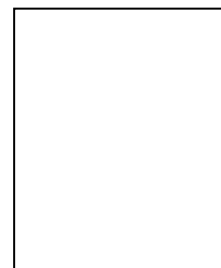
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a).....Esta pesquisa é sobre **CONHECIMENTO DE PESSOAS COM DE HIPERTENSÃO E/OU DIABETES ACERCA DE SUA DOENÇA E DE SUAS PRÁTICAS RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE** e está sendo desenvolvida pela pesquisadora **Juliana da Silva Santos** aluna do Curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Professora Ardigleusa Alves Coelho. O objetivo do estudo Compreender o conhecimento de pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes acerca de sua doença e sobre suas práticas relacionadas ao estilo de vida. A finalidade deste trabalho é fazer uma avaliação detalhada de sua percepção acerca de sua condição crônica e o que pensam sobre suas práticas para melhorar seu estilo de vida com hipertensão e/ou diabetes Solicitamos a sua colaboração para participar de um Grupo Focal, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica (*se for o caso*). Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (*se for o caso*). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal OBERVAÇÃO: (em caso de analfabeto)

Assinatura da Testemunha

Contato do Pesquisador (a) Responsável: caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Juliana da Silva Santos - Telefone: 83 98876 7068 Ou Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB
☎ (83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br
Atenciosamente,
Assinatura do Pesquisador Responsável



ANEXO B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu,..... depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **CONHECIMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES ACERCA DE SUA DOENÇA E DE SUAS PRATICAS RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora JULIANA DA SILVA SANTOS, aluna do Curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Professora Ardigleusa Alves Coelho, a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa JULIANA DA SILVA SANTOS, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande- PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável