



CUIDADOS EM SAÚDE DESENVOLVIDOS POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

HEALTHCARE DEVELOPED BY PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS AND SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

CUIDADOS EN SALUD DESARROLLADOS POR PERSONAS CON DIABETIS MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

Mariane da Silva Barbosa¹, Maria de Lourdes Denardin Budó², Raquel Pötter Garcia³, Bruna Sodré Simon⁴, Margrid Beuter⁵, Lilian Medianeira Coelho Stekel⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer os cuidados em saúde desenvolvidos por pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica internadas em uma unidade de clínica médica. **Método:** estudo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido com oito pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. A produção de dados ocorreu entre abril e junho de 2014 por meio de entrevistas narrativas e a análise desenvolvida pela proposta operativa de Minayo. **Resultados:** agruparam-se as categorias: “Alimento sempre tem, saúde nem sempre”: cuidados com a alimentação; “Cuidados que eu tinha que ter sempre”: relação do cuidado com os setores popular e profissional de assistência; e “Saúde é uma coisa que não dá para descuidar”: auxílio na realização dos cuidados. **Conclusão:** os cuidados em saúde desenvolvidos pelos usuários estavam relacionados em sua maioria com a alimentação. Ainda, foram identificados outros cuidados desenvolvidos pelos usuários, realizados no setor popular sobre influência do setor profissional. **Descritores:** Hipertensão; Diabetes Mellitus; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to know the healthcare developed by people with diabetes mellitus and systemic arterial hypertension hospitalized in a medical unit. **Method:** this is an exploratory study with a qualitative approach, developed with eight people with diabetes mellitus and systemic arterial hypertension. The data production took place between April and June 2014 through narrative interviews and the analysis developed by the Minayo operative proposal. **Results:** the categories were grouped as: “Food always has, health not always”: nutritional care; “Care that I had to always have”: care relationship with the popular and professional sectors of assistance; and “Health is something that you can not neglect”: aid in the realization of care. **Conclusion:** the healthcare developed by users were related mostly to food. Still, other cares developed by users were found, conducted in the popular sector on influence of the professional sector. **Descriptors:** Hypertension; Diabetes Mellitus; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: conocer los cuidados en salud desarrollados por personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial sistêmica internados en una unidad de clínica médica. **Método:** estudio exploratorio con abordaje cualitativo, desarrollado con ocho personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial sistêmica. La producción de datos ocurrió entre abril y junio de 2014 por medio de entrevistas narrativas, el análisis desarrollado por la propuesta operativa de Minayo. **Resultados:** se agruparon las categorías: “Alimento siempre tiene, salud no siempre”: cuidados con la alimentación; “Cuidados que yo tenía que tener siempre”: relación del cuidado con los sectores popular y profesional de asistencia y “Salud es una cosa que no es para descuidar”: auxilio en la realización de los cuidados. **Conclusión:** los cuidados de salud desarrollados por los usuarios estaban relacionados en su mayoría con la alimentación. Además, fueron identificados otros cuidados desarrollados por los usuarios, realizados en el sector popular sobre influencia del sector profesional. **Descriptores:** Hipertensión; Diabetes Mellitus; Enfermería.

¹Enfermeira Assistencial da Irmandade da Santa Casa de Caridade São Gabriel. São Gabriel (RS), Brasil. E-mail: marianebarbosa.enf@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Filosofia da Enfermagem, Departamento de Enfermagem / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/PPGEnf/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: lourdesdenardin@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Pampa, Doutoranda em Ciências, Universidade Federal de Pelotas/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: raquelpottergarcia@gmail.com; ⁴Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiiana. Uruguaiiana (RS), Brasil. E-mail: enf.brusimon@gmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/PPGEnf/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: margridbeuter@gmail.com; ⁶Enfermeira Assistencial, Setor de Radioterapia, Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria (RS), Brasil. Mestre em Enfermagem. E-mail: lilianstekel@gmail.com

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são doenças que têm recebido destaque entre a população, pois atualmente fazem parte da realidade de grande parte dos usuários e dos serviços de saúde, visto que o DM associado à HAS é considerado a primeira causa de mortalidade e hospitalizações no Brasil.¹

O DM caracteriza-se por ser um “grupo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultada de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas”.^{2:5} Estimativas abordam que a população mundial com a doença é de 382 milhões, com possibilidade em 2035 de chegar a 471 milhões. O DM interfere na qualidade de vida das pessoas e suas famílias e pode levar ao comprometimento sistêmico², sendo que a prevenção primária com foco no estilo de vida das pessoas deve ser prioridade política global a fim de redução dos novos casos.³

No mundo, a HAS, em 2012, atingiu 600 milhões de pessoas, sendo que 24,3% faziam parte da população brasileira. Nas mulheres representou 26,9% e nos homens 21,3%. Na faixa de 65 anos, encontraram-se 59,2% com diagnóstico da doença, 3,8% na faixa de 18 a 24 anos e 8,8% de 25 a 34 anos.⁴ É uma doença que dificulta a adesão das pessoas ao tratamento, sobretudo porque seu curso é assintomático.⁵

A não adesão ao tratamento pode ocorrer devido ao desconhecimento do paciente sobre a HAS, falta de motivação para o tratamento de uma doença assintomática e crônica, baixo nível socioeconômico, baixa autoestima, dificuldades de relacionamento com a equipe de saúde, problemas no agendamento das consultas, alto custo dos medicamentos e ocorrência de efeitos adversos e alterações na qualidade de vida decorrentes do início do tratamento.⁵

As complicações que ocorrem em razão do agravamento dessas doenças podem levar a internações, sendo que dentre as principais complicações do DM destaca-se o comprometimento dos olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos e da HAS a doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica.^{1,6} Para que essas complicações sejam evitadas, os pacientes com DM necessitam ser orientados a fim de que desenvolvam cuidados pessoais, prática de atividade física, planejamento da alimentação, controle de medicamentos, monitoramento dos níveis de glicemia, cuidados com os pés, entre outros.²

Já os cuidados em saúde para a HAS podem ser desenvolvidos por meio de mudanças nos hábitos de vida e terapia medicamentosa.⁶

Nesse sentido, os cuidados realizados para o tratamento do DM e da HAS podem envolver diversos aspectos, os quais permeiam os três setores de assistência à saúde, que estão sobrepostos e interligados.⁷ O setor informal ou popular é caracterizado pelo domínio leigo, autotratamento ou automedicação, onde os cuidados em saúde são realizados com base em conselhos ou tratamentos recomendados por familiares, vizinhos. Além disso, o setor informal inclui um conjunto de crenças relacionadas à manutenção da saúde. A principal assistência à saúde nesse setor é desenvolvida pela família.⁸ No setor popular ou *folk* estão presentes os curandeiros, os quais ocupam uma posição intermediária entre os setores informal e profissional. E, por fim, o setor profissional compreende as profissões do tratamento de saúde.⁷

Partindo dessas considerações, justifica-se este trabalho, pois com a realização de buscas em bases de dados, observou-se que poucos estudos publicados⁹⁻¹⁰ abordam os cuidados em saúde desenvolvidos por usuários, em relação ao adoecimento crônico, antes da hospitalização. Em alguns estudos foram encontradas temáticas referentes ao processo de cuidar do profissional de enfermagem¹¹ e significado da experiência de vida.¹²

Desse modo, o presente trabalho tem como objeto: Como as pessoas com DM e HAS internadas em uma unidade de clínica médica desenvolvem os cuidados em saúde? Para responder a esse questionamento, objetiva-se conhecer os cuidados em saúde desenvolvidos por pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica internadas em uma unidade de clínica médica.

MÉTODO

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido com oito pessoas com DM e HAS que estavam internadas em uma unidade de clínica médica, localizada em um hospital universitário do Sul do Brasil. Estas foram selecionadas por meio do acesso aos prontuários, caracterizando uma busca intencional daquelas que tinham DM e HAS.

Foram incluídos na pesquisa os pacientes internados na clínica médica II do hospital em questão, com diagnóstico médico de DM e HAS, confirmados no prontuário, com idade superior a 18 anos e excluídos os que apresentassem limitações para comunicação verbal e dificuldade para se locomover devido à necessidade de deslocamento para sala

exclusiva, localizada no andar da unidade, na realização da entrevista.

A coleta de dados foi desenvolvida no período de abril a junho de 2014 por meio de entrevistas narrativas.¹³ As entrevistas tiveram eixos norteadores, sendo esses: adoecimento: como ocorreu (desde o início até o período da entrevista); cuidados: como são os cuidados realizados no processo de adoecimento; aprendizado do cuidado: as pessoas e instituições que fazem parte do contexto e que auxiliam na realização de cuidados.

As entrevistas foram registradas em um gravador digital com o consentimento prévio dos participantes, transcritas e salvas no computador para a análise dos dados. A etapa de coleta de dados foi finalizada quando os objetivos do estudo foram alcançados. O processo da análise dos dados, após a transcrição, foi composto pela proposta operativa de Minayo¹⁴, constituída por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, as informações analisadas foram organizadas, o objetivo inicial foi retomado e foram elaborados indicadores para auxiliar na interpretação dos dados. Na exploração do material, realizou-se o recorte do texto, classificação e associação dos dados e escolha por categorias. No tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foi realizada a divisão dos resultados, ressaltando as informações obtidas e após a interpretação dos dados.¹⁴

Os participantes foram informados da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato dos entrevistados, utilizou-se a letra E, que significa "entrevista", e números sequenciais que identificam a ordem em que essas foram realizadas, por exemplo, E1, E2. A pesquisa seguiu os princípios éticos recomendados pela Resolução 466/12¹⁵ do Conselho Nacional de Saúde, que orienta e protege os participantes

das pesquisas científicas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade vinculada ao projeto sob parecer número 556.349.

RESULTADOS

Inicialmente, expõe-se a caracterização dos participantes do estudo, a qual foi elaborada a partir de informações sociodemográficas, contendo itens como idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, religião, histórico de doenças na família, diagnósticos de patologias, motivo de internação e tempo de diagnóstico, segundo informações relatadas pelos entrevistados (Figura 1). Do total de oito participantes, a maioria era do sexo feminino (cinco), com idade entre 42 e 72 anos, sendo a média 61,5 anos; quatro dos participantes eram casados, três separados e um viúvo; cinco participantes possuíam ensino fundamental incompleto, dois possuíam ensino médio incompleto e um possuía ensino fundamental completo; as ocupações foram variadas, por exemplo, agricultor(a), lavoura, pedreiro, do lar, doméstica, aposentado e três participantes desempenhavam mais de uma ocupação; a religião católica foi predominante em sete participantes e um evangélico; seis participantes possuíam histórico de doenças crônicas não transmissíveis na família, sendo elas Acidente Vascular Cerebral, HAS e DM; o motivo de internação em três participantes foi devido a problemas cardiovasculares e os demais por problemas pulmonares, DM descompensado, problemas renais e biópsia. Pelo histórico de descoberta da doença e idade dos pacientes, de acordo com a literatura², estes possuem DM do tipo II, fato que não pode ser confirmado com exatidão nessa pesquisa em virtude dessa informação não constar claramente no prontuário dos pacientes e também os mesmos não tinham conhecimento do tipo de DM quando questionados.

Dados sociodemográficos									
PART	ID	SX	EC	ESC	OCUP	REL	HDF	DP	MI
E1	59	M	Divorciado	EFI	Agricultor Pedreiro	Evangélico	AVC	HAS, DM, Angina, SCASSST	Problema cardiovascular
E2	55	F	Casada	EFC	Do lar	Católica	HAS	HAS, DM, ICC, IR	Investigação de problemas pulmonares
E3	72	M	Casado	EFI	Aposentado	Católico	-	HAS, DPOC, DM, Hipertireoidismo	Problema cardiovascular
E4	71	M	Casado	EFI	Aposentado	Católico	-	HAS, DM, CRM, IAM	Biópsia
E5	71	F	Viúva	EMI	Agricultora Doméstica	Católica	HAS DM	HAS, DM, Corpo estranho endobrônquico	Investigação de corpo estranho endobrônquico
E6	42	F	Divorciada	EMI	Doméstica	Católica	DM	HAS, DM, Bronquite, Asma	DM descompensada, infecção pulmonar
E7	71	F	Casada	EFI	Doméstica Lavoura	Católica	HAS	DPOC, HAS, DM	Problema renal
E8	51	F	Divorciada	EFI	Doméstica	Católica	HAS DM AVC IAM	HAS, DM, Dislipidemia	Problema cardiovascular

Figura 1. Caracterização dos participantes entrevistados. Município do Interior do Rio Grande do Sul, 2014.

Legenda: PART- Participantes; ID - Idade; S - Sexo; EC - Estado Civil; ESC - Escolaridade; OCUP - Ocupação; REL - Religião; HDF - Histórico de Doenças na Família; DP - Diagnóstico de Patologias; MI - Motivo de Internação; F- Feminino; M- Masculino; EFI - Ensino Fundamental Incompleto; EFC - Ensino Fundamental Completo; EMI - Ensino Médio Incompleto; AVC- Acidente Vascular Cerebral; HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica; DM- Diabetes Mellitus; SCASST - Síndrome Coronariana Aguda Sem Supradesnívelamento do segmento ST; ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva; IR- Insuficiência Renal; DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; CRM - Cirurgia de Revascularização do Miocárdio; IAM - Infarto Agudo do Miocárdio.

As categorias organizadas por meio da análise dos dados foram: “*Alimento sempre tem, saúde nem sempre*”: cuidados com a alimentação; “*Cuidados que eu tinha que ter sempre*”: relação do cuidado com os setores popular e profissional; e “*Saúde é uma coisa que não dá para descuidar*”: auxílio na realização dos cuidados.

♦ **Alimento sempre tem, saúde nem sempre: cuidados com a alimentação**

Nessa categoria serão discutidos os cuidados em saúde dos pacientes relacionados à alimentação, tais como aqueles que foram necessários com o surgimento do DM e da HAS, os que envolvem dúvidas sobre as doenças e também hábitos adquiridos posteriormente à situação de adoecimento.

Para a maioria dos entrevistados, um dos principais motivos que levaram ao surgimento do DM e da HAS foi a alimentação.

O diabetes faz três anos que apareceu. Eu acho que foi, ao menos o doutor lá achou que era por causa do alimento. Eu era exagerado, não te nego. Eu vou dizer que a boca leva muitas coisas boas, mas também mata fácil né [...] Porque a gente, eu comia só coisa forte [...]. (E1)

Um dia eu fui ao médico e ele disse vai da senhora, se a senhora fizer tudo direitinho com a alimentação [...] Aí eu coloquei na minha cabeça que não seria a alimentação que iria me prejudicar, aí comecei. (E7)

No depoimento de E1, observa-se uma concordância com a conclusão obtida pelo profissional de saúde relacionada ao surgimento da doença, reconhecendo que seus hábitos alimentares eram excessivos. Em contrapartida, verificou-se que a usuária E7 vai além do reconhecimento, pois traça um objetivo para si voltado para o cuidado de sua saúde, no qual salienta que para continuar vivendo foi preciso modificar a alimentação. Diante disso, destaca-se que o monitoramento da alimentação constitui-se como importante estratégia de prevenção e redução do percentual de possíveis complicações tanto do DM quanto da HAS.

A pessoa torna-se mais motivada a desenvolver cuidados com a alimentação quando compreende que pode evitar complicações futuras por meio do controle da doença.¹⁶ No entanto, mesmo que saiba sobre a necessidade de manter uma alimentação saudável para o manejo da doença, ainda há dificuldade em relação à continuidade do cuidado.¹⁶

Assim, para o tratamento da HAS e da DM, como também prevenção de possíveis complicações, faz-se imperativo que seja desenvolvida uma abordagem multiprofissional com o paciente por meio de um processo contínuo de motivação e estímulo ao autocuidado.^{1,6} O cuidado deve ser centrado

Barbosa MS, Budó MLD, Garcia RP et al.

no paciente, ou seja, os profissionais de saúde compartilham todas as orientações clínicas sobre a condição crônica e, a partir disso, a pessoa escolhe o estilo de vida a seguir em concordância com o contexto em que está inserido.¹⁷

Por outro lado, no depoimento de um participante, é possível identificar a realização de cuidados alimentares, porém aparecem dúvidas que os relacionem ao desenvolvimento da doença.

Por exemplo, na parte de café e coisa, muita doçura eu não posso comer, doce eu nunca comi doce [...] eu falava para a doutora [...] como é que me deu o diabetes? Se eu nunca gostei de doce doutora? Engraçado que todo mundo fala não come doce por causa do diabetes, e eu nunca comi, como é que me deu o diabetes?. (E4)

Pode-se identificar que a causa para o surgimento do DM gera questionamentos, já que muitas vezes o mesmo é relacionado especificamente à ingestão de doce. Essa situação pode ser detectada tanto em ambiente hospitalar quanto na comunidade, visto que se percebe que ainda é muito forte essa dúvida na população em geral. Dessa forma, trata-se de uma questão cultural que influencia na maneira como o cuidado é estabelecido, uma vez que o diabetes é uma doença que pode ser ocasionada por uma série de fatores que incluem não somente o consumo do “doce”.

Estudo realizado com pacientes com diagnóstico de DM destacou que a maioria deles apresentava conhecimento parcial quanto ao surgimento da doença e das questões relacionadas ao controle de glicose e alimentação.¹⁸ Sendo assim, nas orientações dos profissionais de saúde para essa população, deve-se preconizar uma abordagem que inclua aspectos alimentares, prática de atividade física, medicações em uso, questões psicossociais, fatores de risco e história prévia de doenças, dentre outros.¹ Referindo-se especificamente à alimentação, as informações disponíveis podem ser melhor articuladas com os contextos social, cultural e econômico das pessoas¹, favorecendo sua autonomia e adequação dentro de suas possibilidades.

Ainda, a rotina dos entrevistados sofreu alterações após a descoberta das doenças, uma vez que estes passaram a ter maior cuidado com a alimentação.

Por um lado muda, muda um pouquinho, ter que te cuidar mais, sabendo que está com isso aí tem que se cuidar, porque cura não tem. Então tu sabes que tem que se cuidar, não adianta [...] às vezes tu exageras, come porque se tu vais comer diariamente é pior,

Cuidados em saúde desenvolvidos por pessoas com...

então uma vez que outra tu come uma coisinha que outra. (E4)

Tudo é controlado, agora é controlado, porque antes a gente costumava comprar banha de porco, só que agora teve que mudar passar para o azeite, menos gordura, menos sal e esses temperos comprados a gente usava muito [...] O pobre vai sempre no mais barato [...] mas quando a gente não pode não adianta, o mais barato se torna mais caro, que é saúde da gente [...] todo cuidado é pouco [...] Em primeiro lugar é a saúde da pessoa, que alimento sempre tem e a saúde nem sempre. (E6)

(Os profissionais) *Não querem que eu misture muito a comida, por exemplo, massa, arroz, batata, tem que comer uma iguaria só.* (E3)

Conforme os depoimentos, observou-se que a rotina das pessoas se modifica. Consta-se que estas passam a ter maior cuidado com sua saúde e, principalmente, com a alimentação, buscando ingerir produtos com menos sódio e mais variados. Apesar disso, mesmo que saibam sobre a necessidade de controle, algumas vezes excedem os limites, como no caso do depoimento de E4, entretanto este afirma ter consciência de que isso não pode ser realizado diariamente.

As doenças crônicas influenciam na rotina das pessoas, em seu modo de viver e em seu relacionamento com o meio. Os indivíduos vivenciam diversas situações e precisam adaptar-se a elas.¹⁹ Se o usuário sentir que sua liberdade está ameaçada, isto é, com a presença de restrições impostas pela doença, mais vontade ele terá de readquiri-la, podendo levar a respostas contrárias²⁰ não benéficas para sua saúde.

Ao refletir sobre essa categoria, pode-se afirmar que a alimentação foi apontada como principal fator desencadeante das doenças como DM e HAS. Os participantes relataram em sua maioria que cometiam exageros e, muitas vezes, não tinham controle porque não sabiam do risco de desenvolver uma doença para a toda vida, isto é, uma doença crônica. No entanto, a partir do momento em que se depararam com essa realidade, decidiram mudar, fazer algo pelo bem de sua saúde, inserindo em sua rotina cuidados, como controle do sal e gordura, atentando para os limites impostos pela condição vivenciada.

Ainda, em diversos momentos, durante as entrevistas, os entrevistados puderam fazer uma análise de como era a rotina antes do adoecimento e como se tornou após, refletindo sobre a importância dos cuidados em saúde.

♦ Cuidados que eu tinha que ter sempre: relação do cuidado com os setores popular e profissional

Nessa categoria serão discutidos os cuidados em saúde desenvolvidos pelas pessoas além da alimentação, cuidados advindos da experiência no setor popular e profissional e a relação desses setores.

Após a descoberta e início do tratamento para o DM e a HAS, além da alimentação, as pessoas passaram a incluir outros cuidados em sua rotina.

O que eu cuidava era no levantar, no andar, no caminhar, se eu me sentisse ruim eu parava [...] Então eram esses cuidados que eu tinha que ter sempre. (E1)

Uns cuidados assim, não erguer peso, não caminhar muito longe, procurar caminhar por perto, mais seguido, mais vezes, e quando se sentia cansada, sentar, respirava fundo, usava uma garrafinha de água sempre junto, e assim o dia a dia. (E6)

É possível identificar que os participantes passaram a incluir em sua rotina cuidados simples, advindos de experiências do setor popular. No entanto, classificam esses como importantes e como cuidados que devem ser realizados continuamente devido às necessidades impostas pelas doenças.

O cuidado é definido pelas pessoas de acordo com as necessidades de cada situação, considerando as experiências vividas anteriormente e os recursos disponíveis para o momento.²¹ Assim, pode-se dizer que as pessoas cuidam de acordo com o que lhe parece mais adequado para enfrentar as adversidades do cotidiano.

Ainda, como influência específica do setor popular, certos cuidados foram aprendidos na convivência com os pais, como é possível identificar neste depoimento:

Para a pressão [...] quando estava alta eu tomava suco de limão, eu via quando estava alta, eu ficava bem tonta assim sabe [...] daí eu tomava o suco de limão [...] A mãe disse assim, a folha da cana de açúcar baixa a pressão, o suco do limão ele baixa a pressão, quem tem pressão baixa não pode tomar o suco de limão, fica muito lá embaixo [...] Quando eu estou com a pressão alta eu vou lá e espremo um limão ou chupo um limão, tu vais ver a diferença que tu ficas. (E8)

Apesar da identificação de sinais ser uma característica do setor profissional, alguns entrevistados utilizam cuidados próprios do setor popular para tratá-los. A usuária começou a identificar quando sua pressão estava alterada, por meio de sinais, o que evidencia a influência do setor profissional. Porém, percebido isso, ela utilizava

conhecimentos compartilhados com sua mãe, que também tinha pressão alta e fazia uso de suco de limão.

Estudo demonstrou que o limão possui propriedades farmacológicas para o tratamento da HAS²², entretanto ainda existem poucos estudos voltados para essa temática. Desse modo, evidencia-se a influência do setor popular na rotina dos entrevistados.

Nesse setor, os cuidados em saúde são realizados com base em conselhos ou tratamentos recomendados por familiares ou vizinhos. Além disso, o setor popular inclui um conjunto de crenças relacionadas à manutenção da saúde.⁸ É necessário compreender a visão que o usuário possui sobre a HAS, levando em consideração suas crenças, valores e o meio em que está inserido, pois esses interferem em suas atitudes e escolhas.²³

Além da presença de especificidades do setor popular, também foram detectados cuidados que se caracterizam pela inter-relação dos setores popular e profissional de assistência.

A pressão eu vejo em casa lá, volta e meia eu tiro, no inverno a pressão sempre é um pouquinho mais alta e no verão ela muda [...] Então até agora, muito doce eu não posso comer, não como, às vezes tenho que comer, sabe o que é o diabetes, se tu não comer uma doçura, ela baixa muito [...] aí tu tens que ir lá na geladeira e pegar um doce que tenha lá [...] Ela sobe de novo, daí a diabetes sobe. (E4)

E a gente [...] qualquer coisa, ah, estou meio tontinho, aí se tu não tomou o remédio da pressão ela dá uma variada. Porque a pressão assim como ela está boa ela pode te dar um tombo e te machucar. (E1)

Nesses depoimentos, pode-se visualizar que os cuidados que as pessoas desenvolvem estão relacionados, na maioria das vezes, ao setor profissional, principalmente porque embora realizem essas práticas em sua vida diária e longe dos serviços de saúde, há influência de saberes biológicos advindos dos profissionais de saúde. O participante, por ter o aparelho e verificar a pressão pode ter observado seus valores, como também pode ter sido orientado dessa forma, demonstrando a relação entre os setores. Sobre o DM, quando o participante percebe que está hipoglicêmico ingere um doce, pois sabe que dessa forma os níveis de glicose tendem a normalizar. Nesse caso, afirma-se a relação do setor popular e do profissional, uma vez que esse é um cuidado que a pessoa tem no domicílio, no entanto, provavelmente, foi orientado por

Barbosa MS, Budó MLD, Garcia RP et al.

algum profissional de saúde e que com o tempo de convívio com a doença foi incorporado em sua experiência.

As pessoas com problemas de saúde movimentam-se entre os setores popular e profissional, podendo utilizá-los juntos.⁷⁻⁸ O cuidado está relacionado aos setores de assistência à saúde, que são sistemas culturais interligados por meio das relações interpessoais.⁷

♦ Saúde é uma coisa que não dá para descuidar: auxílio na realização dos cuidados

Nessa categoria serão discutidos os cuidados em saúde desenvolvidos pelos entrevistados com auxílio dos médicos, agentes de saúde e cônjuges.

No que se refere ao auxílio profissional que recebem para o desenvolvimento dos cuidados em saúde, as pessoas relataram receber apoio dos médicos e agentes comunitários de saúde (ACS).

Isso é o médico, tem vários lá (unidade de saúde). Uns que ficam dois meses, outros três meses [...] Eles ajudam assim, a tu te cuidar no alimento [...] Para não exagerar, porque se é uma colher de arroz é uma colher de arroz [...]. (E1)

Já consegui o aparelho de pressão, consegui da glicose também, é a saúde familiar (ESF) que a gente tem lá [...] Agente de saúde (ACS), que vai nas casas, e tem uma vez por mês o encontro dos hipertensos também, daí eles orientam muito a gente. (E2)

Tem aquela que vem uma vez por mês em casa, a agente de saúde, aí ela pergunta se tem medido a glicose, a pressão, e conforme está ela fala que tem que tomar mais cuidado [...] Tem que se cuidar, porque saúde é uma coisa que não dá para descuidar (E5).

Conforme depoimento de E1, quem o auxilia na realização dos cuidados em saúde é o médico, principalmente no estabelecimento da dieta alimentar. No depoimento das usuárias E2 e E5, o apoio recebido vem do ACS, que realiza visitas domiciliares e orientações sobre a pressão arterial, diabetes, alimentação, entre outros cuidados. Destaca-se que apesar da presente pesquisa ser desenvolvida em ambiente hospitalar, foi possível identificar que o principal apoio ofertado a essas pessoas provém da atenção básica, sendo nesse contexto que eles recebem orientações sobre o DM e a HAS, fato considerado benéfico para o atual modelo de saúde no Brasil, em que deve ser preconizada a atenção básica para a assistência em saúde dessas enfermidades. Além disso, os agentes de saúde, ao realizarem as visitas

Cuidados em saúde desenvolvidos por pessoas com...

domiciliares, possibilitam que o vínculo entre o usuário e o serviço seja mantido.

Esses achados podem ser justificados pelo que consta na política da atenção básica, a qual define como área estratégica o controle do DM e da HAS.²⁴ Além disso, o auxílio do ACS é fundamental para a organização da atenção à saúde, além da qualificação do acesso, do acolhimento, estabelecimento do vínculo e longitudinalidade do cuidado.²⁵ O ACS atua como mediador, colaborando para o inter-relacionamento dos saberes populares e profissionais.²⁶ e por ser morador do local, possui elementos culturais semelhantes aos dos usuários, como suas condições de vida, aspectos étnicos, territoriais, os saberes e as práticas populares de cuidado, o imaginário e as representações.²⁷

Destaca-se que, embora o enfermeiro seja parte da equipe de saúde, não foi citado nas entrevistas. Sabe-se que as visitas domiciliares do ACS não substituem a visita do enfermeiro, entretanto como foi possível identificar nessa pesquisa, esses profissionais não estão presentes nas orientações fornecidas aos participantes, o que leva ao seguinte questionamento: Será que o ACS ou o médico estão assumindo o papel do enfermeiro? E quanto aos grupos de educação em saúde com hipertensos, que foram citados por alguns participantes, quem estaria realizando? Por que a presença e importância do enfermeiro não estão sendo consideradas? O enfermeiro tanto na atenção básica quanto hospitalar deveria atuar diretamente com o paciente, sendo um dos principais responsáveis pela construção do cuidado perante o processo de adoecimento.

Contudo, além da assistência nesses ambientes, o enfermeiro desempenha atividades relacionadas à gerência, questões burocráticas e administrativas, fato que talvez possa estar interferindo no reconhecimento do profissional pelo usuário. As atividades desempenhadas pelo enfermeiro estão associadas à ideia de que este profissional desenvolve muitas atividades, o que leva ao afastamento de seu papel na assistência integral e próxima ao paciente.²⁸ Além do apoio da equipe de saúde, os participantes revelaram que no domicílio também recebem ajuda de seus familiares, principalmente de suas companheiras.

Minha esposa. Em casa é com ela, ela sempre cuida [...] Depois que eu me juntei com essa mulher nunca precisei ir no médico por causa de pressão. (E1)

Minha esposa. Nós dois nos cuidamos. Aí se a gente vai em um aniversário, eu vou, mas eu comer pouco não vou, aí ela vê se eu como

Barbosa MS, Budó MLD, Garcia RP et al.

mais ela diz ó, comeu dois, três, chega agora, não te avança muito. (E4)

No depoimento de E1 e de E4, é possível identificar que é a esposa quem auxilia na realização dos cuidados em saúde. Pode-se dizer que participação da família no cuidado é importante, uma vez que ela procura manter o bem-estar de todos, podendo ser fundamental para a continuidade do cuidado. Quando se tem uma doença crônica, é possível que, principalmente, os integrantes mais próximos do doente, como as esposas, envolvam-se nesse contexto, uma vez que os cuidados demandam modificações nos hábitos de vida, sobretudo alimentares, interferindo na rotina deles.

No sistema familiar são desempenhadas funções de apoio afetivo, socialização e cuidado. Nessa relação de apoio, os familiares nomeados para a troca de informações são os que possuem laços afetivos mais próximos, sendo representados principalmente pelos companheiros²⁹, o que pode ser confirmado pelos depoimentos deste estudo. Historicamente, as mulheres são, em grande parte das vezes, responsáveis pelo cuidado familiar, mesmo após sua inserção no mercado de trabalho.³⁰

CONCLUSÃO

Observou-se que a maioria dos participantes desta pesquisa possuía mais de uma doença crônica, o que eleva o risco para o desenvolvimento de possíveis complicações tais como insuficiência cardíaca, doença renal crônica, comprometimento ocular, nervoso, renal, cerebral, entre outras, conforme alguns já apresentavam. Além disso, a maioria dos participantes tinha histórico de familiares com DM e HAS, o que pode estar relacionado ao desenvolvimento da doença, embora eles não tenham verbalizado essa relação.

No que se refere aos cuidados em saúde desenvolvidos pelos entrevistados, verificou-se que estes estavam associados em sua maioria com a alimentação e que grande parte deles acreditava que ela foi um dos principais motivos que levaram ao desenvolvimento do DM e da HAS. Ainda, a rotina diária se modificou após iniciarem os cuidados em saúde com a alimentação, pois passaram a fazer o controle do sal, açúcar, dentre outros.

Além da alimentação, puderam ser identificados outros cuidados desenvolvidos pelos entrevistados, os quais são em sua maioria realizados no setor popular sobre influência do setor profissional. Os cuidados que eles desenvolvem foram adequados com a sua realidade, sendo possível verificar que o setor popular e o profissional atuam juntos.

Cuidados em saúde desenvolvidos por pessoas com...

Ainda sobre os setores de cuidado, destaca-se que nenhum entrevistado falou sobre práticas relativas ao *folk*, fato que talvez poderia estar relacionado ao cenário hospitalar e seria melhor revelado em pesquisas que focassem nesse setor como objeto de estudo.

No que tange ao apoio recebido para a realização dos cuidados, relataram ter suporte principalmente de médicos, dos agentes comunitários de saúde e de seus companheiros. Nesta pesquisa, o enfermeiro não foi citado, fato que demonstra a necessidade de atenção por parte desses profissionais e aproximação com essas pessoas, que precisam de orientações e práticas de educação em saúde. A enfermagem, ao conhecer como os cuidados são desenvolvidos, pode auxiliar no planejamento de estratégias de trabalho com essas pessoas futuramente, facilitando assim uma melhor qualidade de vida e colaborando para a redução de complicações do DM e da HAS.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus, nº36 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 162 p. [cited 2015 Oct 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015 [Internet]. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015. 390 p. [cited 2015 Nov 12]. Available from: <http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>
3. Frank B. globalization of diabetes: the role of diet, lifestyle, and genes. Diabetes Care [Internet] 2011 June [cited 2015 Ago 01];34(6):1249-57. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/34/6/1249.full.pdf+html>
4. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 135 p. [cited 2016 Jan 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2015 Dez 04];95(supl 1):1-51. Available

from:

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

6. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica, nº 37 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 130 p. [cited 2016 Jan 02]. Available

from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf

7. Kleinman A. Orientations 2: Culture, Health Care Systems and Clinical Reality. In: Kleinmam A. Patients and healers in the context of culture. London: University of California Press; 1980. p. 24-70.

8. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

9. Franzen E, Almeida MA, Aliti G, Bercini RR, Menegon DB, Rabelo ER. Adultos e idosos com doenças crônicas: Implicações para o cuidado de enfermagem. Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul [Intenet]. 2007 [cited 2016 Jan 04];27(2):28-31. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/2045/1113>

10. Santos VCF, Kalsing A, Ruiz ENF, Roesel A, Gerhardt TE. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 12];34(3):124-31. Available from:

<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/35838/27273>

11. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. Esc Anna Nery [Internet]. 2009 Apr-June [cited 2015 Jun 12];13(2):342-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>

12. Ramos IC, Queiroz MVO, Jorge MSB, Santos MLO. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. Acta Sci Health Sci [Internet]. 2008 [cited 2015 Ago 07];30(1):73-9. Available from:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4399/3099>

13. Silva DGV, Trentini M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2002 May-June [cited 2014 June 22];10(3):423-32. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13352.pdf>

14. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13th ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

15. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [cited 2015 June 22]. Available

from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

16. Ribas CRP, Santos MA, Zanetti ML. Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. Interam J Psychol [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 22];45(2):255-62. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28422741016>

17. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Diabetes Care [Internet]. 2012 June [cited 2015 Ago 30];35(6):1364-79. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/35/6/1364.long>

18. Roos AC, Baptista DR, Miranda RC. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. Demetra [Internet]. 2015 [cited 2015 Ago 30];10(2):329-46. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/demetra/article/view/13990/13277#.VyN2xvkrKM8>

19. Balistieri AS, Tavares CMM. A importância do apoio sócio-emocional em adolescentes e adultos jovens portadores de doença crônica: uma revisão de literatura. Enferm Glob. [Internet]. 2013 Apr [cited 2014 June 24];12(30):388-98. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200019&lng=es

20. Cisneros LL, Gonçalves LAO. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet]. 2011 [cited 2014 June 20];16 Suppl1:S1505-14. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700086&lng=en.

21. Amaral RFC, Souza T, Melo TAP, Ramos FRS. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. Rev Rene [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 05];13(1):85-93. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027980011>

22. Gómez YM, García CJ, González AJD. Caña santa para el tratamiento de ancianos con hipertensión arterial. Medisan [Internet]. 2010 Oct-Nov [cited 2014 June 20];14(8):1061-7. Available

Barbosa MS, Budó MLD, Garcia RP et al.

Cuidados em saúde desenvolvidos por pessoas com...

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000800003&lng=es

23. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR, Meier MJ. Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Ago 05];34(4):37-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n4/05.pdf>

24. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [cited 2015 Nov 01]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

25. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [cited 2015 Ago 07]. Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

26. Guanabara MAO, Oliveira FA, Araújo MAL, Barros VL, Bezerra BS, Bezerra MLC. Conhecimento e ações dos agentes comunitários de saúde para prevenção da sífilis congênita congénita. J Nurs UFPE on line. [Internet]. 2015 May [cited 2015 Ago 04];9(supl. 4):7995-8001. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewArticle/7178>

27. Lima CAB, Santos ALP, Gonçalves AM, Teixeira E, Medeiros HP. Representações sociais sobre educação em saúde de agentes comunitários: pistas para educação permanente. Cogitare Enferm. [Internet]. 2012 Jan-Mar [cited 2014 June 12];17(1):16-21. Available from:

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362012000100002&lng=pt

28. Backes MS, Sousa FGM, Erdmann AL. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2008 July-Sept [cited 2016 Mar 26];7(3):319-26. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6490/3857>

29. Faquinello P, Marcon SS, Waidmann MAP. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 Sept-Oct [cited 2016 June 12];64(5):849-56. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a08v64n5.pdf>

30. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. Rev Latinoam Enferm. [Internet]. 2013 Sept-Oct [cited 2015 Ago 11];21(5):[08 telas]. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000501096&script=sci_arttext&tlng=pt

Submissão: 16/07/2015

Aceito: 04/04/2016

Publicado: 01/05/2016

Correspondência

Raquel Pötter Garcia
BR 472 - Km 592
Caixa Postal 118
CEP 97508-000 – Uruguaiana (RS), Brasil