



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

VIVIANE ARRUDA MARTINS MACIEL

**Conhecimento de usuários de saúde acerca da hipertensão arterial
e diabetes melittus: estudo em UBSF de Campina Grande- PB**

**CAMPINA GRANDE – PB
2011**

VIVIANE ARRUDA MARTINS MACIEL

Conhecimento de usuários de saúde acerca da hipertensão arterial e diabetes melittus: estudo em UBSF de Campina Grande- PB

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem pela Universidade acima citada.

Orientadora: Prof. Ms. Eloíde André Oliveira

CAMPINA GRANDE – PB
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M152c

Maciel, Viviane Arruda Martins.

Conhecimento de usuários de saúde acerca da hipertensão arterial e diabetes melittus [manuscrito]: estudo em UBSF de Campina Grande – PB / Viviane Arruda Martins Maciel. – 2011.

67 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Eloíde André Oliveira, Departamento de Enfermagem.”

1. Atenção à saúde. 2. Educação em saúde. 3. Hipertensão arterial. 4. Diabetes melittus. 5. Enfermagem.
I. Título.

21. ed. CDD 362.1

VIVIANE ARRUDA MARTINS MACIEL

**Conhecimento de usuários de saúde acerca da hipertensão arterial
e diabete melittus: estudo em UBSF de Campina Grande- PB**

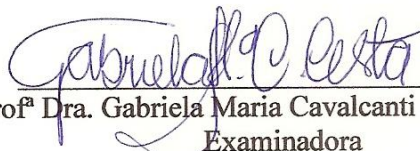
Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem pela Universidade acima citada.

Aprovada em 30/11/2011.



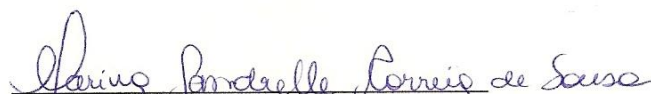
Profª Ms. Eloíde André Oliveira / UEPB

Orientadora



Profª Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa /UEPB

Examinadora



Profª Especialista Marina Sandrelle C. de Sousa / UEPB

Examinadora

AGRADECIMENTOS

A Deus que tem me fortalecido ao longo dessa trajetória.

À professora Eloíde pelo apoio ao longo dessa orientação e pela dedicação em sempre repassar os seus conhecimentos com bastante generosidade.

Ao meu esposo Beneval Júnior por sua compreensão e apoio, e por sonhar os meus sonhos. Certamente essa caminhada sem você seria mais árdua.

A minha mãe Joselita, por acreditar que eu poderia sempre ir mais longe.

Aos professores do Curso de Enfermagem da UEPB que contribuíram ao longo desses cinco anos, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos funcionários da UEPB, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe, em especial Divany e Larisse pelos momentos de amizade e apoio.

Uma base educacional sólida é necessária para o auto cuidado competente e deve constituir um foco contínuo do cuidado de enfermagem (BRUNNER e SUDDARTH, 2009, pg.1184).

RESUMO

A Hipertensão Arterial é definida como uma pressão arterial sistólica superior a 140mmhg e uma pressão diastólica superior a 90mmhg, durante dois ou mais contatos com um profissional de saúde (SMELTZER & BARE, 2009). O Diabetes Mellitus é caracterizado por níveis aumentados de glicose no sangue, resultantes de defeitos na secreção de insulina, ação de insulina ou em ambas. Essas duas patologias são consideradas fatores de risco para doença cardiovascular, que hoje é a principal causa de morte no Brasil. O presente trabalho teve abordagem qualitativa, com objetivo de analisar o conhecimento dos usuários do hiperdia portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus sobre sua doença, tratamento, complicações, prevenção das possíveis complicações, bem com, verificar se o encontro do hiperdia tem contribuído para a aquisição do conhecimento sobre a doença. Foram entrevistados 30 sujeitos cadastrados no programa Hiperdia, durante as reuniões mensais e, foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado e gravadas as falas após o consentimento do usuário. Dos entrevistados, 08 eram do gênero masculino e 22 do feminino, a maioria apresentou baixa escolaridade. Quanto à definição sobre a doença, todos a consideravam sérias suas consequências e que poderiam levar morte; contudo, observou-se que não sabiam defini-la de forma adequada. Quanto ao tratamento à maioria citou a intervenção medicamentosa e dieta e, o exercício físico foi citado em sua minoria. As complicações citadas foram majoritariamente relacionada á complicações cardiovasculares. Quanto aos meios de prevenção foram citados mudança no estilo de vida e intervenção medicamentosa. Os usuários majoritariamente afirmaram que o programa tem contribuído para o repasse de informações sobre a doença. Porém verificou-se que este conhecimento se mostra de forma muito limitada.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Conhecimento de usuários. Hipertensão. Diabetes.

ABSTRACT

Hypertension is defined as a systolic blood pressure to 140 mmHg and a diastolic pressure above 90 mmHg for two or more contacts with a health professional. Diabetes mellitus is characterized for the increased levels of glucose in the blood, resulting in defects in insulin secretion, insulin action or both of them (SMELTZER & BARE, 2009). These two diseases are considered risk factors for cardiovascular disease, which is now the leading cause of death in Brazil. Due this context it is important to disseminate information about the disease so the user of the health service can get an adequate control because these are chronic character. This work aimed to analyze the knowledge of users hiperdia with hypertension and diabetes mellitus about their illness, treatment, complications, prevention of possible complications, and verify that the meeting hiperdia has contributed to the acquisition of knowledge about the disease. There was an interview with thirty users, during the meetings of the hiperdia, registered in the program using a script semi-structured interview, where we used a portable tape recorder, for recording the speech. Of the respondents, 8 were male and 22 female, most had lower education. Concerning the definition of the disease, everyone considered serious and could lead to death, yet there was who could not set it properly. About the treatment to the majority cited drug intervention diet, exercise was quoted in the minority. The complications reported were mostly related to cardiovascular complications. About of prevention were mentioned changes in lifestyle and drug intervention. The users overwhelmingly said that the program has contributed to the transfer of information about the disease. But it was found that this knowledge is very limited.

KEYWORDS: Health Education. Knowledge of users . Hypertension. Diabetes.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Dados sócios demográficos.....	27
TABELA 2 –	Tempo de permanência com hipertensão.....	28
TABELA 3 –	Tempo de permanência com diabetes	29

LISTA DE SIGLAS

HAS	Hipertensão arterial sistêmica
DM	Diabetes de melittus
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBSF	Unidade básica saúde da família
DRC	Doença renal crônica

SUMÁRIO

1.0	Introdução.....	12
2.0	Objetivos.....	16
3.0	Fundamentação teórica.....	18
3.1	Diabetes de Melittus.....	19
3.2	Hipertensão arterial sistêmica.....	21
4.0	Metodologia.....	25
4.1	Tipo de estudo.....	25
4.2	Local da pesquisa.....	25
4.3	População e amostra.....	25
4.4	Coleta de dados.....	25
4.5	Tratamento e análise dos dados.....	26
4.6	Aspectos éticos.....	26
5.0	Resultados e discussão dos dados.....	28
6.0	Considerações finais.....	56
	Referências.....	58
	Apêndices.....	62
	Anexos.....	64

1. Introdução

No ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro das mortes por doenças infecciosas no mesmo período (BRASIL, 2006).

As condições crônicas são definidas como condições clínicas ou problemas de saúde com sintomas associados ou incapacidades que exigem tratamento por longo prazo (SMELTZER & BARE, 2009).

Nesse contexto de doenças crônicas, surgem duas patologias que tem acometido um número elevado de pessoas que são a Diabetes Melitos (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Segundo o Ministério da Saúde 10,3 % da população brasileira tem DM e 23,3% tem HAS (BRASIL, 2011).

Para melhor entendimento do assunto convém definir cada uma delas, sendo a hipertensão definida como uma pressão arterial sistólica superior a 140mmhg e uma pressão diastólica superior a 90mmhg, durante dois ou mais contatos, com um profissional de saúde (SMELTZER & BARE, 2009).

O Diabetes por sua vez é definido como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis aumentados de glicose no sangue (hiperglicemia), resultantes de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambas (SMELTZER & BARE, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde as doenças cardiovasculares constituem a maior causa de morbimortalidade na população brasileira, chegando a 32% das mortes em 2005. A hipertensão arterial e o diabetes representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento desse cenário nacional (BRASIL, 2001).

Essas patologias se não tratadas adequadamente levam a inúmeras complicações como acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, retinopatia diabética, cetoacidose diabética, nefropatias, neuropatias diabética e amputações de membros.

Diante deste quadro, o Ministério da Saúde, cria em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, visando vincular o portador desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização do serviço (BRASIL, 2001).

Em 2002 é publicada Portaria nº 371 que Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus como parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e

Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).

Essa portaria ainda cita o plano referido como que visando à organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação de um programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares e, ainda propõe que haverá a oferta de medicamentos de forma gratuita aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

É nesse contexto que surge o Sistema Hiperdia como forma de efetivar o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, nesse sistema os portadores dessas patologias são cadastrados e acompanhados sistematicamente. São oferecidos gratuitamente aos usuários os medicamentos necessários para um efetivo controle da sua patologia, através das unidades básicas saúde da família, esses encontros constituem-se uma excelente oportunidade para o repasse de informações sobre suas doenças. No município de Campina Grande, esses encontros com hipertensos e diabéticos são conhecidos como encontros do Hiperdia.

A HAS e DM são patologias consideradas crônicas que requerem uma vida de comportamentos de autotratamento especiais (SMELTZER & BARE, 2009). Devido a isso se verifica a importância da educação do usuário para o autocuidado e, para o controle do regime terapêutico efetivo. Mostra-se de extrema importância, a aquisição de conhecimento, por parte do usuário do sistema de saúde, sobre sua patologia, formas de tratamento, prevenção de complicações.

Nesse contexto de autocuidado surgem os profissionais de saúde como sendo aqueles que, por terem maior apropriação destes conhecimentos e por serem os responsáveis pela multiplicação dos mesmos, possuem um papel importante na divulgação destes, para que os usuários desenvolvam adequadamente o seu autocuidado e tenham uma melhor qualidade de vida.

O interesse pelo presente tema surgiu durante um estágio supervisionado Componente curricular de Saúde Coletiva, em que se verificou como se dava o Hiperdia. Foram observadas palestras referentes a questões de autocuidado que os pacientes portadores dessas patologias deveriam adotar. Ficou evidenciado que as informações eram repassadas através de muitos termos técnicos o que provavelmente interferiu na aprendizagem desses usuários.

Considerando que o conhecimento das patologias DM e HAS, sua condição de cronicidade, as inúmeras implicações e complicações clínicas, que vão desde a lesão cutânea (no caso da DM) ao acidente vascular cerebral (no caso da hipertensão), podendo evoluir até o óbito e que, a adesão ao tratamento e o autocuidado, bem conduzidos, garantiria uma qualidade de vida melhor ao usuário, senti-me impulsionada a verificar se de fato os usuários conseguiam apreender o conhecimento repassado nestes encontros do programa Hiperdia, bem como, quais os conhecimentos e ações de autocuidado recebem a adesão destes usuários.

Tais resultados podem propiciar aos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, a quem cabe grande parte dos treinamentos, um replanejamento na elaboração dos planos de ensino, visando direcionar os treinamentos as deficiências do conhecimento percebido e ratificar os conhecimentos já firmados.

2. OBJETIVOS

- **OBJETIVO GERAL**
 - Analisar o conhecimento dos usuários do Hiperdia acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitos em UBSF no município de Campina Grande na Paraíba.
- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**
 - Analisar o conhecimento do usuário do Hiperdia acerca do conceito da doença, do tratamento, das complicações e da prevenção dessas;
 - Identificar a fonte do conhecimento adquirido;
 - Observar a importância demonstrada pelo usuário sobre os encontros de grupos de hipertensos e diabéticos (encontros do Hiperdia) para aquisição destes conhecimentos.

3. Fundamentação Teórica

3.1 – Diabetes Mellitus

As doenças cardiovasculares constituem as principais causas de morbimortalidade brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco o que aumenta a sua ocorrência (BRASIL, 2001).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo significativamente para o agravamento desse cenário em nível nacional (BRASIL, 2001).

O diabetes constitui um grave problema de saúde pública por sua alta frequência na população, suas complicações, mortalidade, altos custos financeiros e sociais envolvidos no tratamento e deterioração significativa da qualidade de vida. O Diabetes é particularmente prevalente nos idosos; até 50% das pessoas com mais de 65 anos de idade apresentam algum grau de intolerância a glicose (SMELTZER & BARE, 2009).

No Brasil o DM, juntamente com a hipertensão, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em paciente com insuficiência renal crônica submetidos à diálise (BRASIL, 2006).

O DM é uma doença metabólica cujo marco clínico é a hiperglicemia. As principais formas clínicas de DM são o DM tipo 1 e tipo 2. O DM tipo 1 decorre da destruição imunológica das células beta pancreáticas e é responsável por aproximadamente 10% dos casos. O DM tipo 2 é a forma mais prevalente, presente em 90% dos casos, e está associado a dois mecanismos, basicamente, disfunção de células beta e resistência à ação da insulina. Esta última, por sua vez, está intimamente relacionada à obesidade e ao sedentarismo (SMELTZER & BARE, 2009).

A meta terapêutica para o tratamento do diabetes consiste em atingir os níveis glicêmicos normais, sem hipoglicemia, enquanto mantêm alta qualidade de vida. O seu tratamento envolve a terapia nutricional, exercícios físicos, monitorização da glicemia, terapia farmacológica e educação do paciente (SMELTZER & BARE, 2009).

Embora a equipe de saúde conduza o tratamento, é o paciente que deve gerenciar o complexo regime terapêutico. Por esse motivo, a educação do paciente e da família é um componente essencial ao tratamento do diabetes e, tão importante quanto os outros componentes do regime. Sem o conhecimento necessário acerca de sua patologia o paciente não irá aderir ao regime terapêutico e, conseqüentemente, inúmeras

complicações poderão daí decorrer.

Segundo o Ministério da Saúde cabem as equipes de saúde da família as ações comunitárias e individuais que visem informar a comunidade como prevenir a doença, identificar grupos de riscos, fazer diagnóstico precoce e abordagem terapêutica, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle e prevenir complicações buscando a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2006).

Devido à elevada carga de morbi- mortalidade associada ao diabetes e suas complicações, o DM é hoje uma prioridade de saúde pública. Na atenção básica ela pode ser efetuada através da prevenção primária, buscando-se meios para diminuição de fatores de risco para diabetes como o sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis e identificando e tratando os indivíduos com alto risco para o diabetes. A prevenção secundária consiste na identificação dos casos não diagnosticados para o tratamento. A prevenção terciária consiste na intensificação do controle dos pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações aguda e crônicas (BRASIL, 2006).

Cerca de 50% da população com Diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até o aparecimento de possíveis complicações (BRASIL, 2006).

O controle nutricional inclui as seguintes metas: Fornecer todos os constituintes alimentares essenciais necessários para uma nutrição ótima, satisfazer as necessidades energéticas, atingir um peso e manter um peso razoável, evitar amplas flutuações diárias nos níveis glicêmicos, diminuir os níveis de lipídios séricos já que estes, quando elevados, contribuem para doenças cardiovasculares (SMELTZER & BARE, 2009).

O exercício físico diminui os níveis glicêmicos aumentando a captação da glicose pelos músculos corporais e melhorando a utilização da insulina, além de alterar as concentrações lipídicas sanguínea, aumentando os níveis de lipoproteínas de alta densidade e diminuindo os níveis de colesterol total e triglicérides, que é, particularmente importante para pessoas com diabetes por causa do seu risco aumentado para doenças cardiovascular (NATAN, et al.,2005).

A monitorização da glicemia é fundamental para o tratamento do diabetes e a auto monitorização contribui consideravelmente para o cuidado do diabetes, já que possibilitam as pessoas o ajustamento de seu regime de tratamento para obter um controle ótimo da glicemia, evitando assim complicações como a hiperglicemia e

hipoglicemia, além de reduzir o risco de complicações em longo prazo.

A terapia farmacológica se mostra essencial na ausência de insulina no diabetes do tipo 1 ou para os pacientes que possuem diabetes tipo 2 que não podem ser tratados eficazmente apenas com a dieta e o exercício (SMELTZER & BARE, 2009).

A educação do paciente torna-se peça fundamental no tratamento. O paciente deve aprender a equilibrar uma gama de fatores, devem aprender as habilidades de auto cuidado para evitar flutuações agudas na glicemia, e também devem incorporar em seus estilos de vida muitos comportamentos de prevenção para evitar as complicações diabéticas. Segundo Smeltzer & Bare (2009), eles devem ser instruídos sobre a nutrição, efeitos dos medicamentos e efeitos colaterais, exercício, progressão da doença, estratégias de prevenção, técnicas de monitorização da glicemia e ajustes dos medicamentos. A referida obra, diz que essas informações são básicas e que todos os pacientes devem saber para sobreviverem.

As complicações agudas para o diabetes incluem a hipoglicemia, cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica. As complicações do diabetes, em longo prazo, são chamadas de macrovasculares e microvasculares. As macrovasculares incluem doença da artéria coronária, doença vascular cerebral e a doença vascular periférica. A doença da artéria coronária pode contribuir com 50 a 60% de todas as mortes entre pacientes com diabetes. As complicações microvasculares incluem a retinopatia diabética, que pode levar a cegueira, nefropatias e neuropatias diabéticas (SMELTZER & BARE, 2009).

3.2. Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60% dos casos da doença em 2025 (FERREIRA, 2009). Segundo Doria & Lotuf (2004 p.11) “a patologia é um problema de saúde pública que acomete, aproximadamente, de 22,3 a 43,9% da população brasileira urbana adulta e mais da metade dos idosos no mundo”. Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, através da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) a HAS atinge 23,3% da população brasileira, sendo que deste percentual 50% são de pessoas acima de 50 anos

(BRASIL, 2011).

Além do impacto na morbimortalidade da população, a HAS associa-se a alto custo socioeconômico (FERREIRA, 2009).

A hipertensão pode ser considerada primária ou secundária. É considerada primária quando não possui uma causa aparente facilmente identificável, sendo secundária quando a causa é estabelecida, e com a remoção do agente etiológico é possível controlar e curar a HAS. As principais causas de hipertensão secundária são: doenças parenquimatosas renal, doenças renovascular, doenças endócrinas, coarctação de aorta, hipertensão gestacional, doenças neurológicas e estresse agudo (BRASIL, 2006).

Com frequência, a hipertensão acompanha outros fatores de risco para a cardiopatia aterosclerótica, como dislipidemia, obesidades, diabetes, síndrome metabólica e um estilo de vida sedentário. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a HAS está entre os três principais fatores de risco que concorrem para doenças cardiovasculares, contribuindo também como fatores de risco a dislipidemia e diabetes de melittus (BRASIL, 2006).

O objetivo do tratamento da hipertensão visa evitar as possíveis complicações associadas á doença (doenças cardiovasculares, distúrbios renais, distúrbios oculares e cerebrais) ao atingir níveis pressóricos de 140/90mmhg ou menos. Vários estudos têm demonstrado que o portador desta patologia deve adotar varias mudanças, principalmente relacionada a seu estilo de vida. É importante a perda de peso, ingestão reduzida de álcool e sódio e a atividade física regular, além da utilização de medicação conforme prescrição médica (SMELTZER & BARE, 2009) .

Ficou evidente a importância de dietas ricas em frutas, vegetais e derivados de leite semidesnatado, já que estes podem evitar o desenvolvimento de hipertensão e diminuir a pressão arterial elevada(SMELTZER & BARE, 2009). De igual importância é a terapia farmacológica que geralmente incluem diurético, beta bloqueador ou ambos.

As principais complicações decorrentes dessa patologia são as doenças cardíacas, o acidente vascular cerebral, crise isquêmica transitória, doença renal crônica, doença arterial periférica e retinopatia.

Por se tratar de uma doença crônica, a enfermeira deve ajudar o paciente a atingir o controle da pressão arterial por meio da educação sobre a hipertensão e como manter o controle através dos medicamentos, mudanças no estilo de vida, na dieta,

controle de peso e exercício (SMELTZER & BARE, 2009) .

O desvio do programa terapêutico é um problema significativo para pessoas com hipertensão e outras patologias crônicas que exigem tratamento pelo resto da vida. Estima-se que 50 % dos pacientes interrompem seus medicamentos dentro de um ano do início de sua administração (SMELTZER & BARE, 2009) .

Segundo as autoras, a adesão aumenta, quando os pacientes participam ativamente do autocuidado, incluindo a automonitorização da pressão arterial e dieta. Daí a importância de promover o conhecimento dos usuários de saúde, para que estes, de posse destas informações, possam contribuir significativamente para o seu autocuidado.

O Ministério da Saúde através do caderno de atenção básica sobre HAS afirma que cabe a atenção básica, em especial à estratégia saúde da família, a implementação de modelos de atenção a saúde que incorporem estratégias diversas, a fim de melhorar a qualidade da atenção e, alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos dos usuários dos serviços (BRASIL, 2006).

Essas patologias por serem altamente prevalentes, de alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo, assumiram papel importante e impuseram ônus crescente e preocupante para os governantes.

Diante desse quadro o Ministério da Saúde, em 2001, instituiu o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes de Mellitus, visando vincular o portador desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ação de capacitação destes profissionais e reorganização dos serviços (BRASIL, 2001).

O Plano de Reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes caracteriza como atribuição do enfermeiro o desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com pacientes hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2001).

Este programa alerta que a educação do paciente é parte essencial no tratamento destas patologias e que essa educação deve abordar tópicos como complicações da diabetes de mellitus e hipertensão, importância da alimentação, benefícios das atividades físicas, benefícios da automonitorização e identificação de sinais e sintomas de possíveis complicações (BRASIL, 2001).

Em decorrência desse programa surge o sistema Hiperdia que foi desenvolvido, tendo como principais objetivos, permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde

(SUS) e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira sistemática, a estes pacientes (FERREIRA, 2009).

De posse dessas informações todos os encontros com os pacientes constituem oportunidades para o reforço das habilidades de autotratamento e, nesse contexto, enquadra-se os encontros do Hiperdia como uma excelente oportunidade para promoção do conhecimento acerca das referidas patologias, buscando uma redução significativa no número de complicações desenvolvidas por esses usuários.

4. Metodologia

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva de abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa é aquela, segundo Creswell (2007), em que o investigador faz alegações de conhecimento com base principalmente ou em perspectivas construtivistas ou em perspectivas reivindicatórias/participatórias ou em ambas. Também usa estratégias de investigação como narrativas, fenomenologias, etnografias, estudos baseados em teoria com o pesquisador coletando os dados emergentes abertos objetivando desenvolver temas a partir dos dados coletados.

4.2. Local da pesquisa

Foi realizado em 03 Unidades Básicas de Saúde do município de Campina Grande, durante os encontros do Hiperdia, no período de Agosto a Novembro de 2011. As Unidades foram selecionadas aleatoriamente e por acessibilidade.

4.3 População e Amostra

A unidade de saúde I possui 80 diabéticos cadastrados e possui 343 hipertensos cadastrados. A unidade saúde II possui 223 Hipertensos e 62 Diabéticos. A unidade de saúde III possui 320 hipertensos cadastrados e 72 diabéticos cadastrados. A amostra foi composta por 30 usuários. Vale salientar que destes usuários a minoria faz o acompanhamento regular na unidade de saúde. Esta amostra foi composta por portadores de Diabetes, portadores de hipertensão e portadores de ambas patologias(Diabetes e Hipertensão) que se encontravam nas UBSF durante a coleta para as reuniões do hiperdia.

4.4. Coleta de dados

As reuniões tiveram a presença de 10 usuários, estas geralmente ocorrem mensalmente, quando é entregue a medicação na unidade básica de saúde e tem a duração em média de 2 horas. A entrevista foi realizada antes do início da reunião, depois de prévia autorização dos profissionais atuantes na UBSF. Foi apresentada a pesquisa, sua importância e o instrumento de coleta de dados.

Foi utilizada a técnica de entrevista semi- estruturada, com um roteiro previamente

elaborado e posteriormente transcritas literalmente para análise. As falas dos usuários foram gravadas em um gravador portátil, depois da autorização dos mesmos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE). Os tópicos abordaram sobre o conhecimento dos usuários acerca das referidas patologias no que diz respeito à definição da patologia, tratamento, complicações associadas e modos de prevenção, além de procurar observar, como e se, o Hiperdia auxiliou na aquisição desses conhecimentos.

4.5 Tratamento e Análises dos dados

As respostas das entrevistas que compõe a primeira parte foi destinado a caracterização os atores sociais, receberam tratamento estatístico simples e foi feito pelo programa Excel 2007 e apresentado na forma de tabelas.

Os discursos referentes à segunda parte do questionário, obtidos através de questões abertas, sofreram o tratamento da técnica de análise de conteúdo, em conformidade com as recomendações de Bardin (2002) realizado pela própria pesquisadora. Essa técnica consiste em descobrir núcleos de sentido que compõe a comunicação (BREVIDELLI, 2009).

De forma breve descrevemos os passos da análise de conteúdo temática: a primeira fase consiste na pré-análise, aonde se estabelece a organização de todos os materiais que serão utilizados na coleta de dados; na segunda fase através da codificação procedemos a transformação dos dados, por recorte, agregação e/ou classificação e enumeração das unidades de sentido e na terceira fase, apoiado nos resultados brutos procura-se torná-los significativos e válidos e categorizados (BARDIN,2002).

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo atendeu as determinações da resolução 196/96 da comissão nacional de ética e pesquisa em seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). O estudo foi encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde do município de Campina Grande para autorização e posteriormente enviado a comissão de ética da UEPB e após aprovação, sob número de protocolo 0241.0.133.000, começou-se a coleta de dados. O usuários receberam uma solicitação formal e informações sobre a importância, os objetivos, a metodologia utilizada e o respectivo TCLE. Tal documento esclarece aos usuários sobre o conteúdo da pesquisa, da liberdade de escolha de participar ou não do estudo, de poder desistir em qualquer fase de investigação e pedir esclarecimento sobre andamento do estudo e o sigilo das informações e o anonimato.

5. Resultados e discussão dos dados

A primeira parte da pesquisa compõe-se dos dados sócio-demográficos que foram submetidos à análise quantitativa a partir da construção de gráficos no programa Microsoft Excel, sendo posteriormente discutidos à luz da literatura.

A segunda parte, correspondente a análise qualitativa, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2002, pg. 38) “que consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicação que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos nas descrições dos conteúdos das mensagens e a partir destas, foram criadas categorias temáticas em cima de perguntas norteadoras e suas respectivas categorias”. A primeira pergunta questionava: **O que é Hipertensão arterial?** Foram identificados 05 categorias: **I- Doença identificada pela sintomatologia; II- Doença relacionada a aspectos emocionais; III- Doença lidada a nutrição e ao estilo de vida; IV- Conhecimentos relacionado a complicações da HAS; V- Desconhecimento sobre o conceito de HAS.**

Com relação a Diabetes perguntou-se: **O que é Diabetes?** Foram identificadas 2 categorias: **I- Doença relacionada com o açúcar no sangue; II- Doença relacionada com a sintomatologia e dieta especial.**

A seguir perguntou-se: **De que forma é feito o tratamento da hipertensão arterial?** Foram identificadas 3 categorias: **I- Mudança na alimentação, II- Mudança no estilo de vida; III- Intervenção medicamentosa.**

Da mesma forma foi perguntado aos usuários portadores de Diabetes de melittus: **De que forma é feito o tratamento do diabetes de melittus?** Foram observadas 2 categorias: **I- Dieta sem açúcares; II- Medicamentos.**

A terceira pergunta questionava: **Quais as complicações da Hipertensão arterial?** Foram identificadas as seguintes categorias: **I- Complicações cardiovasculares; II- Complicações renais; III- Morte; IV- Desconhecimento das complicações.**

Perguntou-se aos portadores da diabetes: **Quais as complicações da diabetes?** Foram obtidas as seguintes categorias: **I- Complicações cardiovasculares; II- Morte; III- Oscilações das taxas de sangue.**

A quarta pergunta questionava: **O que você faz para prevenir essas complicações?** Com relação aos portadores de Hipertensão arterial foram obtidas as seguintes categorias: **I- Dieta Hipossódica; II- Mudança no estilo da vida; III- Lidar positivamente com as tensões.** Foi feita a mesma pergunta aos portadores de diabetes: **O que você faz para prevenir essas complicações?** Obtiveram-se as seguintes categorizações: **I- Mudança no estilo de vida(exercício físico e alimentação); II- Tomar o medicamento.**

A quinta pergunta questionava sobre: **Onde foram obtidas as informações acerca da doença?** Com relação aos portadores de hipertensão arterial foram obtidas as seguintes categorizações: **I- Lendo e meios de comunicação; II- UBSF(pelos profissionais e entre as pessoas);III- médico.** Com relação aos usuários portadores de Diabetes de mellitus observou-se a seguinte categorização: **I - Lendo e pela internet; II- UBSF.**

A sexta pergunta questionava sobre: **Os encontros do Hiperdia ajudaram no repasse de informação sobre a doença?** Com relação aos portadores de hipertensão arterial foi obtida a seguinte categorização: **I- As informações são importantes.** Com relação aos usuários portadores de Diabetes de mellitus observou-se a seguinte categorização: **I As informações repassadas pelas UBSF são importantes: II- Orientações médicas é destacada.**

Foi atribuído a cada sujeito a letra “S” (sujeito) seguida da numeração cardinal, visando preservar o anonimato dos participantes.

5.1. Discussão dos resultados sócio-demográficos

Tabela 1 – Características Sócio-demográficas dos entrevistados

	Frequência	Percentual %
SEXO		
Feminino	22	73,33
Masculino	8	26,66
IDADE		
De 30 a 39	2	6,66
De 40 a 49	7	23,33
De 50 a 59	2	6,66
De 60 ou +	19	63,33
NÍVEL EDUCACIONAL		
Analfabeto	6	20
Ensino Fundamental I	18	60
Ensino Fundamental II	4	13,33
Ensino Médio	1	3,33
Ensino Superior	1	3,33
USUÁRIO		
Hipertensão	21	70
Diabetes	1	3,33
Hipertensão + Diabetes	8	16,67

Fonte: Dados coletados durante a pesquisa, no período de agosto a novembro de 2011.

Quantos aos dados sócio-demográficos 73,33% eram do sexo feminino e apenas 26,66% eram do sexo masculino. Isso revela que apesar da implantação da política nacional de atenção integral á saúde do homem este percentual é bastante pequeno se comparado ao feminino.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas e, que morrem mais precocemente que as mulheres. Essa vulnerabilidade deve-se ao fato dos homens não buscarem atenção a saúde, como o fazem as mulheres e, por isto, os homens ao invés de entrarem no sistema de saúde através da atenção primária, eles já adentram no sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que traz como consequência possíveis agravos na morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Uma questão bastante apontada pelos homens pela não procura dos serviços de atenção primária, está ligada a sua posição de provedor. Alega-se que o horário do funcionamento dos serviços de saúde coincide com o turno de trabalho. Ainda que isso possa

se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias sócio- econômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho formal, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

Quanto ao grau de instrução 60 % dos entrevistados possuíam o ensino fundamental I (da 1° á 4° série), 20 % se dizia analfabeto, 13,33 % possuíam o ensino fundamental II (5° á 8° série) e apenas 3,33% diziam possuir ou o ensino médio, seguindo esse mesmo percentual para o ensino superior.

Saber ler é de fundamental importância na busca de informações, no manuseio das medicações e para que o tratamento e o autocuidado sejam efetivos é necessário que os usuários possam compreender as orientações dadas, saber reconhecer as medicações, conhecer as possíveis complicações da não adesão ao tratamento, bem como saber como prevenir estas complicações, para que desse modo haja uma redução significativa no quadro de morbi mortalidade relacionado às doenças. Isso só será conseguido se o profissional de saúde adotar meios compatíveis para que estes usuários obtenham uma compreensão satisfatória acerca de suas patologias.

Quanto à faixa etária a maioria foi composta por pessoas com 60 anos ou mais de idade (60% dos entrevistados) o que não é de se estranhar já que a hipertensão arterial e o diabetes de Melitos possuem uma alta prevalência nesta faixa etária. Esse percentual foi seguido pelas pessoas que diziam ter de 40 á 49 anos de idade (23,33% dos entrevistados). Apenas 6,66% dos entrevistados diziam ter a idade de 30 a 39 anos. A faixa etária de 50 á 59 anos apresentou este mesmo percentual.

A HAS foi à patologia que apresentou maior citação (70%) e o DM teve 3,33%, citado por usuários com ambas as patologias tiveram 26,66%.

Tabela 2- Tempo de permanência com a doença Hipertensão.

	Freqüência	Percentual
De 1 – 10anos	12 usuários	41,37%
De 10 – 20 anos	12 usuários	41,37%
De 20 – 30 anos	2 usuários	6,89%
De 30 – 40 anos	1 usuário	3,44%
De 40 – 50 anos	2 usuários	6,89%

Fonte: Dados coletados durante a pesquisa, no período de agosto a novembro de 2011.

Tabela 3 - Tempo de permanência com a doença Diabetes

	Frequência	Percentual
De 1 – 10anos	6 usuários	66,66%
De 10 – 20 anos	1 usuário	11,11%
De 40– 50 anos	2 usuários	22,22%

Fonte: Dados coletados durante a pesquisa, no período de agosto a novembro de 2011

Quanto ao tempo de permanência com a doença em relação á portadores de hipertensão o maior percentual dizia que possuía a doença de 1 á 9 anos(41,37%). Esse mesmo percentual foi encontrado para portadores de diziam possuírem HAS de 10 a 19 anos.

Quanto aos portadores de diabetes 66,66% disseram ter a doença de 1 á 9 anos. Esse percentual foi seguido de 11,11% para usuários que possuíam diabetes de 10 á 19 anos. O percentual de 22,22% disse possuir a doença entre 40 á 50 anos.

5.2. Discussão dos resultados Análise qualitativa

Diante da abordagem dos discursos dos usuários da pesquisa foi investigado o conhecimento do usuário do hiperdia sobre hipertensão arterial e diabetes de mellitus no que se refere ao conceito das doenças, os tratamentos, as complicações e modos prevenção. Buscou-se também verificar onde foram obtidas as informações acerca da doença e se os encontros do hiperdia contribuíram para o repasse dessas informações.

Para a segunda parte desta entrevista, os dados receberam o tratamento qualitativo através da técnica de análise de conteúdo e os discursos foram analisados considerando-se as categorias temáticas, formuladas a partir das seguintes perguntas norteadoras: **O que é Hipertensão arterial?** Foram identificadas 05 categorias: **I- Doença identificada pela sintomatologia; II- Doença relacionada a aspectos emocionais; III- Doença ligada à nutrição e ao estilo de vida; IV- Doença relacionada às complicações da HAS; V- Desconhecimento sobre o conceito de HAS.**

Categoria I: Doença identificada pela sintomatologia.

Os usuários (10 sujeitos) conseguiram identificar a doença pela sintomatologia. Não houve nenhum discurso que pudesse definir a hipertensão como uma patologia e suas causas com clareza. Isso é preocupante no que diz respeito à amostra possuir usuários com hipertensão há mais de 20 anos e mesmo assim não conseguir definir a doença. A hipertensão é definida como sendo a manutenção dos níveis tensóricos da pressão arterial dentro e acima do seguintes limites, pressão sistólica maior ou igual a 140mmhg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual á 90mmhg (BRASIL, 2006). Os Profissionais de saúde da rede básica têm papel fundamental nas estratégias de controle da pressão arterial, na definição do diagnóstico e na conduta terapêutica, bem como cabe a estes profissionais informar e educar o usuário (BRASIL, 2006).

S1: *Eu não sei explicar muito bem, só sei que dá uma dor de cabeça quando tá alta.*

S11: *Pressão alta para mim eu sinto uma dor de cabeça, não durmo direito, já fiz vários eletrocardiograma e não acusa nada. E a medicação que eu tomo não controla. Tomo três medicamentos.*

Categoria II: Doença relacionada a aspectos emocionais

Outra parcela (04 sujeitos) associou a hipertensão arterial a aspectos emocionais. Segundo Fonseca (2009), o estresse contribui para grande número de enfermidades tanto de ordem psíquica, com orgânica, e nestas se enquadra a hipertensão arterial.

Para Maciel (1994) é frequente os profissionais de saúde e pacientes rotularem a doença hipertensiva de emocional e nervosa, evidenciando um reducionismo na atribuição da causa da hipertensão. Essa resposta parece sugerir um desconhecimento ou uma não compreensão da natureza multifatorial da doença.

S6: *Eu acho que é um problema de a pessoa ficar nervoso, aí aumenta a pressão*

S8: *A pressão alta foi porque eu tive um susto com a minha mãe, aí de lá pra cá começou. Minha pressão também não é muito alta não!*

III- Doença ligada à nutrição e ao estilo de vida;

Alguns usuários (06 sujeitos) associaram hipertensão a uma doença ligada à nutrição e ao estilo de vida. Esse fato apresenta uma evolução já que a adoção de hábitos alimentares saudáveis contribui para o controle da doença. Segundo Brasil (2006), a dieta deve conter um teor reduzido de sódio, deve conter frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras trans, saturadas e colesterol.

O paciente precisa entender o processo da doença, as mudanças no estilo de vida e a necessidade do uso regular dos medicamentos podem controlar a hipertensão (SMELTZER & BARE, 2009). A respectiva obra recomenda que para evitar e tratar a hipertensão são necessárias as seguintes modificações no estilo de vida: Redução de peso, consumir alimentos saudáveis com redução de sódio na dieta, atividade física regular, redução do álcool e abandono do tabagismo.

S2: *É um problema de comida, de extravagância às vezes, preocupação né, não pode comer sal. Mas o que? Eu acho que eu adquirir isso mais por causa disso!*

S10: *Pressão alta é uma doença que tem que ter o maior cuidado, principalmente com o sal, tem que fazer exercício físico por que de não pode dar um infarto, um AVC!*

IV- Doença relacionada as complicações da HAS.

A doença também foi associada as suas complicações. Pode-se observar que os usuários (04 usuários) associaram a doença principalmente á infarto, AVC e diabetes. Essa associação demonstra que embora eles não saibam definir claramente a doença, os usuários conhecem as principais de complicações da HAS. Segundo Smeltzer & Bare (2009), a elevação prolongada da pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo corpo, principalmente em órgão alvos como coração, rins, cérebro e olhos. Suas conseqüências são:

infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, acidentes vasculares cerebrais e comprometimento da visão.

V- Desconhecimento sobre o conceito de HAS.

Alguns usuários (09) afirmaram desconhecer o conceito de hipertensão arterial. Embora grande parte deles deva ter recebido algum tipo de informação dos profissionais de saúde, supõe-se que grande parte das informações oferecidas não foi efetivamente absorvida ou compreendida. Peres et. al (2003) em seu estudo ao observar que 41 % dos pacientes não souberam definir o que é hipertensão arterial.

S9: *Eu não sei explicar o que é... Eu fico assim sem saber explicar.*

S13: *Bem. Eu nunca ouvi o médico dizer isso não, mas eu vi pela televisão que dá vários problemas. Mas dizer mesmo, eu não sei o que é não!*

Com relação à diabetes na primeira pergunta norteadora pergunto-se: **O que é Diabetes?** Foram identificadas 02 categorias: **I- Doença relacionada com o açúcar no sangue; II- Doença relacionada com a sintomatologia e dieta especial.**

I- Doença relacionada com o açúcar no sangue e incurável;

Os usuários(quatro) definiram diabetes como doença relacionada com o açúcar no sangue e como sendo incurável. Eles definiram de forma parcial a doença, o que representa um progresso para a adesão do regime terapêutico. É muito mais fácil aderir ao tratamento quando se compreende o que é a doença e quais são suas causas e as complicações, principalmente em se tratando de uma doença crônica. A diabetes é definida como grupo de doença metabólica caracterizada por níveis aumentados de glicose no sangue, resultantes dos defeitos na secreção de insulina, ação, ou em ambas(SMELTZER & BARE, 2009) .

S1. : *É quando tem muito açúcar no sangue.*

S22. : Eu acho que seja uma doença quase incurável. Porque eu vejo as pessoas dizendo que se trata para o resto da vida. O remédio tem que ser controlado todo dia.

II- Doença relacionada com a sintomatologia e dieta especial.

Outros usuários (3 sujeitos) relacionaram a doença a sua sintomatologia e dieta especial. Com relação à dieta, Brasil (2006) recomenda que a quantidade energética deva ser adequada a atividade física do paciente, de preferência fracionada em 05 ou 06 refeições e, as refeições devem conter 50% de carboidrato, de preferência os de formas complexas como frutas e verduras, deve-se limitar a ingestão de gordura, os alimentos que contêm sacarose devem ser evitados, a ingestão de álcool deve ser moderada, dar preferência ao uso de adoçantes não calóricos em quantidades adequadas.

Os principais sintomas destacados na sintomatologia foram à cicatrização difícil e a fraqueza. Um usuário citou falta de apetite que não é sintoma clássico da diabetes já que esta apresenta como sintomas clássicos: poliúria, polidipsia e polifagia (SMELTZER & BARE, 2009).

S7. : A diabetes a gente não pode levar um corte, tem que fazer dieta, tem que caminhar. Tem isso tudo.

S16. : É uma fraqueza, uma falta de apetite, falta de coragem... É tristeza mesmo na gente. Porque isso dá uma coisa ruim na gente.

Na segunda questão norteadora foi perguntado: **De que forma é feito o tratamento da hipertensão arterial?** Foram obtidas as seguintes categorizações: **I- Mudança na alimentação, II- Mudança no estilo de vida; III- Intervenção medicamentosa.**

I- Mudança na alimentação

Os usuários (12 sujeitos) reportaram que o tratamento era feito principalmente por mudanças na alimentação tendo como fator principal a redução na ingestão de sal e gorduras.

Um fato preocupante é que nenhum usuário citou alimentos enlatados ou industrializados como contribuintes para o aumento dos níveis pressóricos. O alto consumo de sal, atualmente, é utilizado como preditor de doenças cardiovasculares. Em países ocidentais, o consumo de sal é elevado, não só na preparação como na conservação de alimentos, além da grande utilização de outras substâncias, como o glutamato monossódico. Esse condimento parece ter grande aceitação entre os mais jovens e tornou-se indispensável na alimentação à base de massas.

Apesar de poucos estudos sobre a mudança de padrões alimentares no Brasil, o estudo de Barreto & Cyrillo (2000), na cidade de São Paulo, mostrou uma diminuição de 35% nos gastos domésticos com hortaliças e frutas no orçamento familiar. Situação inversa foi encontrada nos gastos com alimentos industrializados. Uma alimentação mais pobre em frutas e hortaliças e baseada em alimentos industrializados, mais rica em gordura e sal, parecem ser a preditora de agravos à saúde, particularmente associada aos níveis pressóricos. Logo se torna necessário educar o usuário portador de hipertensão sobre o consumo de alimentos industrializados e como esses alimentos podem ser prejudiciais a sua saúde.

S2. : Eu tento fazer como os médicos mandam. Não como sal, não como massa, caminho é só isso que eu tento né, porque é o que mais ele recomenda!

S13. : Com remédio e controlando o sal da comida.

II- Mudança no estilo de vida;

Somente oito usuários relataram a mudança no estilo de vida como forma de tratamento para hipertensão arterial. Esse é um fato preocupante já que, apesar da ênfase dada a terapia farmacológica, a terapia não farmacológica contribui bastante para a redução dos níveis pressóricos e, conseqüentemente redução das complicações associada a doença.

Entre as mudanças que devem ocorrer na vida dos hipertensos, estão à redução do peso corporal, dieta hipossódica e balanceada, redução de bebidas alcoólicas, realização de exercícios físicos, cessação do tabagismo e a substituição de gordura saturada por poliinsaturadas e monoinsaturadas (CASTRO et. al , 2005).

Estima-se que de 20% a 30% da prevalência de hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso (BRASIL, 2006). Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas estudos observacionais comprovam que a redução na ingestão de álcool pode diminuir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos (CASTRO et. al, 2005).

Recomenda-se a ingestão diária de 30 ML/dia de etanol e a metade disso para mulheres (BRASIL, 2006). Quanto ao tabagismo, ele é responsável por cerca de 45% das mortes nos homens com menos de 65 anos de idade e por mais de 20 % dos óbitos por doença coronariana nos homens com idade superior a essa faixa etária. Além disso, considera que o cigarro através da nicotina, eleva a pressão arterial e contribui para uma maior deposição de colesterol nos vasos sanguíneos (CASTRO et.al 2005).

Com relação à atividade física, esta deve ser realizada pelos portadores de hipertensão, já que o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais, facilitando ainda o controle de peso (BRASIL, 2006).

S8. : *Eu só faço tomar os comprimidos, e faço caminhada somente.*

S3. : *Não como nem gordura, nem fritura, nem sal. A comida que não se devo comer eu não como e faço a caminhada. Primeiramente Deus e depois minha caminhada.*

III- Intervenção medicamentosa.

A maioria dos usuários (17 sujeitos) atribuiu à terapia medicamentosa como sendo esta a única forma de tratamento. Isso se deve em grande parte pela visão do usuário que associa a medicação como “cura da doença”. Só que por se tratar de uma doença crônica o máximo que é conseguido é o controle da mesma. Observa-se que, nem sempre, somente o tratamento farmacológico mostra-se eficiente, é preciso educar o paciente para que este possa distinguir a diferença entre tratamento farmacológico e não farmacológico e, entender a contribuição que cada uma dessas modalidades pode trazer para sua saúde. Nesse sentido, ressalta-se a importância da enfermagem no controle da doença crônica, principalmente com relação a educação, ao encorajamento e ao monitoramento do indivíduo, a fim de promover melhorias no seu estado geral (CASTRO et. al 2005).

S9. : *Sei eu tomo Atenolol. Tomo a medicação que pego nesse posto toda primeira quarta feira do mês.*

S16. : *Tomando o remédio né... Tomando os comprimidos que eu tomo sempre.*

Da mesma forma foi perguntado aos usuários portadores de Diabetes de melittus: **De que forma é feito o tratamento do diabetes de melittus?** Foram observadas 02 categorias: **I- Dieta sem açúcares; II- Medicamentos.**

I- Dieta sem açúcares

Observou-se que a maioria dos usuários (07 sujeitos) participantes da pesquisa atribuiu o tratamento a uma dieta sem açúcares, isso demonstra a compreensão parcial que esses usuários tem da dieta, reportando que apenas a restrição de açúcar é suficiente para o seu controle. Foi observado também que o usuário inconscientemente relaciona o tratamento mais a restrição do açúcar que ao uso do remédio.

Segundo Brasil (2006), os portadores de diabetes devem adotar uma alimentação saudável. A recomendação é que a quantidade energética ingerida deve ser adequada à atividade física, de preferência fracionada em cinco ou seis refeições diárias; a ingestão diária deve conter de 50% a 60 % de carboidratos e 30% de gorduras; alimentos que contêm sacarose (açúcar comum) devem ser evitados para prevenir oscilações acentuadas na glicemia; A ingestão de álcool, quando consumido, deve ser moderada e de preferência com refeições; recomenda-se o uso moderado de adoçantes não-calóricos.

O tratamento da diabetes possui cinco componentes que são: Terapia nutricional, Exercício físico, monitoração, terapia farmacológica e a educação (SMELTZER & BARE, 2009).

Foi observado também o desconhecimento quanto aos sintomas de hipoglicemia. Isso é preocupante, já que a meta terapêutica para o tratamento do diabetes consiste em atingir níveis glicêmicos normais, sem hipoglicemia, enquanto mantêm uma alta qualidade de vida (SMELTZER & BARE, 2009). A educação do usuário e da família é um componente essencial ao tratamento do diabetes e é tão importante quanto os outros componentes do

regime. Sem o conhecimento dos sintomas das principais complicações do diabetes o usuário fica impossibilitado de exercer o seu autocuidado.

*S7. : com os remédios controlados, alimentação. Por que não pode comer sal.
O Diabetes não pode comer açúcar... É muita coisa né!*

S22. : Eu tomo o comprimido, não como doce que é o que aumenta o doce. Eu só tomo açucril. Eu não como doce. As vezes eu sinto aquele negócio dentro de mim, aí as pessoas dizem: -- Bota uma bala na boca, pode ser que a diabetes esteja alta ou baixa demais, aí tem que comer alguma coisa para normalizar. Aí eu como, aí passa a agonia. Tem hora que eu penso que vou desmaiar. Às vezes eu to andando assim sozinha, aí eu sinto aquela tontura, como que vai desmaiar. Mas eu acho que seja da pressão ou da diabetes.

II- Medicamentos

A minoria (04 sujeitos) atribuiu o tratamento a medicação. A medicação é um fator importante do regime terapêutico, inconscientemente o usuário associa mais ao tratamento com a dieta do que ao tratamento farmacológico, embora que, nos estágios iniciais da DM o individuo pode ainda não ter necessidade do uso de medicação.

Observou-se que o exercício físico foi muito pouco citado nas discussões que revela o desconhecimento desses usuários sobre os benefícios que o exercício físico pode trazer para redução dos níveis glicêmicos. A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção da atividade física é considerada prioritária para o tratamento do diabetes (BRASIL, 2006).

S6. : Sei não. Eu pego o medicamento, o comprimido aqui.

S20. : É não comer açúcar, tomar só o adoçante, não comer massa, cucuz, gordura. Tudo isso o médico explica né. Tomo o remédio 2 vezes ao dia.

A terceira pergunta norteadora foi: **Quais as complicações da Hipertensão arterial?** Foram identificadas as seguintes categorias: **I- Complicações cardiovasculares; II- Complicações renais; III- Morte; IV- Desconhecimento das complicações.**

I- Complicações cardiovasculares;

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Segundo Smeltzer & Bare (2009), as consequências usuais da hipertensão prolongada e descontrolada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, acidentes vasculares cerebrais e comprometimento da visão.

A maioria dos usuários (16 usuários) citou o infarto do miocárdio e o AVC como principal complicação da HAS. Isso demonstra que o usuário apresenta conhecimento parcial sobre as possíveis complicações da doença. Uma das usuárias revelou que tinha descoberto a HAS através de um comprometimento da visão, porém não conseguiu associar o problema á HAS. Se o usuário possui conhecimento de quais complicações podem decorrer da não implementação do regime terapêutico, se torna mais fácil a adesão a este.

S4. : *Pode causar infarto.*

S13. : *Acho que pode dar um infarto, é ... um AVC... pode dar né.*

II- Complicações renais

A HAS é uma das principais causas de DRC (Doença Renal Crônica) no Brasil. Nesses pacientes ela representa o principal fator de risco para doença cardiovascular. Na época da necessidade de terapia renal substitutiva (diálise ou transplante renal) cerca de 80% a 90% dos pacientes são hipertensos (BRASIL, 2006).

Observou-se que apenas um usuário citou doença renal como uma das principais complicações, isso demonstra mais uma vez o conhecimento parcial do usuário acerca das principais complicações da HAS.

S12. : Eu acredito que pode vir a chegar a ter um AVC, ter problemas nos rins, se ela aumentar muito paralisa os rins. Aí tem essas complicações.

III- Morte

A HAS é uma doença que se o tratamento não for adequado pode levar a morte sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana (BRASIL, 2006).

Dos usuários da pesquisa 11 relataram a morte sendo a principal complicação. Esse dado aponta para um lado positivo no que diz respeito ao usuário entender a gravidade da sua doença e a partir daí possivelmente buscar mecanismos para que a mesma seja controlada.

S18. : Bem se não tratar acontece que pode dar uma parada cardíaca na pessoa e pode morrer. Porque eu acho que a pressão é perigosa. Quando ela pega a pessoa se não tiver o medicamento aí é ruim, é perigoso. Isso pra quem tem idade e par que é novo.

S11. : Se não tratar complica mais né. Pode chegar até a morte. Pode ter começo de AVC e vários outros tipos de problemas.

De modo semelhante foi perguntado sobre DM: **Quais as complicações da diabetes?** Foram obtidas as seguintes categorias: **I- Complicações cardiovasculares; II- Morte; III- Oscilações das taxas de sangue.**

I- Complicações cardiovasculares;

A doença cardiovascular é a complicação de maior morbimortalidade na DM. Aproximadamente 70% dos desfechos clinicamente relevantes são cardiovasculares. As doenças isquêmicas cardiovasculares são mais frequentes e mais precoces em indivíduos com diabetes, comparativamente aos demais. Em mulheres com diabetes, o efeito protetor

relacionado aos hormônios, tipicamente reconhecido para o gênero feminino desaparece (BRASIL, 2006).

De modo semelhante à hipertensão arterial, os 06 usuários portadores de diabetes de melittus reportaram doenças cardiovasculares como sendo a principal complicação relacionada. Citaram principalmente a doença vascular periférica, principal fator contribuinte para amputação de membros nos pacientes com diabetes.

As complicações agudas para o diabetes incluem a hipoglicemia, cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica. As complicações do DM, a longo prazo, são chamadas de macrovasculares e microvasculares. As macrovasculares incluem doença da artéria coronária, doença vascular cerebral e a doença vascular periférica. A doença da artéria coronária pode contribuir com 50 a 60% de todas as mortes entre pacientes com diabetes. As complicações microvasculares incluem a retinopatia diabética, que pode levar a cegueira, nefropatias e neuropatias diabéticas (SMELTZER & BARE, 2009).

Diante de tantas complicações fica evidenciado que o usuário do hiperdia conhece as complicações do diabetes apenas parcialmente.

S7. : *Da diabetes a gente pode cortar um braço, uma perna.*

S1. : *A diabetes pode ter problemas de amputação de membros. Quando eu me corto eu tenho o maior cuidado pra não infeccionar.....!*

II- Morte

São quatro milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006).

Dos usuários da pesquisa 03 relataram a morte sendo a principal complicação. Esse dado aponta para um lado positivo no que diz respeito ao usuário entender a gravidade da sua doença e a parti daí buscar mecanismos para que a mesma seja controlada.

S16. : *Morrer né! Dá fraqueza tristeza, toda coisa ruim a gente tem!*

S23. : *Se não fizer o tratamento direito pode até morrer. Eu já tinha morrido. Eu não tava mais viva não! É com o tratamento que a gente vai vivendo.*

III- Oscilações das taxas de sangue.

As oscilações das taxas do sangue dizem respeito à hipoglicemia e hiperglicemia que pode ocorrer no portador do diabetes. Foi observado que 2 usuários não sabiam diferenciar essas medidas de controle e a sintomatologia.

O diabetes é uma doença crônica que requer uma vida de autotratamento especial. Eles devem aprender habilidades de autocuidado para evitar flutuações agudas na glicemia, e devem incorporar muitos comportamentos de prevenção para evitar complicações diabéticas de longo prazo (SMELTZER & BARE, 2009).

S1. : *..... Porque ela não é alta, porque eu tomo a medicação corretamente. Então por isso ela não altera assim de dá lá em cima e de ter de ir no hospital. Porque eu tenho cuidado e todo mês faço o exame de sangue pra vê como está a taxa, aí eu tenho cuidado nisso assim. Além disso eu tenho síndrome do pânico que eu me trato desde 18 anos. Quer dizer faz muitos anos, to com 46 anos, aí eu tenho muito medo, tanto do sal como do açúcar. Nem para o mar eu vou porque tem sal... imagina! O médico diz que não ofende, mas pra mim aquele sal vai entrar dentro dos meus poros e vai me prejudicar aí eu não vou. Quer dizer, muita coisa eu evito com medo!*

S20. : *Sei minha filha! Pode perder uma perna, perder um braço. Agora é porque a gente não faz o que o médico manda, porque se a gente fizesse eu garanto que controlava, a minha chegou a 400, aí no mês de setembro eu fiz o teste do dedo aqui. Pedi os exames ao médico e já tava em 174. O enfermeiro chega admirou. Ele disse: -- Suas taxas estão boas. Mas de setembro pra cá eu vou mostrar ao médico agora, estamos em Novembro. Se na época estava com 174 comparando com 400 tá boa, baixou muito. Só que antes eu não estava tomando refrigerante e esse mês passado eu tomei refrigerante e comi bolo, aí eu não sei se alterou novamente. Aí eu*

*ia fazer o teste do dedo hoje, mas o menino disse que as fitas não estavam encaixando.
Agora só quando vim outras.*

A quarta pergunta norteadora questionava: **O que você faz para prevenir essas complicações?** Com relação aos portadores de Hipertensão arterial foram obtidas as seguintes categorias: **I- Dieta sem sal; II- Mudança no estilo da vida; III- Lidar positivamente com as tensões.**

I- Dieta sem sal

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 06 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos (BRASIL, 2006).

Observou-se que 21 usuários relataram que para prevenir complicações adotavam uma dieta hipossódica, esse é um fator importante para o controle dos níveis pressóricos, porém, não é o único fator. Convém lembrar que, para os usuários que sentirem dificuldade em manter a dieta hipossódica a literatura esclarece que as papilas gustativas se adaptam as alterações na ingestão de sal dentro de 02 a 03 meses (SMELTZER & BARE, 2009).

S3. : *Faço dieta, não como comida salgada, tomo a medicação. Hoje como uma coisa e amanhã já como outra. Tento balancear a comida.*

S17. : *Eu diminuo o sal, diminuo a massa também por causa do colesterol. Inclusive eu estava com o colesterol alto por causa da massa. Aí o médico passou remédio. E é isso que faço.*

II- Mudança no estilo da vida

Entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um hipertenso está a redução do peso corporal, dieta hipossódica e balanceada; redução de bebidas alcoólicas, realização de exercícios físicos e a cessação do tabagismo (CASTRO et. al 2005).

Verificou-se que 12 usuários citaram que realizaram mudanças no estilo de vida (exercício, bebida e fumo) para prevenir possíveis complicações da HAS. Esse é um fato importante já que o exercício físico contribui para redução dos níveis pressóricos, o aumento do consumo do álcool foi associado ao aumento da pressão arterial, e o fumo aumenta e muito o risco de cardiopatia. É fundamental que ocorra nas UBSF ações que visem a educação desses usuários, buscando a prevenção de possíveis complicações e aumento da qualidade de vida da população.

S2. : É não comer sal, tento não me aperriar, qualquer aperreiozinho ela sobe. Mas por mais que a gente não queira a gente acaba se aperriando. Faço caminhada às vezes.

S13. : Bem, eu faço isso, o sal é pouco, o medicamento é controlado e eu caminho todo dia.

III- Lidar positivamente com as tensões.

O estresse mental é outro fator de risco adicional para doença hipertensiva, visto que, uma exagerada resposta cardiovascular a eventos estressantes tem mostrado estar associado à isquemia do miocárdio e é um prognóstico para o desenvolvimento de hipertensão e doenças coronárias (CASTRO et. al 2005)..

Os usuários participantes da pesquisa (02 usuários) expressaram que procuravam lidar positivamente com as tensões e que este fato contribuía para prevenção de possíveis complicações associada à HAS.

S22. : Eu deixo de comer o que o médico manda... Como ele me proibiu de tomar café, de comer gordura, de comer sal, de ter aperreio, essas coisas assim. Eu tomo o remédio.

S2. : É não comer sal, tento não me aperrear, qualquer aperreiozinho ela sobe. Mas por mais que a gente não queira a gente acaba se aperreando. Faço caminhada às vezes.

Foi feita a mesma pergunta aos portadores de diabetes: **O que você faz para prevenir essas complicações?** Obtiveram-se as seguintes categorizações: **I- Mudança no estilo de vida (exercício físico e alimentação); II- Tomar o medicamento.**

I- Mudança no estilo de vida (exercício físico e alimentação).

Os usuários (07 sujeitos) reportaram que para prevenir complicações adotaram uma mudança no estilo de vida, esse resultado é bastante satisfatório já que para o controle da diabetes mostra-se essencial além da terapia farmacológica a adoção de hábitos saudáveis.

As causas modificáveis do diabetes tipo 2 são alimentação inadequada (qualidade e quantidade) e inatividade física. Portanto, não é de surpreender que mudanças positivas no estilo de vida, quando realizadas, sejam tão efetivas na prevenção e controle do diabetes (BRASIL, 2006).

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes já que, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

S4. : Como muita verdura, fruta, não como muita massa, caminho, faço caminhada

S6. : Eu tomo medicação, às vezes eu esqueço, mas faço dieta e caminhada.

II- Tomar o medicamento.

A medicação se mostra essencial para os usuários que não conseguiram controlar seus níveis glicêmicos apenas com a dieta e exercícios físicos, bem como, para aqueles que possuem a insuficiência na produção da insulina. (SMELTZER & BARE, 2009)

Analisando os discursos dos usuários foi observado que 07 sujeitos reportaram a medicação como forma de prevenção das complicações juntamente com a dieta, o que demonstra um conhecimento favorável do usuário acerca das medidas para se prevenir as complicações do diabetes de melittus.

S4. : Como muita verdura, fruta, não como muita massa, caminho, faço caminhada.

S7. : Faço dieta e tomo o remédio controlado, entendeu!

A quinta pergunta norteadora questionava sobre: **Onde foram obtidas as informações acerca da doença?** Com relação aos portadores de hipertensão arterial foram obtidas as seguintes categorizações: **I- Lendo e através dos meios de comunicação; II- UBSF (pelos profissionais e entre as pessoas); III- Médico.**

I- Lendo e através dos meios de comunicação

É notável que os meios de comunicação tenham sido fonte de informação para toda a sociedade. O próprio Ministério da Saúde promove suas campanhas pelos meios de comunicação, em especial a televisão, já que se constitui um veículo de comunicação para grandes massas. Sete usuários reportaram ser a leitura e os meios de comunicação serem os principais meios de obtenção de informação sobre a doença.

A disseminação de informações de saúde pela televisão mostra-se de grande contribuição, já que por ser um meio de comunicação acessível, acabam gerando conhecimento para grande parte da população, contribuindo significativamente para a redução de agravos. A leitura também tem se mostrado efetiva, porém em menor proporção já que

60% da amostra possuíam apenas o ensino fundamental I, dificultando a compreensão do assunto e a apropriação do conhecimento. Mas, tudo isto não tira a responsabilidade da equipe da saúde ter o compromisso de verificar tais conhecimentos e ajustá-los quando necessário.

S3. : Aqui, pela televisão que informa muito. Se não tiver cuidado ela provoca muita coisa e agente tem que se cuidar né!

S12. : Eu leio. Eu gosto muito de ler revistas e livros.

II- UBSF (pelos profissionais e entre as pessoas);

Foi observado que 19 usuários reportaram ser na unidade de saúde a fonte de maior quantidade de informação acerca da doença. Isso demonstra que o usuário entende a UBSF como lugar responsável pelo repasse de informações sobre saúde e que as unidades têm contribuído com a educação em saúde, porém, como foi demonstrado nas respostas acima, os usuários ainda possuem uma compreensão limitada de fatores essenciais para a compreensão da doença, limitando assim o seu autocuidado. Foi citado também que houve aquisição de conhecimento com outros portadores de hipertensão durante os encontros do hiperdia.

A equipe mínima de Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, devendo atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias e atendimento a hipertensão arterial e diabetes melittus (BRASIL, 2006).

A portaria nº 648, de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece as normas para sua a organização incluindo a Saúde da Família (PSF), afirma que a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006).

O caderno de atenção básica nº 15 afirma que é competência do enfermeiro Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos (BRASIL, 2006). Este caderno atribui essa função não somente a enfermagem (Enfermeiro e técnico), mas, também cita que o médico deve programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.

S2. : Aqui no posto. É porque quando eu comecei eu fui várias vezes para o hospital X. No hospital X o médico só dava o remédio e vá para casa, não pode comer sal. Mas também não tinha a explicação e aqui a gente tem muita explicação. Tem o médico, as meninas que trabalham no posto. Elas ajudam muito.

S6. : Foi aqui mesmo. Eu passei mal, aí olharam minha pressão e disseram que eu tinha que tomar medicamento, que podia pegar no posto.

III- Médico.

O caderno de atenção básica nº 15 afirma que é competência do médico programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente (BRASIL, 2006). Cinco usuários reportaram que receberam informações sobre a doença através do médico. Os demais profissionais de saúde não foram citados no decorrer da entrevista.

S21. : Eu aprendi com o pessoal que tem pressão alta, com o médico, aprendi na televisão, aprendi com a comunidade.

S4. : Com a minha médica, lá do São Pietro, e também com minha filha que faz enfermagem e sempre fica conversando comigo sobre isso.

Com relação aos usuários portadores de Diabetes de mellitus observou-se as seguintes categorias para a mesma questão: **I - Lendo e pela internet; II- UBSF.**

I - Lendo e pela internet;

A leitura como instrumento proporciona melhoria da condição social e humana. Sendo em livros ou na internet a leitura expande a visão do leitor e contribui significativamente para a aquisição de conhecimentos. Apenas dois usuários portadores de

diabetes relataram que a leitura e o uso da internet contribuíram para a aquisição de conhecimentos relativos à doença.

A leitura tem grandes benefícios na vida dos cidadãos e precisa ser incentivada no dia a dia, pois, desenvolve a auto-estima, desenvolve o olhar crítico, as competências, amplia o vocabulário, faz dos leitores pessoas mais capacitadas e competentes e resgata a cidadania.

S1. : Olhe eu já sabia há muito tempo. Eu sou uma pessoa que gosta muito de ler, tanto eu procuro saber nos livros, como procuro pesquisar no Google. Eu gosto muito de pesquisar na internet. Aí até um exame que eu faço, se deu alguma coisa que eu não entendi eu vou lá no Google e pesquiso, vejo o que é, o que tenho, o que não tenho, o cuidado que tem que fazer . Tudo meu é pesquisado, tanto nos livros, quanto na internet.

S20. : Porque a gente tá no posto aí e gente escuta a conversa do povo. Um conversando com o outro, aí a gente vai aprendendo. Aprende também na televisão, porque eu assisto muito a televisão, que passa uns médicos na globo falando sobre diabetes, que é arriscado a pessoa perder um braço ou uma perna.

II- UBSF.

Seis usuários atribuíram a UBSF como principal fonte de repasse de informações acerca da doença. Isso demonstra que o usuário entende a UBSF como lugar responsável pelo repasse de informações sobre saúde e que as unidades têm contribuído com a educação em saúde, porém como foi demonstrado nas respostas abaixo, os usuários ainda possuem uma compreensão limitada de fatores essenciais para a compreensão da doença, limitando assim o seu autocuidado.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2006).

Saúde da Família é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2006).

Segundo o caderno de atenção básica nº 16 é competência da enfermagem desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade, bem como desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos (BRASIL, 2006).

S23. : *Aqui. Eu assisto palestra.*

S20. : *Porque a gente tá no posto aí e gente escuta a conversa do povo. Um conversando com o outro, aí a gente vai aprendendo. Aprende também na televisão, porque eu assisto muito a televisão, que passa uns médicos na globo falando sobre diabetes, que é arriscado a pessoa perder um braço ou uma perna.*

A sexta pergunta nortadora questionava sobre: **Os encontros do Hiperdia ajudaram no repasse de informação sobre a doença?** Com relação aos portadores de hipertensão arterial foi obtida a seguinte categorização: **I- As informações são importantes.**

I- As informações são importantes.

O portador de HAS precisa compreender o processo da doença e como as mudanças no estilo de vida e na dieta podem controlar a hipertensão. A educação continuada e o incentivo são usualmente necessários para capacitar os pacientes de modo que eles consigam ter qualidade de vida mesmo com hipertensão (SMELTZER & BARE, 2009).

A maioria dos entrevistados (23 usuários) citou que o hiperdia ajudou no repasse de informação sobre a doença, e que essas informações repassadas eram importantes. Porém como foi demonstrado nas perguntas anteriores o conhecimento desses usuários se mostraram insuficientes, principalmente no que diz respeito à primeira questão que perguntava sobre a definição da doença. Foi observado também que possuíam uma compreensão limitada das possíveis complicações relacionada à doença o que é um fato preocupante, já que esta compreensão contribui para o seu autocuidado.

S5. : *Ajudaram. Eu aprendi mais aqui.*

S22. : *Me ajudou, né. Me ajuda a entender.*

Com relação aos usuários portadores de Diabetes de mellitus observou-se a seguinte categorização: **I As informações repassadas pelas UBSF são importantes: II-Orientações médicas é destacada.**

I - As informações repassadas pelas UBSF são importantes.

Alguns usuários demonstraram desconhecimento quanto ao sintoma de hipoglicemia e nenhum citou como complicação do diabetes a retinopatia. Nenhum usuário demonstrou que realizava o cuidado adequado dos pés, o que é um fato preocupante, já que 50% a 75% das amputações de membros inferiores são realizados em pessoas diabéticas. Acredita-se que 50% dessas amputações são evitáveis desde que os pacientes sejam ensinados sobre medidas de cuidados com os pés (SMELTZER & BARE, 2009).

A Atenção Básica considera o usuário em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e a independência do indivíduo é a ação educativa para a sociedade; esta, no âmbito da educação em saúde, torna-se um processo dinâmico cujo objetivo é a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde.

Observou-se que, de modo semelhante aos usuários do hiperdia que possuíam a hipertensão, os portadores de diabetes afirmaram que os encontros do hiperdia ajudaram no repasse de informação, e citaram essas informações como sendo importantes, porém fica evidenciado que o conhecimento desses usuários é insuficiente.

S5. : *Ajudaram. Eu aprendi mais aqui*

S6. : *Ajuda. Eles fazem palestras. É um pessoal bom!*

II- Orientações médicas são destacadas.

Três usuários atribuíram esse repasse de informação ao médico. O Caderno de atenção básica de N° 16 atribui essa função a todos os membros da equipe da UBSF. Isso pode demonstrar que ou os demais profissionais têm negligenciado essa função ou que o usuário tem confundido os demais profissionais com o médico.

O diabetes é uma doença crônica que requer uma vida de comportamentos e autotratamento especial (SMELTZER & BARE, 2009).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006).

Em duas situações durante a entrevista presenciei essa confusão, em que usuários depois de terem saído da consulta de enfermagem ficaram comentando que sempre viria para essa “médica” que ela era muito atenciosa, e que tinham gostado muito da consulta. Observei que para o usuário ainda há muita confusão quanto à diferenciação dos profissionais e este pode ser um motivo para atribuição desse repasse de informação ao médico.

S22. : *Sim. Quando eu vou para a médica ela me explica.*

S20. : *Aprendi da seguinte maneira. Porque quando a gente vai consultar o médico, ele diz logo: -- Suas taxas estão altas demais . Quando era doutor Ricardo ele reclamava muito comigo. Ele dizia: -- a senhora está comendo doce? A senhora não tá fazendo a dieta não! Desse jeito não tem santo, nem no céu nem na terra que faça baixar suas taxas. Com esse agora, ele já falou pra mim que Eu tenho que fazer a dieta se não eu vou ter de tomar insulina! Aí eu vou ter de passar para um médico do HU. Aí eu vim mostrar a ele como é que tá. Aí se tiver baixas as taxas eu vou criar um pouco de juízo e parar por aqui.*

6. Considerações finais

Ficou evidenciado que os usuários possuem uma compreensão limitada acerca das doenças (HAS e DM). O fato mais preocupante é que quanto à definição a maioria não soube responder, associando a doença a seus sintomas. Quanto ao tratamento a maioria dos usuários com hipertensão associou o tratamento a intervenção medicamentosa, demonstrando a visão medicalizante que o portador dessa doença ainda possui.

Quanto à diabetes a maioria associou o tratamento a uma dieta sem açúcares, isso demonstra uma visão limitada acerca da dieta, que não restringi só os açúcares. Foi observado que com relação a esses usuários tratamento no inconsciente esta muito mais relacionado ao açúcar do que ao uso de remédio. Este é um fato preocupante, pois se o usuário não sabe como se dá o tratamento, provavelmente não haverá uma adesão a ele. A adesão aumenta quando os pacientes participam ativamente no autocuidado.

Quanto às possíveis complicações relacionadas à HAS e ao DM os usuários demonstraram que possuíam conhecimento parcial, associando principalmente a doenças cardiovasculares, em especial o infarto, nenhum citou comprometimento da visão como uma das possíveis complicações. No caso da diabetes nenhum usuário citou a hipoglicemia, nefropatia e neuropatias.

Quando foi perguntado sobre o que fazer para evitar as possíveis complicações da HAS a maioria citou a dieta hipossódica, seguida de mudanças no estilo de vida. Quanto a DM foram citadas mudanças no estilo de vida e intervenção medicamentosa na mesma proporção. Um fato preocupante é que nenhum usuário de DM citou cuidado com os pés como fator contribuinte para prevenção de complicações.

Quando perguntado sobre onde obteve as informações sobre a doença a maioria respondeu que foi obtida na UBSF e que as informações ali repassadas eram importantes. Observa-se que apesar de implementadas as ações de educação no âmbito das unidades básicas de saúde, essas tem se mostrado insuficientes para compreensão dos portadores de diabetes e hipertensão. As questões aqui levantadas são essenciais. Todos os portadores de HAS e DM deveriam ter esse conhecimento mínimo para que estes pudessem se autocuidar.

Para resolução do fato sugiro que sejam feitas parcerias com as universidades situadas no município, para que estudantes da área de saúde possam contribuir durante seus estágios para o repasse de informações a esses usuários, visando se obter um nível de conhecimento necessário para a adesão do seu regime terapêutico satisfatório, e diminuição das possíveis complicações.

Referências

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: edições 70, 2002
- BARRETO S. A. J.; CYRILLO D. C.. *Análise da composição dos gastos com alimentação no município de São Paulo na década de 90*. Revista de Saúde Pública. Vol. 35. São Paulo: 2000
- BRASIL, Ministério da saúde. *Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e Diabetes de mellitus*. Brasília: Ministério da saúde, 2001.
- BRASIL, Ministério da saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da saúde, 2007.
- BRASIL, Ministério da saúde. *Caderno de atenção básica nº 16: Diabetes de mellitus*. Ministério da saúde, 2006.
- BRASIL, Ministério da saúde. *Caderno de atenção básica nº15: Hipertensão arterial sistêmica*. Ministério da saúde, 2006.
- BRASIL, Ministério da saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília: Ministério da saúde, 2008.
- BRASIL, Ministério da saúde. *Política nacional de atenção integral á saúde do homem*. Ministério da saúde, 2008
- BRASIL, Ministério da saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> no dia 30 de abril de 2011.
- BREVIDELLI, Maria Meimei; DOMENICO, Edivani Pirelli Lopes. *Trabalho de conclusão de curso*. 3ªedição. São Paulo: Iátria, 2009
- SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda. G. BRUNNER e SUDDARTH: *Tratado de enfermagem Médico- cirúrgico*. 11ªedição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2009.

- CASTRO, Maria Euridéia; ROLIM, Maisa Oliveira. MAURÍCIO, Tibelle Freitas. *Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores*. Revista acta Paul. Enfermagem. Vol.18. São Paulo: 2005
- CRAVEN, Ruth F.; HIRLER, Constance John. *Fundamentos da enfermagem*. 1º edição. Rio de Janeiro: Guanabara: Koogam, 2006.
- CRESWELL, J. Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Porto alegre, 2007
- DORIA, Egidio Lima; LOTUF, Paulo Andrade. *Epidemiologia da Hipertensão arterial*. Revista Hipertens. Vol. 7. São Paulo: 2004.
- FERREIRA, Sandra Roberta Gouveia; MOURA, Erly Catarina. *Frequência de Hipertensão arterial e fatores associados*. Revista Saúde pública. Vol. 43. Supl. 2. São Paulo, 2009
- FERREIRA, Celma Maria Rocha; FERREIRA, Maria Gonçalves. *Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde- Análise a parti do sistema Hiperdia*. Revista Bras. De endocrinologia e Metabologia. Vol. 33. São Paulo, 2009.
- FONCECA, Fabiana Cássia de Almeida; COELHO, Renata Zumerli et. al. *A influência dos fatores emocionais sobre a hipertensão arterial*. Revista Brasileira de psiquiatria (2): 128-134. Minas Gerais, 2009
- JARDIM, Aline Daniell Iezzi; LEAL, Ângela M.O. *Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no sistema Hiperdia em São Carlos-SP*. Phisis. Vol. 19. N°. 2. Rio de Janeiro, 2009.
- MACIEL. Carlos Luís.C. *Emoção doença e cultura: O caso de hipertensão essencial*. In: romano BW. A prática da psicologia nos hospitais. São Paulo: Pioneira, 1994.
- PÈRES, Denise Siqueira; MAGDA; Joceli Mara Et. AL. *Potador de hipertensão arterial: Atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas*. Revista de saúde publica. Vol. 37. Pag. 42. São Paulo:2003

- PÈRES, Denise Siqueira; FRANCA, Laércio Joel; SANTOS, Manuel Antônio. *Comportamento Alimentar em Mulheres portadoras de diabetes tipo 2. Revista Saúde pública*. Vol. 40. N° 2. São Paulo, 2006
- TRAD, Leny Alves Bonfim; TAVARES, Jeane Saskya Campos; SOARES, Carla Silva and RIPARDO, Rachel Coelho. *Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.4, pp. 797-806.

Apêndice

Roteiro de entrevista semi- estruturada

Hipertensão e Diabetes

1. Dados referentes aos usuários
 - 1.1. Sexo
 - 1.2. Idade
 - 1.3. Grau de instrução
2. O que é a patologia?
3. Há quantos anos tem essa patologia?
4. Como se trata a doença?
5. Quais as complicações da patologia?
6. O que fazer para prevenir essas complicações?
7. Onde foram obtidas as informações acerca da patologia?
8. Os encontros do Hiperdia ajudou nesse repasse de informações?

Anexo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE
(OBSERVAÇÃO : para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **Conhecimento do usuário do Hiperdia acerca da hipertensão arterial e diabetes de melittus: estudo no município de Campina grande- PB**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **Conhecimento do usuário do Hiperdia acerca da hipertensão arterial e diabetes de melittus: estudo no município de Campina grande- PB** terá como objetivo geral - Verificar o conhecimento dos usuários do Hiperdia acerca da Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes de Melitos no município de Campina Grande na Paraíba.

Ao voluntário só caberá a autorização para **entrevista semi- estruturada** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 88007862 com **Eloíde André de Oliveira**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: Conhecimento do usuário do Hiperdia acerca da hipertensão arterial e diabetes de melittus: estudo no município de Campina grande- PB

Eu, **Eloíde André de Oliveira**, Orientadora, professora da Universidade Estadual da Paraíba portadora do RG: 17346325-3 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientador

Orientando

Campina grande, 31/05/2011

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: Conhecimento do usuário do Hiperdia acerca da hipertensão arterial e diabetes de melittus: estudo no município de Campina grande- PB

Eu, **Eloíde André de Oliveira**, Orientadora, professora da Universidade Estadual da Paraíba , portadora do RG: **17346325-3** e CPF: **087795068-79** comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humano.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR(A)

Campina Grande, 31/05/2011