



Artigos Originais

Percepção de pacientes diabéticos e hipertensos usuários de um Núcleo de Saúde da Família

Perception of patients with diabetes mellitus and hypertension of a health family nucleus

Maria Rita Leri¹

Cassiana Moraes de Oliveira²

Rosana Shuhama²

¹Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP – Brasil

²Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP – Brasil

RESUMO - A Estratégia Saúde da Família visa atividades de promoção, prevenção, recuperação da saúde entendendo a família como foro privilegiado para a implementação de um conceito de saúde ampliado. Nesse contexto, as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, configuram um problema mundial de saúde com implicações pessoais e repercussões sociais, devem ser devidamente abordadas pela Estratégia Saúde da Família. Esse estudo de natureza exploratória, de abordagem qualitativa teve como objetivo identificar as percepções de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, assistidos por um Núcleo de Saúde da Família de uma cidade do interior paulista, sobre o quadro clínico, influência do estado emocional e fatores de melhoria da saúde. Sessenta e sete pacientes foram entrevistados. A maioria das verbalizações sobre os sintomas de hipertensão inclui relatos de dores, taquicardia, tontura, dificuldade de visão e problemas digestivos. Sobre os aspectos emocionais mostraram reunir duas verbalizações, uma associando a sintomatologia da hipertensão a nervosismo e a ansiedade. Quando questionados sobre a identificação de alterações relacionadas a DM, a maioria dos pacientes descreveu sintomas como fraqueza, sudorese, dificuldade de visão, dores na cabeça e nas pernas e tontura. Também aqui associaram como influente o nervosismo, seguido de tristeza. Em geral, os pacientes referiram que não contam com opções de atividades de lazer, referindo que as visitas a familiares como a mais comumente realizada, ainda que as identificassem como fator de proteção, bem como estratégias de enfrentamento de questões emocionais e fisiológicas.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Percepção.

ABSTRACT - The Health Family Strategy aims the promotion, prevention and the recovery of health and understands the family as a privileged forum for the implementation of an expanded concept of health. In this context, chronic diseases such as hypertension and diabetes mellitus, which constitute a global health problem with impact over personal and social context, should be properly addressed by the Health Family Strategy. This was an exploratory and qualitative study with the aim to identify perceptions of patients with hypertension and / or diabetes mellitus, assisted by a Health Family Nucleus in a city of Sao Paulo State. It was investigated the perception about the clinical picture, influence of emotional state over the health and its improvement. Sixty-seven patients were interviewed. Most verbalizations about symptoms of hypertension includes reports of pain, tachycardia, dizziness, impaired vision and digestive problems. About the emotional influence it was observed verbalizations associating the symptoms of hypertension with nervousness and anxiety. When asked to identify changes related to diabetes, most patients described symptoms such as weakness, sweating, difficulty with vision, pain in the head and legs and dizziness. They also associated nervousness to diabetes, followed by sadness. In general, patients reported they did not have options for leisure, although understood as a protective factor against emotional and physiological issues. Visiting family members was the most commonly leisure done.

Keywords: Primary Health Care; Hypertension; Diabetes Mellitus; Perception.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, amparado por um conceito ampliado de saúde, tem por objetivo oferecer tratamento igualitário, bem como cuidar e promover a saúde da população brasileira. A saúde passa a ser garantida como um direito social e se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde¹. As políticas e planos governamentais, por sua vez, têm contemplado a Atenção Básica de forma a valorizá-la como peça importante para os avanços no sistema de

Autor correspondente

Maria Rita Leri

Universidade de São Paulo.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Avenida dos Bandeirantes, 3900.

Campus Universitário - Bairro Monte Alegre.

CEP: 14040-900. Ribeirão Preto - SP – Brasil.

Email: mlerri@yahoo.com.br

Artigo encaminhado 07/11/2012

Aceito para publicação em 05/11/2013

saúde brasileiro, sendo alvo de constantes incentivos governamentais para o incremento e a viabilidade de suas ações².

É nesse contexto que a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge com a proposta de reorientar o modelo assistencial. Sua operacionalização se dá por meio da implantação de equipes multiprofissionais (médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários e odontologia) em Unidades Básicas de Saúde, que são responsáveis por atender um determinado número de famílias de uma área definida. As ações das equipes englobam atividades de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e de manutenção da saúde da comunidade¹.

Especificamente sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), a abordagem de tratamento na Atenção Básica prioriza redução dos fatores de risco, por exemplo, com o desestímulo do tabagismo e do consumo de álcool, ao promover a prática de atividades físicas e consumo de alimentos saudáveis³.

As DCNTs configuram um problema mundial de saúde. Elas atingem mais de 90 milhões de norte americanos e são responsáveis por mais de 70% das mortes anuais nos Estados Unidos. Isto corresponde financeiramente a mais de 60% de todos os gastos anuais feitos em saúde⁴.

Dentre as DCNTs de alta prevalência na população brasileira, figuram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM)⁵. Estima-se que 24% das mulheres e 17,3% de homens, com idades entre 20 anos ou mais, e cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com 60 anos ou mais, relataram um diagnóstico anterior de hipertensão arterial e/ou diabetes no Brasil⁴. Pesquisas recentes mostram que o número de casos positivos tem aumentado cerca de 0,5% ao ano⁵⁻⁷.

A ausência de seu controle adequado pode levar a complicações cardiovasculares, o que, por sua vez, continuam a ser, apesar de seu declínio, a causa principal de morte em Brasil⁴.

Os sintomas físicos e limitações resultantes das DCNTs, muitas vezes, são um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias, incluindo transtornos de ansiedade e depressão⁴. Ansiedade e depressão elevadas em pacientes com DCNTs podem resultar em funcionamento reduzido, exacerbação de sintomas, e maior risco de desenvolver outras desordens psicopatológicas⁸.

Estima-se que aproximadamente 12% dos pacientes atendidos na atenção básica tenham

depressão maior, uma taxa superior a da população geral (5-10%)⁸.

Os prejuízos decorrentes desses transtornos quando não tratados são inúmeros, como sofrimento psíquico e somático, discriminação e isolamento social, interrupções e baixo rendimento em atividades acadêmicas e laborais, abuso de álcool e drogas, auto e hetero-agressões, aumento de mortalidade⁹.

Considerando as evidências acima, o último relatório da Organização Mundial da Saúde sobre saúde mental propõe que o eixo do atendimento nesta área seja direcionado para centros de atendimento primário, com o propósito de atuar em uma maior parcela da população¹⁰. No Brasil, isso indubitavelmente implica a inclusão desse tema nas ações da ESF.

2. OBJETIVOS

O objetivo desse estudo fora o de identificar as percepções de pacientes portadores de diagnóstico de HAS e/ou DM, assistidos por um Núcleo de Saúde da Família (NSF) de uma cidade do interior paulista, sobre o quadro clínico, influência do estado emocional e fatores de melhoria da saúde.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Esse estudo de natureza exploratória, de abordagem qualitativa¹¹, foi realizado em um NSF vinculado à universidade de uma cidade do interior paulista.

Todos os usuários com diagnóstico confirmado de HAS e/ou DM assistidos pelo NSF foram convidados.

Os entrevistados foram informados do estudo por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Àqueles que concordaram em participar do estudo foi solicitado a assinatura do termo e aplicado um roteiro de entrevista semi estruturado elaborado especificamente para o presente estudo.

Seu conteúdo versava sobre questões referentes a dados pessoais, se o participante era ou não fumante, sobre consumo de álcool e outras drogas, percepção da HAS e/ou DM, opinião sobre a influência do estado emocional sobre a doença e fatores que poderiam melhorar sua saúde.

Os dados foram obtidos mediante entrevistas realizadas na residência das pessoas com HAS e/ou DM, individualmente e em um único encontro, pela responsável pela pesquisa e uma colaboradora. O registro do roteiro de entrevista para coleta dos dados foi revisado pela pesquisadora para controle de qualidade do preenchimento.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, em processo de nº 460/2011.

Este trata-se de um estudo de caráter descritivo, onde foi empregada a abordagem qualitativa. Optou-se em empregar a entrevista semi-estruturada na coleta dos dados, pois esta técnica permite que o entrevistador explore o relato do participante, podendo pedir esclarecimentos ou fazer novas perguntas.

Os dados foram transcritos na íntegra pela pesquisadora. Os dados qualitativos foram analisados de acordo com a técnica da Análise de Conteúdo Temático que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto analítico visado¹¹. Foram realizadas para tanto tais etapas: a transcrição completa de todas as entrevistas; divisão das respostas por categorias temáticas baseadas nos objetivos do estudo; subdivisão de categorias em subcategorias.

4. RESULTADOS

De oitenta famílias, sessenta e sete aceitaram participar do estudo, sendo entrevistado um dos membros com diagnóstico confirmado de HAS e/ou DM.

A primeira questão analisada relaciona-se aos sintomas auto percebidos quando a pressão arterial (PA) está maior ou igual a 140/90 mmHg. A segunda identificou sintomas auto percebidos quando a DM estava diferente dos padrões para jejum de 70mg/dl a 100mg/dl e a pós prandial de 70mg/dl a 140mg/dl. E a terceira questionava se os participantes associavam o estado emocional com a doença e por fim questionou-os sobre suas atividades de lazer.

Abaixo apresenta-se a Tabela 1 com as categorias e subcategorias temáticas das verbalizações sobre sintomas quando a PA está alta.

Tabela 1 – Frequência das categorias e subcategorias temáticas das verbalizações dos pacientes quando percebem a sua Pressão Arterial alta (n =67).

Sintomas auto percebidos relatados pelos pacientes quando a Pressão Arterial está alta	Frequência das verbalizações
Dor física	33
Cabeça	17
Peito	9
Mus	8
Pernas	1
Taquicardia	8
Tontura	6
Dificuldade de visão	4
Questões gastrointestinais	2
Enjoo	1
Má digestão	1
Dorência	2
Rozos	1
Doos	1
Boca seca	2
Urticárias	2
Fraqueza	2
Sudorese	2
Aspectos emocionais	2
Nervosismo	1
Ansiedade	1
Outros	6
Fadiga	1
Sangramentos	1
Falta de ar	1
Calor	1
Sono	1
Máx geladas	1

Aspectos físicos mostraram reunir a maioria das verbalizações quando questionados sobre a sintomatologia da PA. Estas categorias reúnem verbalizações referentes a sinalização quando a PA está alta, relaciona-se a dores, taquicardia, tontura, dificuldade de visão e problemas digestivos. Apresenta-se abaixo alguns exemplos de verbalizações das categorias citadas:

Sinto tontura, sonolência... assim percebo que minha pressão está alta... me sinto muito mal (Paciente do sexo feminino, 50 anos)

Sempre que sinto dor no peito, dificuldades na visão ou dor de cabeça, posso medir minha pressão porque ela com certeza vai estar alta (Paciente do sexo masculino, 49 anos)

Os aspectos emocionais mostraram reunir duas verbalizações, uma associando a sintomatologia da PA alta ao nervosismo e a outra a ansiedade. Abaixo se apresenta exemplos de falas:

Quando estou ansiosa ou triste começo a ficar agitada, começo a me sentir mal e aí a pressão sobe mesmo (Paciente, sexo feminino, 36 anos)

Quando fico nervosa minha pressão sobe muito... fico triste também... aí tudo fica ruim... a respiração... tudo (Paciente, sexo feminino, 39 anos)

Tabela 2 – Frequência das categorias e subcategorias temáticas das verbalizações dos pacientes quando percebem a sua Diabetes alta (n = 67).

Sintomas auto percebidos relatados pelos pacientes quanto a Diabetes esta alta	Frequência das verbalizações
Fraqueza	8
Sudorese	7
Dificuldade de visão	7
Dor física	7
Pernas	4
Cabeça	3
Tontura	6
Sonolência	4
Indisposição	3
Sede	2
Outros	4
Tossezes	1
Tragorria	1
Urina frequente	1
Tontura	1

Sintomas relacionados a aspectos orgânicos e fisiológicos, como fraqueza, sudorese, dificuldade de visão, dores na cabeça e nas pernas e tontura mostraram reunir a maioria das categorias como mostra a Tabela 2. Abaixo exemplos de verbalizações de tais categorias:

Toda vez que a diabetes começo a transpirar muito, sinto fraqueza, dor nas pernas... é uma sensação muito ruim (Paciente do sexo masculino, 45 anos)

Sinto tanta tontura e sonolência que não consigo fazer mais nada... dá muita fraqueza... aí pode ver que a Diabetes está alta (Paciente do sexo feminino, 52 anos)

A seguir mostra-se a Tabela 3 apresentando a análise das verbalizações relacionadas a influência do estado emocional na alteração da diabetes e da PA.

Tabela 3 – Frequência das categorias e subcategorias temáticas das verbalizações dos pacientes sobre a influência do estado emocional na alteração da Pressão Arterial e Diabetes (n = 67).

Verbalizações dos pacientes acerca da influência do estado emocional	Frequência das verbalizações
Nervoso	43
Tristeza	36
Preocupação	14
Depressão	5
Ansiedade	4
Desânimo	2
Chateação	2
Outros	6
Angústia	1
Raiva	1
Solidão	1
Agitação	1
Baixa auto-estima	1
Migra	1

Nota-se a partir da Tabela 3 que a maioria dos participantes citaram o nervosismo e a tristeza como as principais influências do estado emocional. Preocupação, depressão e ansiedade também foram categorias citadas. Abaixo exemplo de verbalizações:

Quando me sinto mal, com certeza é porque passei algum nervoso, aí a Diabetes e a Pressão ficam alteradas... também passamos muita tristeza né... aí não tem como ficar bem (Paciente do sexo feminino, 46 anos)

A gente mora em um lugar muito perigoso... fico sempre muito preocupada, ansiosa, aí não dá né... fica tudo alterado (Paciente do sexo feminino, 50 anos)

A seguir mostra-se a Tabela 4 apresenta a análise das verbalizações relacionadas às atividades de lazer, que poderia agir de modo a ser fator de proteção para se evitar a alteração da diabetes e da pressão.

Tabela 4 – Frequência com que os pacientes realizam atividades de lazer, com intenção de minimizar os sintomas de Pressão Alta e Diabetes (n = 67).

Atividades de lazer referidas pelos pacientes	Frequência das verbalizações
Visitas	7
Familiares	0
Amigos	1
Shopping	6
Viagem	4
Ir a Fazenda / Chacara / Rancho	4
Igreja	3
Assistir TV	3
Pesca	3
Parque	2
Clube	2
Bate	2
Futebol	2
Outros	2
Academia	1
Citar tecnologia	1

Nota-se a partir da Tabela 4 que a maioria dos participantes não possuem opções de atividades de lazer para utilizarem como estratégia de diminuição dos aspectos emocionais que influenciam em sua patologia. Os participantes citam visitas a familiares e amigos como forma de lazer, porém também relatam a dificuldade de acesso à outros programas que gostariam de fazer. Ir ao shopping, viajar também foram categorias citadas. Abaixo exemplo de verbalizações:

Eu gostaria muito de poder ir sempre ao clube, as festas, mas como minha situação financeira é difícil, acabo indo visitar um parente, um amigo... (Paciente do sexo feminino, 58 anos)

Vou ao shopping de vez em quando... mas não é sempre porque nem sempre a gente tem dinheiro para este tipo de coisa... mas

seria bom se a gente pudesse ir a todo lugar que a gente gosta né... teatro, essas coisas... mas é difícil (Paciente do sexo masculino, 46 anos)

Às vezes a gente viaja né... mas é bem de vez em quando... acho que fiz isso umas 3 vezes na vida... se tivesse condições financeiras eu ia tentar viajar todo mês... para arejar a cabeça e ficar tranquila (Paciente do sexo feminino, 30 anos)

5. DISCUSSÃO

O acompanhamento das DCNTs vem sendo uma preocupação constante de profissionais atuantes da Atenção Básica, mesmo não detendo de programas específicos de cuidado¹². Porém, um ponto importante a ser destacado diante da formulação de tais programas é a necessidade de realizá-lo em linguagem acessível, estabelecimento de um espaço que favoreça trocas de experiências e esclarecimento de dúvidas.

O estudo realizado por Tavares e Rodrigues¹³ enfatizou a necessidade do homem ser considerado um membro ativo do processo de ensino-aprendizagem e posiciona o paciente como sujeito de sua própria educação.

No presente estudo constatou-se que os pacientes quando questionados sobre os sinais e sintomas que eram frequentes quando estavam com pressão ou diabetes alterados, referiram sinais e sintomas relacionados aos aspectos orgânicos e fisiológicos, sendo pouco citados as questões emocionais associadas. Porém, quando questionados se percebiam que seu estado emocional poderia influenciar na alteração das patologias, os mesmos confirmaram a importância e alta frequência de sintomas emocionais correlacionados com o aumento da PA e DM, assim como citado no estudo de Carvalho; Telarolli Junior; et al¹⁴, que mostra a influência do estado emocional sobre alterações da DM e HAS e a dificuldade do paciente em leva-los em consideração.

Os resultados do presente estudo indicam um desconhecimento dos conceitos de fatores emocionais influenciando a HAS e DM por parte dos pacientes. Embora grande parte dos pacientes deva ter recebido instruções, orientações dos profissionais de saúde, supõe-se que as orientações oferecidas não foram suficientemente absorvidas ou compreendidas, e por dificuldades peculiares que muitas vezes impedem mudanças no estilo de vida, como a alta vulnerabilidade social, em que muitos desses participantes se encontram.

É importante ressaltar a importância desses pacientes perceberem seus sintomas, já que pacientes assintomáticos aderem menos ao tratamento.

Compreende-se que os problemas do cotidiano, somados a outras intercorrências que surgem a partir da doença crônica, necessitam ser tratadas nos aspectos que refletem a interação e a adaptação do indivíduo à doença e ao meio, tendo como objetivo uma melhor qualidade de vida, como discutido por Cavalcante; Bombig; et al¹⁵.

O aspecto emocional apresentou pouca variação, sendo que 43 pacientes relataram nervosismo, enquanto 36 relataram tristeza.

Os pacientes citam também a importância de acesso à atividades de lazer como fator de proteção, bem como estratégias de enfrentamento de questões emocionais e fisiológicas.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados do presente estudo devem ser considerados de forma conservadora uma vez que expressam as representações de uma amostra única, localizada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alerta para a ocorrência de grande prevalência de verbalizações acerca da influência do estado emocional em pessoas com HAS e/ou DM atendidas em NSF, em especial em pacientes em condições sociais desfavoráveis e que vivem em situação de alta vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Apresentação. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>. Acessado em 22 jul 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Carpilheira M, Santos IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. Cad Saúde Pública; 27(6):1143-1153.
4. Schmidt MI, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet 2011; 377(9781): 1949-61.
5. Abegunde DO, et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet 2007; 370(9603): 1929-38.
6. Chrestani MA, Santos IS, Matijasevich AM. Self-reported hypertension: validation in a representative cross-sectional survey. Cad Saude Publica 2009; 25(11): 2395-406.
7. World Health Organization. World Health Survey Results 2010. <http://www.who.int/healthinfo/survey/whsresults/en/index.html>. Acessado em 10 jul 2011.

8. Norman SB, Lang AJ. The functional impact of anxiety sensitivity in the chronically physically ill. *Depress Anxiety* 2005; 21(4): 154-60.
9. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de Transtornos Mentais em indivíduos de uma unidade de referência para o Programa de saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(9): 2043-53.
10. World Health Organization. *The World Health Report: Mental Health new understanding, new hope*. Geneva: WHO; 2001.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
12. Araújo, et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário *Rev Saúde Pública* 1999; 33 (1).
13. Tavares DMS, Rodrigues RAP. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(1): 88-96.
14. Carvalho F, Telarolli Junior R, Machado JCCS. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cad Saude Publica* 1998; 14(3): 617-21.
15. Cavalcante MA, et al. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. *Arq Bras. Cardiol* 2007; 89(4): 245-50.