

VIDAS EM TRATAMENTO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E  
DIABETES MELLITUS: SENTIMENTOS E COMPORTAMENTOS

LIVES IN SISTEMIC ARTERIAL HIPERTENSION AND DIABETES MELLITUS  
TREATMENT: FEELINGS AND BEHAVIOUR

VIDAS EN TRATAMIENTO PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y  
DIABETES MELLITUS: SENTIMIENTOS Y COMPORTAMIENTO

Naiara Pinto Alves Pereira<sup>1</sup>

Fernanda Moura Lanza<sup>2</sup>

Selma Maria da Fonseca Viegas<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Atenção Básica/Saúde da Família pela Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste (UFSJ/CCO). Endereço: Av Paraná 3291 Ap. 201 Divinópolis MG, telefone: (031) 991187727 / (031)34512761 e-mail: naiarapap@yahoo.com.br.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Grupo de Atuação Docente Saúde Coletiva. UFSJ/CCO. e-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Grupo de Atuação Docente Saúde Coletiva. UFSJ/CCO. e-mail: selmaviegas@ufsj.edu.br

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender a informação em saúde, sentimentos e comportamentos de pessoas em tratamento para a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

**Metodologia:** Estudo qualitativo embasado na Teoria Fundamentada nos Dados e no Interacionismo Simbólico, com 27 pessoas em tratamento e acompanhados pela equipe Estratégia Saúde da Família. Procedeu-se a codificação aberta, focal, axial e teórica que originaram três códigos teóricos.

**Resultados:** O cotidiano de vida está explícito no (des)cuidado de si com doença crônica e que o tratamento se manifesta no âmbito medicamentoso e não-medicamentoso. A pesquisa apontou que as pessoas se cuidam movidas pelo medo das complicações e reforçou a necessidade de orientação sobre o uso da medicação e do empoderamento do usuário para o autocuidado e o cuidado do outro.

**Considerações:** Conhecer os comportamentos e sentimentos dos usuários com HAS e/ou DM permite uma atuação profissional às pessoas e sua família além da condição crônica.

**Descritores:** Doença crônica; Adesão à medicação; Emoções; Pesquisa qualitativa.

## ABSTRACT

**Objective:** Understand the health information, feelings and behaviors of people being treated for systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes mellitus (DM).

**Methodology:** qualitative study based on Grounded Theory and Symbolic Interaction, with 27 people being treated and monitored by the staff of the Family Health Strategy. It was proceeded the open, focal, axial and theoretical coding that originated three theoretical codes.

**Results:** The everyday life is explicit in the (lack of) self care with chronic illness and that treatment is manifested in the medical and non-medical context. The research showed that people care themselves motivated by the fear of complications and reinforced the need for guidance on the use of medication and user empowerment for self-care and caring for others.

**Considerations:** Knowing the behavior and feelings of users with hypertension and/or DM enables professional experience to the person and his family beyond the chronic condition.

**Descriptors:** Chronic Disease; Medication adherence; Emotions; Qualitative research.

## RESUMEN

**Meta:** Entender la información acerca de la salud, sentimiento y comportamientos de personas en tratamiento para la hipertensión arterial sistémica (HAS) y diabetes mellitus (DM).

**Metodología:** Estudio cualitativo basado en la Teoría Fundamentada en los Datos y en el Interacionismo Simbólico, con 27 personas en tratamiento, seguidos por el equipo Estrategia Salud de la Familia. Se llevó a cabo la codificación abierta, focal, axial y teórica que originan tres códigos teóricos.

**Resultados:** En la vida cotidiana está explícito el (des)cuidado de uno mismo con la enfermedad crónica, y que el tratamiento se manifiesta en el alcance del uso o no de medicamentos. La investigación indicó que las personas se cuidan solamente impulsadas por el miedo de las complicaciones y añadió la necesidad de orientación acerca del uso correcto de drogas y del usuario para el autocuidado y la precaución de los demás.

**Consideraciones:** Conocer los comportamientos y sentimientos de los usuarios con HAS y DM, permite la actuación profesional a la persona y su familia más allá de la condición crónica.

**Descriptor:** Enfermedad crónica; Cumplimiento de la medicación; Emociones; Investigación Cualitativa.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são um problema de saúde pública e apresentam altas taxas de morbimortalidade, com repercussões econômicas, sociais e comportamentais. Para o enfrentamento e aceitação dessas doenças, além de habilidades e conhecimentos para lidar com o complexo tratamento, é preciso que o indivíduo determine seus pensamentos, sentimentos e comportamentos frente a doença.<sup>1</sup>

Por serem doenças crônicas, podem despertar sentimentos de culpa, ansiedade, medo e dificuldades comportamentais de compreender o universo dos sentimentos que surgem com o impacto do diagnóstico. É imprescindível que os sentimentos despertados sejam superados para que o doente crônico adquira confiança no processo de mudança de comportamentos e aprenda a viver com a doença sem medo.<sup>2</sup>

Reelaborar os sentimentos relacionados ao processo do adoecimento facilita a ocorrência do empoderamento por meio de mudança de comportamento, de suporte para a aceitação da doença, crescimento e realização pessoal, preservando a autonomia das pessoas adoecidas. A educação em saúde e o empoderamento são as principais intervenções da equipe multiprofissional na prática de promoção da saúde das pessoas que convivem com condições crônicas.<sup>3</sup>

O profissional da saúde deve conhecer os embates que o usuário possui em relação à doença, monitorar e acompanhar a prática do autocuidado na busca de falhas e potencialidades e, a partir dessa percepção proporcionar conhecimentos atualizados sobre a doença, comunicação efetiva, escuta e compreensão, bem como a capacidade de negociação e obtenção de metas.<sup>4</sup>

São vários fatores que podem contribuir para o comportamento desses usuários, destacando-se os que caracterizam a doença, como a cronicidade e as complicações; ao tratamento, como os efeitos indesejáveis dos medicamentos e os esquemas terapêuticos complexos; ao paciente, como a idade, o sexo, a raça, a escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e as crenças de saúde, sendo que as mudanças comportamentais são essenciais para o seguimento ideal do tratamento.<sup>5</sup>

Neste contexto questiona-se: Qual é a informação que as pessoas adoecidas com HAS e DM têm sobre essas condições crônicas, e como é viver em tratamento para essas doenças? Este estudo teve como objetivo compreender a informação, sentimentos e comportamentos de pessoas em tratamento para a HAS e DM.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, segundo os referenciais da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e do Interacionismo Simbólico, com 27 usuários cadastrados em equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) que convivem com as doenças HAS e/ou DM. Desses 27 participantes, 24 são mulheres, a média de idade é de 64 anos, a renda média é de 1 e ½ meio salário mínimo, e a maioria deles são aposentados. Como critérios de inclusão do participante, adotou-se: pessoa com HAS e/ou DM dos Tipos I e II, maior de 18 (dezoito) anos de idade, cadastradas e acompanhadas pela equipe ESF, cenário da pesquisa. E de exclusão: pessoas impossibilitadas, temporariamente ou permanentemente, de responder legalmente por seus atos.

A intenção principal da análise qualitativa é compreender. Para isso, foi preciso levar em consideração a singularidade de cada uma das pessoas participantes, porque a subjetividade é uma manifestação do viver total, nesse contexto, com as doenças HAS e/ou DM. Acrescentando-se a isso, é preciso ter em mente que a experiência e a vivência de um indivíduo acontecem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas pela cultura do grupo em que ela está inserida. Toda compreensão é parcial e inacabada, pois somos limitados no que compreendemos e interpretamos.<sup>6</sup>

A TFD visa compreender a realidade a partir da percepção ou significado que certo âmbito ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação. Os procedimentos de análise na TFD têm o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos.<sup>7</sup>

Este estudo foi fundamentado na teoria do interacionismo simbólico que traduz o significado como um dos mais importantes elementos na compreensão do comportamento humano, das interações e dos processos, para alcançar uma compreensão plena do processo social.<sup>8</sup>

O interacionismo simbólico vê o uso do significado, não apenas como a reprodução ou aplicação de significados já existentes, mas acredita que esse uso é feito a partir de um processo de interpretação. Esse processo consiste em duas etapas: a primeira o indivíduo especifica para si mesmo quais os elementos que possuem significado para ele, estabelece-se uma comunicação ou interação do indivíduo com ele mesmo. Na segunda, o indivíduo transforma significados de acordo com a situação em que se encontra e a direção de seus atos. Desse modo, a interpretação é um processo formativo, onde significados são utilizados para orientar e formar ações.<sup>8</sup>

Sendo assim, o interacionismo simbólico preocupa-se em entender a conduta humana baseada em seus aspectos internos, compreendendo como cada um lida com os fatos ou a

realidade em torno de si e como isso influenciará sua realidade, que neste estudo refere-se à vivência de pessoas em tratamento da HAS e/ou DM.

A fonte de evidências foi a entrevista intensiva semi-estruturada. As etapas da análise consideraram a transcrição e leitura minuciosa do texto para identificação das unidades de análise dos dados, a codificação aberta foi elaborado um quadro com os códigos *in vivo* e os dados. Em seguida, esses códigos foram separados por afinidade, semelhança, ou, ainda, se apresentassem alguma relação ou complementação de ideias ou expressões, configurando a codificação focalizada. Para compreender o significado dos dados procedeu-se a codificação axial, reagrupando os dados fragmentados da codificação inicial para determinar as condições causais, o contexto, as estratégias e as consequências para o fenômeno em estudo. Na codificação teórica, atribuímos um conceito para cada agrupamento de dados realizados, código por código denominando-os de categorias. A descrição analítica dos relatos dos participantes da pesquisa levou à categoria central, que é o cimento condutor que coloca e mantém juntos todos os componentes da teoria,<sup>7</sup> ou seja, a categoria central torna explícita a experiência vivenciada pelos participantes da pesquisa no tratamento da HAS e/ou DM.

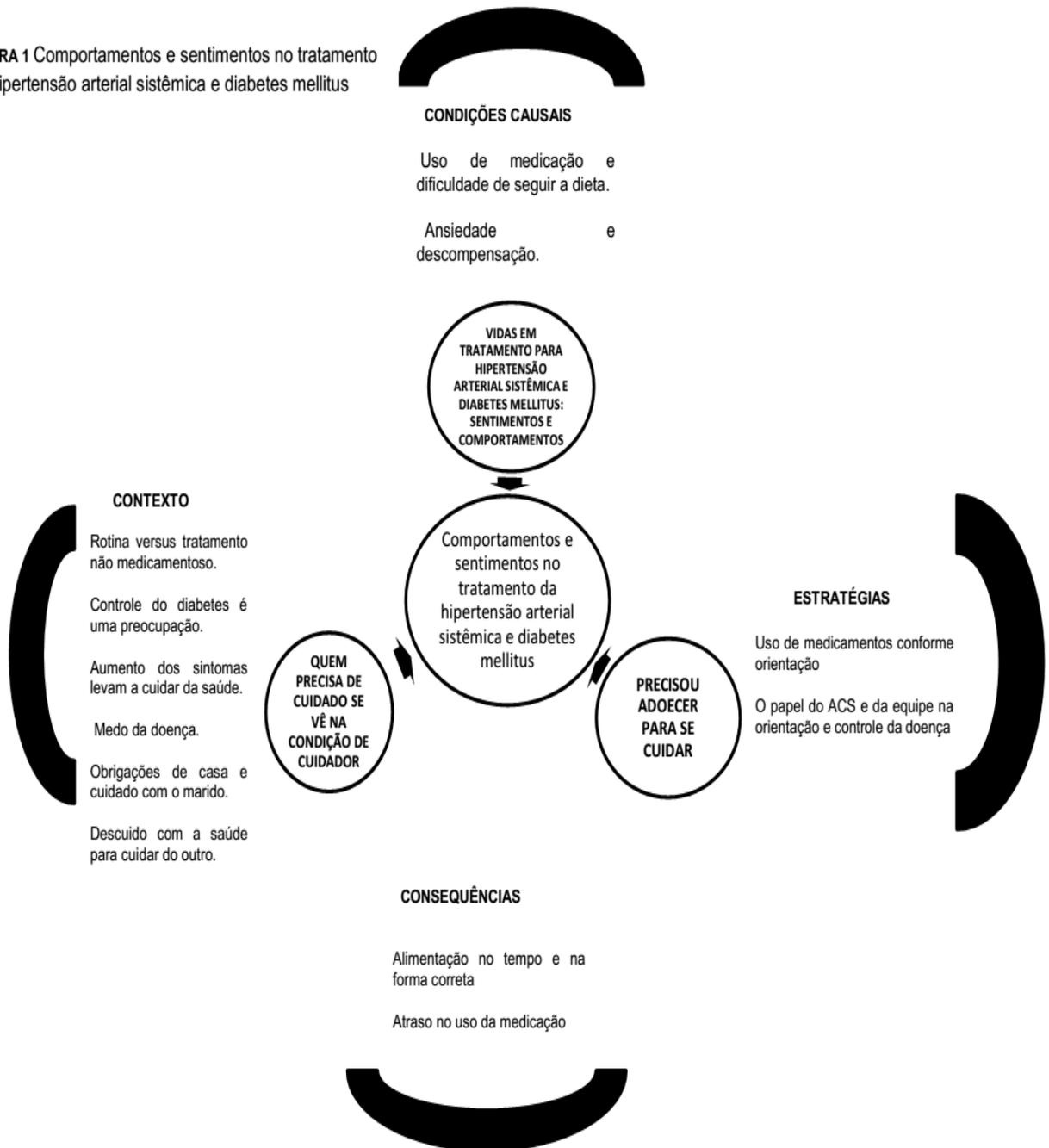
O estudo foi desenvolvido mediante as diretrizes e normas regulamentadoras definidas na Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste, sob o Parecer 899.028.

## **RESULTADOS**

Da análise do estudo originaram três códigos teóricos: "Vidas em tratamento para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus"; "Quem precisa de cuidado se vê na condição de cuidador"; "Precisou adoecer para se cuidar". Os resultados indicaram 12 códigos *in vivo* que marcam o discurso e os significados dos participantes da pesquisa que convivem com a HAS e/ou DM. Os códigos focais surgiram da comparação dos dados identificando os incidentes comuns, as dificuldades, os comportamentos, os sentimentos, como também os momentos de identificação diversas para elaborar as categorias, conferindo aos dados analisados a integração teórica e o interacionismo simbólico que informa, sob a ótica dos participantes da pesquisa, o viver com a doença HAS e/ou DM. Esse viver implica sobre: o tratamento medicamentoso *versus* tratamento não medicamentoso; a reeducação alimentar; o trabalho; a necessidade de orientação/informação sobre o uso da medicação; sobre a preocupação com a doença; o medo da doença; o autocuidado e o cuidado do outro. Os participantes da pesquisa declaram que precisaram adoecer para se cuidar.

O paradigma da análise se constituiu das condições causais, do contexto, das condições intervenientes, das estratégias e das consequências do viver com a HAS e/ou DM e formam as relações teóricas pelas quais as categorias estão relacionadas uma a outra e à categoria central: "comportamentos e sentimentos no tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus".

**FIGURA 1** Comportamentos e sentimentos no tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus



**Quadro 1 - Códigos Teóricos (Análise TFD)**

<b>Vidas em tratamento para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus</b>	
<b>Condição causal</b>	<p>“A ansiedade influencia na doença sim, porque eu fico nervosa e acabo sentindo palpitação e, às vezes, quando isso acontece eu olho e ela está alta”(E21).</p> <p>“Quando eu estou ansiosa minha glicose sobe ou abaixa muito, na pressão também influencia. Eu sou muito carente, e isso influencia sim. Quando eu estou alegre eu olho a glicose e ela está boa, mas quando eu estou ansiosa ela está alterada, influencia sim”(E23).</p>
<b>Contexto</b>	<p>“Eu estou tomando o Losartana um de manhã de 50 mg sem passar pelo médico por minha conta, até estou programado pra consultar com a médica pra ver se ela arruma isso” (E8).</p> <p>“Eu não cuido da minha saúde, às vezes, aparece alguma coisa tomo um dorflex, ou um outro remedinho por minha conta mesmo, eu não sou de ficar procurando médico” (E27).</p> <p>“Já que tenho o problema da diabetes tenho que fazer caminhada, aí sempre ou de manhã ou de tarde eu vou. [...] Eu já fui até na nutricionista, porque eu tinha emagrecido, pra ela passar a dieta certinha pra mim” (E1).</p> <p>“É importante os medicamentos que a gente recebe, principalmente agora as coisas estão tudo tão caras, tudo muito difícil, se consegue fazer uma economia de 100 reais já ajuda bem, mas mesmo que ache só a metade já ajuda bem, e se tiver paciência, consegue as consultas e exames e o atendimento de vocês é muito bom, ajudar a cuidar, ajudar a orientar” (E9).</p> <p>“Tomo o remédio, até então não tava fazendo regime não, mas de vez em quando eu faço, pra pressão tem que diminuir o sal, mas eu não sigo sempre não” (E2).</p> <p>“Tomo o remédio só, mas tem dia que tomo mais de um remédio quando sinto que a pressão está alta” (E26).</p>
<b>Estratégia</b>	<p>“A médica pediu pra seguir da forma que está na receita, ela coloca em detalhes pra gente não esquecer como tomar o remédio, por exemplo, meia hora antes de se alimentar, depois do almoço. A função do Posto é isso: acompanhamento da médica e as orientações feitas pela médica, pela ACS e pela enfermeira” (E2).</p> <p>“Do jeito que o médico mandou. Numa caixinha de madeira, a insulina eu guardo numa caixinha de louça dentro da geladeira e eu deixo mais em baixo [...] Me ajuda muito, esse aqui (ACS) então... nosso Deus! Toda hora que precisa dele, ele vem fazer as visitas direitinho, porque ele é meu Agente” (E5).</p> <p>“É mais o regime, a medicação tomada na hora certa. Tem a insulina, eu tenho que alimentar primeiro pra depois tomar” (E1).</p> <p>“Por mim eu cuido bem, eu tomo o remédio direitinho. É não comer exagerado, comer de três em três horas como vocês já me orientaram, tem dia que como assim, tem dia que faço só três refeições por dia” (E10).</p> <p>“Vou comprar aquele aparelho que olha em casa porque se eu sentir esse mal estar eu olho e confirmo se está ficando alta mesmo, e aí tem que avisar o médico, mas quando eu sinto que está mais alta eu tomo mais um comprimido de 150 mg” (E14).</p>

<b>Consequência</b>	<p>“Eu evito o estresse, quando a gente fica estressado, fica preocupado, ansioso demais ela sobe (a pressão arterial), quase toda doença se ficar angustiada a saúde fica comprometida” (E<sub>9</sub>).</p> <p>“Minha pressão é muito emocional devido ao meu serviço, é só eu ficar ansiosa que ela sobe, eu diminuo o sal sempre quando vejo que ela esta alterada, e aumentei a pimenta, tomo muita água e tomo o remédio todos os dias” (E<sub>11</sub>).</p> <p>“Eu não como muito sal e nem gordura, só mais leve mesmo. O estresse não tem jeito, eu evito mas é complicado, tem hora que sobe a pressão” (E<sub>21</sub>).</p> <p>“Eu sou muito ansiosa e acho que me prejudica. A ansiedade se você não come, desconta tudo no cigarro, a pressão sobe quando eu estou com raiva” (E<sub>22</sub>).</p> <p>“Minha vida melhorou, eu ficava só deitada hoje tenho mais energia, eu pensava que ia sofrer alguma coisa, eu sentia muita tonteira mas melhorou muito. O remédio, né? Se eu tomar o remédio e não fazer o regime não adianta, tem que comer pouco sal e evitar o doce, mesmo que seja difícil, eu faço doce pra eles, mas nem como, o exercício físico quando dá, e eu me sinto mais disposta” (E<sub>12</sub>).</p>
<b>Precisou adoecer para se cuidar</b>	
<b>Condição causal</b>	<p>“Eu descobri que era diabética quando fui na ginecologista e deu glicose na urina [...] Ela passou a dieta e eu pensei assim: vou fazer direitinho porque assim eu vou sarar. Eu era muito gorda, não fazia nada, passei a fazer depois que descobri, consegui emagrecer quinze quilos. Antes de eu descobrir eu não me cuidava“ (E<sub>25</sub>).</p> <p>“Eu pensava assim eu não tenho medo de morrer eu quero morrer, tava tão difícil minha vida, eu ia varrer a casa ou passar pano eu não dava conta, eu tava muito gorda, pesando 94 quilos [...] Aí fui na Doutora e ela me encaminhou pra nutricionista, me passou regime, primeiro a doutora falou comigo você tem que emagrecer, mas eu dei conta? Comia muito, só comendo, aquela ansiedade, eu tomo fluoxetina para a ansiedade e eu engordando, engordando” (E<sub>5</sub>).</p> <p>“Eu me senti mal, eu não tinha nada e descobro que estou doente, não tomava remédio nenhum, fiquei triste, tive medo, dependente de remédio, sabe? Percebi porque eu tinha dor na nuca. A médica olhou minha pressão e estava alta, a gente não quer nem pra gente nem pra ninguém” (E<sub>21</sub>).</p>
<b>Contexto</b>	<p>“Eu ando muito descuidado de mim, eu não ando me importando, mas agora que está alterado vou me cuidar mais” (E<sub>8</sub>)</p> <p>“Eu fiquei mais tranquila com a medicação, era muito agitada e nervosa, achando que minha vida não tinha graça nenhuma, eu tinha tudo e não tinha nada, hoje eu tenho a responsabilidade de cuidar de mim” (E<sub>10</sub>).</p>
<b>Estratégia</b>	<p>“Agora eu cuido direitinho, antes largava pra lá, só queria saber de trabalhar, mas por conta dos problemas que eu tive, sigo direito o que o médico me passou” (E<sub>1</sub>).</p> <p>“Se sinto alguma coisa vou no posto, a ACS vem aqui e sempre dá as informações, marca exame, eu meço a pressão e a glicose” (E<sub>2</sub>).</p> <p>“Eu sempre comi muita gordura, muita carne assada, muita fritura, só depois que eu adoeci que eu resolvi comer menos, diminuir mesmo sabe” (E<sub>26</sub>).</p> <p>“Agora outra coisa é a alimentação, eu como arroz integral, como fruta, tem dia que me excedo eu como uns docinho, mas agora tudo é diet, eu não posso fazer se não eu como tudo, a minha filha que traz” (E<sub>3</sub>).</p>
<b>Consequência</b>	<p>“Controlei a diabetes que me preocupa muito. Lá no posto o pessoal me deu o aparelhinho e me ensinou a usar e controlar a glicose” (E<sub>1</sub>).</p> <p>“Controlou a pressão e a glicose, a gente fica com medo, tem que cuidar (E<sub>2</sub>).</p> <p>Eu tenho medo de perder a visão, morro de medo, minha tia ficou cega devido a diabetes” (E<sub>25</sub>).</p> <p>“Às vezes, eu me esqueço de manhã de tomar a medicação, mas quando lembro tomo</p>

	<p>na mesma hora, agora o metformina eu tomo só um, ele passou dois, mas ele me deixa bamba e com o intestino solto, quando tomo dois nem consigo ir na igreja (E<sub>12</sub>). Nesses tempos pra cá a pressão está ficando controlada, então não estou tomando a noite (E<sub>13</sub>)”.</p> <p>Às vezes, onze horas eu costumo lembrar que não tomei o remédio e tenho que tomar sete horas da manhã, tem dia que eu esqueço eu tomo meio dia, onze horas (Cuida das netas). A noite eu tomo sempre nove horas. Não me esqueço por que eu tenho medo de morrer (E<sub>4</sub>).</p>
<b>Quem precisa de cuidado se vê na condição de cuidador</b>	
<b>Condição causal</b>	<p>“Eu tenho que arrumar para ele (marido) aí eu arrumo pra mim. Eu me lembro porque às oito eu tenho que arrumar a dele e aí eu já arrumo a minha e já tomo antes que eu me esqueça” (E<sub>3</sub>).</p> <p>Uai eu levanto seis e meia, vou cuidar dele (marido), trago a água pra ele lavar o rosto, trago o café, remédio, insulina, depois que eu vou cuidar de mim, vou medir minha glicose, fazer a minha insulina, medir a pressão, eu tenho que medir todo dia e anotar pra levar pra médica; vou tomar meus medicamentos (E<sub>5</sub>).</p>
<b>Contexto</b>	<p>“Uai eu levanto seis e meia, vou cuidar dele (marido), trago a água pra ele lavar o rosto, trago o café, remédio, insulina, depois que eu vou cuidar de mim, vou medir minha glicose, fazer a minha insulina, medir a pressão, eu tenho que medir todo dia e anotar pra levar pra médica; vou tomar meus medicamentos” (E<sub>5</sub>).</p>
<b>Estratégia</b>	<p>Eu estou precisando de ir no posto, consultar, medir a pressão que não estava muito alta não, mas a diabetes estava, pra mim é difícil sabe na parte da manhã eu fico com ela (neta), a tarde eu vou falar a verdade eu tenho desânimo de sair”(E<sub>16</sub>).</p> <p>Eu não faço quase nada, eu não sigo, só o café com o adoçante, quando eu fui no grupo lá no posto eu comecei a tomar adoçante. Tem dia que eu como muito arroz, eu tenho que parar com esse arroz, mas não como sal, quando coloco um pouco a mais de sal eu fico esquisita, já sei que foi o sal (E<sub>16</sub>).</p>
<b>Consequência</b>	<p>“Uai...eu estava muito relaxada com minha saúde, tudo era ele (marido), eu não queria que ele adoecesse, não queria que ele morresse, tudo era ele, eu não tava nem aí pra mim, estava pensando em mim não, aí eu fui deixando, fui deixando...minha diabetes ficou alta, engordei muito... Aí foi quando eu pensei: gente eu tenho que parar e cuidar de mim, por que se eu morrer quem vai cuidar dele, como é que eu faço?” (E<sub>5</sub>)</p> <p>Eu estou precisando de ir no posto, consultar, medir a pressão que não estava muito alta não, mas a diabetes estava, pra mim é difícil sabe na parte da manhã eu fico com ela (neta), a tarde eu vou falar a verdade eu tenho desânimo de sair (E<sub>16</sub>).</p>

A vivência dos participantes da pesquisa simbolicamente denota seus sentimentos e comportamentos no tratamento da HAS e/ou DM que permeiam suas atitudes e seus fazeres em busca de soluções.

## DISCUSSÃO

Ao apresentarmos “Vidas em tratamento para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus” os participantes desvelam os sentimentos e os comportamentos da pessoa que vive com a HAS e/ou a DM, em uma interação simbólica da influência desse quadro em seu viver,

das relações que estabelecem para adequar ao tratamento. Os participantes da pesquisa evidenciam o foco de prevenção primária e secundária e denotam as condições para o descontrole da pressão arterial e da glicemia.

A implementação de medidas de prevenção na HAS e DM representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.<sup>9-10</sup>

As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Quanto à DM1 não tem uma base racional que se possa aplicar a toda população, as proposições mais aceitáveis baseiam-se no estímulo do aleitamento materno e em evitar a administração do leite de vaca nos primeiros três meses de vida, essas intervenções tem se baseado em imunomodulação ou imunossupressão. Em relação à DM2, a prevenção primária baseia-se em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes, particularmente nos com tolerância à glicose diminuída.<sup>9-10</sup>

Sentimentos como ansiedade e preocupação são expressos como motivos condicionantes para o descontrole da pressão arterial e da glicemia. O estresse pode ser considerado qualquer força ou vivência que rompe o equilíbrio psicológico, logo provocará um desequilíbrio homeostático em um organismo elevando os níveis pressóricos, esta elevação pode levar a descompensação da doença e aumento do risco de sequelas e mortes.<sup>11</sup>

Em relação ao comportamento frente à doença, grande parte dos participantes da pesquisa afirma que automedicam em busca do controle dos parâmetros e que não possuem o costume de procurar a unidade de saúde mediante sintomas. O comportamento de automedicar-se deve ser identificado pelos profissionais como um desafio a ser trabalhado. A maioria das pessoas não possuem experiência e conhecimento adequados para avaliar a gravidade da doença, e um recurso terapêutico inadequado pode gerar efeitos adversos e mascarar sinais e sintomas de evolução da doença.<sup>12</sup>

Houve relatos de comportamentos dos participantes que favorecem sua saúde e diminuem o risco dos danos gerados pela descompensação da doença crônica. Referem-se ao uso adequado do medicamento, à alimentação balanceada, sem adição de açúcar e diminuição de gordura; e à prática de exercícios físicos regularmente. As medidas farmacológicas e as não-farmacológicas são indicadas para evitar manifestações clínicas de descompensação e outras comorbidades.<sup>13</sup>

Alguns participantes enfatizam que só alcançam um tratamento eficaz, pois estão amparados com a orientação e acompanhamento da equipe multidisciplinar, por ações de educação em saúde, associada ao controle periódico dos níveis de pressão arterial e/ou glicemia, aos exercícios físicos e à dieta alimentar. Isso foi declarado como um importante instrumento para aumentar a condução do tratamento e controlar os índices pressóricos e de glicemia. O conhecimento das doenças está associado à melhora da qualidade de vida, e proporciona maior aceitação da doença.<sup>14</sup> A visita domiciliar do ACS foi referida, e como esse profissional contribui para o acesso aos cuidados e facilita o uso adequado dos recursos da saúde disponíveis.<sup>15</sup>

A condução satisfatória do tratamento só se estabelece com uma postura ativa da pessoa, esse enlace visa mudanças de comportamentos e o reforço positivo de atitudes corretas para o cuidado da saúde.

O segundo código teórico “Precisou adoecer para se cuidar”, identifica que alguns dos participantes da pesquisa só começaram a cuidar da sua saúde a partir da descoberta da doença e pelo medo das consequências de não se tratar.

Alguns entrevistados afirmaram que não se cuidavam antes da descoberta da doença, e que não tinham interesse em manter uma vida saudável. Um estudo apontou que pessoas que desconheciam o diagnóstico de HAS negligenciam o cuidado com a saúde antes de ter conhecimento da doença e adotaram medidas de autocuidado após orientação.<sup>16</sup>

O sentimento de medo, frustração e tristeza levaram os participantes a evitar danos e as complicações. O tratamento e adaptação à essas doenças é um processo lento, pois é preciso ensinar a população a cuidar da saúde, lidar com a doença e prevenir danos. São necessárias campanhas e ações educativas, mudança do estilo de vida, aceitação e implementação das medidas farmacológicas e não farmacológicas.<sup>17</sup>

Baseado na educação em saúde, na solicitação de exames e nas ações assistenciais pela equipe multidisciplinar, um estudo descreve que a partir das demandas das pessoas com HAS e DM elas demonstram uma mudança de comportamento por meio da confiança depositada nas orientações dos profissionais e em seguir corretamente a conduta estabelecida. O conhecimento sobre a doença crônica pode influenciar o comportamento da pessoa e proporcionar mudanças efetivas, capacitando as pessoas adoecidas para que, por meio dos seus próprios meios, desenvolva mecanismos para identificar e prevenir complicações.<sup>16</sup>

O código teórico “Quem precisa de cuidado se vê na condição de cuidador”, traz que mesmo convivendo com a doença alguns participantes da pesquisa são responsáveis pelo

cuidado do outro, membro da família, deixando em segundo plano o cuidado com si próprio, ou esse cuidado ser, algumas vezes, ineficiente em virtude da sobrecarga vivenciada.

As participantes que possuem companheiros acamados ou que cuidam de netos declaram que antes de cuidar de si, cuidam deles. Há atraso no uso da medicação por esquecimento, já que todo o tempo é consumido no cuidado ao outro. No caso das avós pode ocorrer queda na qualidade da saúde física e emocional das mesmas, com aumento dos casos de depressão e baixa capacidade de perceber o descontrole da doença como um risco. Pode haver conflitos na vida familiar, distanciamento da vida social, o que possivelmente acarreta cansaço, esgotamento emocional e físico.<sup>18</sup>

O processo de conviver e cuidar de um familiar com doença crônica que possui grau de incapacidade também é uma tarefa árdua. Pode acarretar, para quem cuida, uma sobrecarga que é potencialmente promotora de estresse, ansiedade, medo e sofrimento, evoluindo, na maioria das vezes, para um processo de rompimento do equilíbrio hemodinâmico, problemas físicos, psicológicos ou emocionais e o descuido com a própria doença.<sup>19</sup>

Os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que eles atribuem a essas coisas, que são derivados de, ou é anterior à interação social que uns têm com outros e com a sociedade. Esses significados são controlados em, e modificados por, um processo interpretativo usado pelas pessoas interagindo entre si e com as coisas que elas encontram.<sup>20</sup>

Considerando o interacionismo simbólico, devemos explicitar que o mundo simbólico só se constrói por meio da interação entre duas ou mais pessoas e, portanto, o simbolismo não é resultado de interação do sujeito consigo ou mesmo de sua interação com a doença crônica, objeto deste estudo. Apesar do estudo ter apresentado um sentido individual dos participantes e o significado da vivência com a doença crônica, considera-se uma base para todos e quaisquer sentidos que cada um dá às suas próprias ações, pois ela é fundada nas interações do indivíduo, ou naquilo que o "eu" faz, sendo regulado pelo que "nós" construímos socialmente. Dessa forma, os participantes da pesquisa demonstram em seus depoimentos como se tratar, explicitam as condutas profissionais, e o que entendem pela doença e o que se vive socialmente, já que o tratamento medicamentoso e não medicamentoso já faz parte do seu conhecimento e é divulgado por vários meios em sociedade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo desvelou os comportamentos e sentimentos dos participantes da pesquisa revelando suas atitudes do dia-a-dia em relação ao cuidado com a doença, seus sentimentos

como tristeza, ansiedade, medo e, que esses sentimentos interferem no controle dos parâmetros aceitáveis no quadro desses adoecimentos.

Os participantes conhecem que o tratamento deve ser medicamentoso e não medicamentoso, que a equipe multiprofissional deve estar preparada para lidar com essas pessoas, orientando-as. O tratamento da HAS e DM só será efetivo caso a pessoa entenda a história da doença e a importância de seguir as orientações para o autocuidado.

O tratamento da pessoa com DM e/ou HAS e a adoção de atitudes para mais qualidade de vida é, ainda, um grande desafio. Depende do diagnóstico precoce, de condutas estabelecidas frente às pessoas acometidas e que dotam de autonomia e liberdade de escolhas para viverem a condição crônica.

Este estudo possui importantes subsídios para que os profissionais da saúde e da enfermagem possam ter um olhar sobre os significados bem singulares de indivíduos vivendo em tratamento para a HAS e/ou DM, uma interpretação de cada um dos participantes em uma visão sociológica de vidas em adoecimento. Como também, para intervenções eficazes e eficientes para tornar menos desgastante o tratamento da condição crônica. Estratégias de suporte para essas pessoas devem ser estimuladas. As intervenções realizadas devem ter o objetivo da construção compartilhada de conhecimentos que permitam auxiliar essas pessoas na reorganização da estrutura emocional, de adaptação e de tratamento diante da condição crônica. Dar suporte à pessoa em condição crônica facilita a manutenção do bem-estar e do equilíbrio físico e mental por meio da autonomia e do conhecimento.

## **REFERÊNCIAS**

1. Almeida AM, Nunes FA, Rezek GSS, Novo NF, Schnaider TB. Qualidade de vida, autoestima, depressão e espiritualidade em pais cuidadores de menores diabéticos. Rev. Med. Res. Curitiba. abr./jun. 2012; 4(2): 94-100.
2. Martins EMCS, Ataíde MBC, Silva DMA, Frota MA. Vivência de mães no cuidado à criança diabética tipo 1. Rev Rene. 2013; 14 (1): 42-9.
3. Guedes NG, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL, Lopes MVO, Ximenes LB, NFC Vieira, Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. Acta Paul Enferm. 2012; 25 (1): 151-156.

4. Carvalho TH, Afonso RI, RC, Faria P. Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária. *Cienc. enferm.* 2013; 19 (1): 95-105
5. Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20 (1): 67-72.
6. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Rev. Ciên. Saúd. Coletiva*, 2012; 17(3): 621-626.
7. Corbin J, Strauss. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. 2008
8. Blumer H. A natureza do interacionismo simbólico. In: Mortensen C, (Org.) *Teoria da Comunicação: textos básicos*. SP: Mosaico, 1980. p 87-104
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DBH VI). *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51
10. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2015; 38(suppl 1): S1-S93.
11. Lopes NP, Salzbron CA, Barroso MC, Ribeiro SJP, Webber JS, Rosa PCL, Borges BE, Heimbecher C. Perfil de fatores determinantes da HAS de uma população específica em uma região delimitada de Curitiba-PR. *Rev. do Curso de Enferm. Curitiba*, 2015; 1 (1): 1-11.
12. Mendes LVP. Desempenho da Atenção Primária e uso racional de medicamentos por pacientes hipertensos e diabéticos no município do Rio de Janeiro. /Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 115 f. 2013.
13. Gomes MA, Cruz FAO, Fragoso VMS, Pinto GC. Análise da automedicação em pacientes com diabetes. *Vivências Erechim*. maio 2013; 9 (16): 193-200.
14. Santos L, Torres HC. Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. *Texto contexto - enferm.* set. 2012; 21 ( 3 ): 574-580.
15. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(7): 2147-2156.
16. Souza NPG, Oliveira GYM, Girão ALA, Souza LM, Maniva SJCF, Freitas CHA. Adoecimento por hipertensão arterial e diabetes mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados *Rev. enferm UERJ*. Rio de Janeiro, jan/fev 2015; 23 (1): 52-7.

17. Alves BA, Calixto AATF. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde do interior paulista. *J Health Sci Inst.* 2012; São Paulo; 30 (3): 255-60.
18. Mainetti AC, Wanderbroocke, ACNS. Avós que assumem a criação de netos. *Pensando fam.* 2013; 17 (1); 34-42
19. Manuel MF, Teston EF, Waidman MAP, Decesaro MN, Marcon SS. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc. Anna Nery.* Jun. 2013; 17 ( 2 ): 346-353.
20. Blumer, Herbert *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1969.