

DESCOBRINDO-SE PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA: REPERCUSSÃO DE UMA PESQUISA-AÇÃO¹

Elis Martins Ulbrich*
Maria de Fátima Mantovani**

RESUMO

O objetivo do estudo foi descrever as atividades de cuidado pessoal de doentes crônicos desenvolvidas antes e após atuação educativa do enfermeiro. Trata-se de uma pesquisa-ação, realizada em uma Unidade Básica de Saúde da região metropolitana de Curitiba-Pr, junto a 13 usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 60 anos. Os dados foram obtidos mediante entrevista semiestruturada e encontros em grupo, os quais foram submetidos à análise de conteúdo temático. As categorias oriundas desta análise foram: “O diagnóstico como ponto de partida” e “Mudança de vida: cuidados adotados”. Os resultados mostraram que os usuários identificaram a descoberta da doença como o ponto de partida para a realização de cuidados pessoais. A mudança de hábitos de vida e o tratamento farmacológico foram os cuidados mais mencionados. Contudo, demonstraram certa independência para realizarem o cuidado pessoal e adequaram as orientações dadas por profissionais de saúde aos seus conhecimentos e afirmaram necessitar de determinação para realizar o cuidado pessoal.

Palavra-chaves: Doença crônica; Educação em saúde; Enfermagem; Saúde do adulto; Prática profissional.

INTRODUÇÃO

A doença crônica é classificada pela Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾ como transmissíveis, não-transmissíveis, incapacidades estruturais e distúrbios mentais. O aumento destas patologias é resultante das transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades humanas ao longo do tempo⁽²⁾.

Os países em desenvolvimento são responsáveis por 80% das mortes por doenças crônicas confirmando a expressividade das enfermidades de longa duração^(1,3). Estima-se que até 2020 as condições crônicas sejam a primeira causa de incapacidade no mundo, e, por conseguinte, o mais dispendioso tratamento para os sistemas de saúde, causando sérios problemas sociais e econômicos^(1,3).

Assim, as patologias crônicas se constituem num desafio global, visto que as alterações nos modos de vida dos indivíduos refletem diretamente nos padrões de adoecimento e exigem medidas dos sistemas de saúde para lidar com esta problemática⁽²⁾.

No Brasil, há quatro décadas, as doenças cardiovasculares são consideradas a primeira causa de mortalidade, pela incidência de diabetes *mellitus*, que normalmente ocorre associada à hipertensão arterial e estas são os principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT)^(1,3). Deste modo, faz-se necessário a implementação de estratégias setoriais e intersetoriais, por meio do cuidado integral que pressupõe articulação de promoção, vigilância, prevenção e assistência da saúde⁽¹⁾.

Como principal estratégia de promoção da saúde e/ou prevenção dos fatores de risco para as DCNT utiliza-se a educação em saúde, pois seu aspecto histórico está intimamente ligado ao sistema de saúde brasileiro. Entretanto, o enfoque no tratamento e o diagnóstico de doenças agudas ainda se mantêm preponderante em nosso país, o que contradiz com o tratamento de problemas de saúde em longo prazo, como o caso das doenças crônicas⁽⁴⁾.

Nesse contexto, a educação além de informativa deve favorecer a “desalienação, a transformação e a emancipação” dos indivíduos envolvidos na perspectiva de que a mudança de comportamento aconteça pela reflexão da saúde

¹Artigo extraído da Dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR): “Repercussões da intervenção educativa do enfermeiro no cuidado pessoal do doente crônico”.

*Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Bolsista REUNI. Membro do Grupo Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA/UFPR). Curitiba, Paraná (PR), Brasil. Email: lilaulbrich@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento em Enfermagem da UFPR. Bolsista Produtividade CNPq 2. Coordenadora da Iniciação Científica da UFPR. Membro do GEMSA/UFPR. Curitiba, Paraná (PR), Brasil. Email: mfatimamantovani@ufpr.br

como um direito social^(4:235).

Assim, após desenvolver atividades educativas provenientes de um projeto de extensão por quatro anos, questionou-se: “Quais ações de cuidado são desenvolvidas pelos usuários portadores de doença crônica antes e após a participação em atividades educativas?”. Frente ao exposto, o objetivo é descrever as atividades de cuidado pessoal de doentes crônicos desenvolvidas antes e após atuação educativa do enfermeiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem qualitativa, desenvolvida no período de março de 2009 a junho de 2010, sendo parte dos resultados de um projeto de extensão universitária intitulado “Sistematização da Assistência a Portadores de Hipertensão Arterial”, e que também derivou uma dissertação de mestrado.

A pesquisa-ação⁽⁵⁾ viabiliza os projetos de extensão com a pesquisa convencional na elaboração social de conhecimentos com a participação de diferentes sujeitos. Pois além da participação, supõe-se uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro.

Para aplicação do método seguiu-se as fases propostas pelo autor⁽⁵⁾ a seguir, que não possuem uma estrutura rígida com etapas pré-definidas, e foram em cada situação redefinidas com todos os usuários. Na fase exploratória, ocorre a descoberta do campo de pesquisa, dos interessados e suas expectativas, e se estabelece um diagnóstico inicial da situação com os problemas e possíveis soluções⁽⁵⁾. Esse reconhecimento, nesta pesquisa foi previamente realizado pelos pesquisadores desde a implantação do projeto de extensão no ano de 2006 até 2008.

O Tema da pesquisa, que é a segunda fase é a designação do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados⁽⁵⁾, e nesta pesquisa foi a doença crônica e suas formas de se cuidar por parte dos usuários. Este tema foi solicitado pelo responsável da unidade de saúde na época da inserção do projeto de extensão no ano de 2006, visto os usuários não

comparecerem às reuniões do Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA).

A fase Colocação dos problemas que caracteriza-se pelo estabelecimento das questões que desencadearão a investigação. Nela deve-se “definir uma problemática na qual o tema escolhido adquira sentido”^(5:57), dentro de certo campo teórico e prático. Para cumprir esta etapa, todos os envolvidos foram entrevistados individualmente e convidados para os encontros em grupo, no qual foram relatadas as dificuldades que emergiram da análise dos conteúdos das entrevistas realizadas, que foram: complicações, comorbidades, hábitos alimentares e cronicidade das patologias. Contudo, para atingir os objetivos desta pesquisa foram sugeridos, além dos temas por eles elencados, discussões sobre os cuidados realizados antes do diagnóstico, o momento atual com a patologia instalada e os cuidados que podem ser realizados após os encontros. Todos aceitaram e concordaram com os assuntos propostos.

O Lugar da teoria é a fase em que a pesquisa-ação é “articulada dentro de uma problemática com um quadro de referência teórica”^(5:60), para nortear e fundamentar as interpretações. No entanto, este conhecimento teórico deve ser compatível e adequado com o entendimento dos participantes para não desestimular-los⁽⁵⁾. Desta forma, esta fase consistiu na apropriação do tema por parte dos pesquisadores para o diálogo com os participantes.

Na fase em que são definidas as Hipóteses, o pesquisador supõe a respeito de possíveis soluções de problema da pesquisa, que direcionam a coleta de informações e técnicas necessárias para a resolução de um problema⁽⁵⁾. Assim para encontrar resposta ao questionamento da pesquisa - “Quais ações de cuidado são desenvolvidas pelos usuários portadores de doença crônica antes e após a participação em atividades educativas?” – buscou-se, por meio dos encontros em grupo, discutir coletivamente os aspectos relativos aos cuidados pessoais e tratamento.

Os Seminários são encontros para direcionar as ações da pesquisa desde a busca do tema até a análise das soluções encontradas⁽⁵⁾. Esta fase correspondeu às discussões entre orientador e orientandos no acompanhamento e avaliação das

ações, as quais eram expostas ao grupo nos encontros.

A fase Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa é a delimitação do campo de atuação⁽⁵⁾. Nesta pesquisa, o local foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), da região metropolitana de Curitiba-Pr, sede do projeto de extensão.

Na UBS selecionada, a população alvo foi composta por 282 usuários, divididos em 201 hipertensos, 71 diabéticos e hipertensos, e dez diabéticos cadastrados no HIPERDIA, e para constituir a amostra utilizou-se a representatividade qualitativa, estabelecida com critérios de inclusão. Foram inclusos os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, com idades entre 18 e 60 anos, cadastrados e ativos no HIPERDIA, o que correspondeu a 26 usuários que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Estes 26 foram entrevistados e a análise destas entrevistas possibilitou conhecer as necessidades educativas citadas na fase Colocação dos problemas.

A Coleta de dados foi controlada pelo seminário, e sua principal forma de captação da informação empírica é de cunho coletivo, pelas técnicas como seminários, entrevistas coletivas, reuniões de discussão, entre outras. Porém, não são descartadas as demais técnicas da pesquisa científica convencional⁽⁵⁾. Nesta investigação, a coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira utilizou-se a entrevista semiestruturada, gravada, no domicílio dos usuários que possibilitou identificar as necessidades e problemas para serem discutidos posteriormente nos cinco encontros em grupo, sendo estes a segunda etapa da coleta.

Os encontros tiveram duração aproximada de 1h30min cada, dispostos da seguinte maneira: primeira reunião - adequação dos temas a serem discutidos; segunda - complicações, comorbidades, cronicidade e hábitos alimentares; terceira - cuidados realizados antes do diagnóstico; quarta - cuidados realizados atualmente; e quinta - cuidados que podem ser incorporados. Todos os 26 entrevistados foram convidados por meio de contato telefônico e/ou visita domiciliar, e deste total, 13 compareceram a, pelo menos, um dos cinco encontros grupais.

A fase Aprendizagem ocorre ao longo do processo pela troca de conhecimentos entre pesquisadores e participantes ao investigar e discutir as possíveis ações, cujos resultados oferecem ensinamentos⁽⁵⁾. A fase Saber formal/informal se estabelece pela comunicação entre o conhecimento científico e popular, ou seja, pela interface de saberes que integra um processo decisório compartilhado⁽⁵⁾. Estas duas últimas fases ocorreram durante toda a realização da pesquisa, principalmente nos encontros em grupo.

O Plano de ação deve satisfazer o objetivo, que pode ser a resolução do problema, tomada de consciência ou produção de conhecimento, por meio de uma ação planejada que constituirá o “objeto de análise, deliberação e avaliação”^(5:75). Nesta pesquisa correspondeu à tomada de consciência sobre os cuidados pessoais que os usuários realizavam e que precisam realizar para obter melhor qualidade de vida.

A última fase Divulgação externa dos resultados propicia o retorno da informação aos participantes implicados e aos setores interessados⁽⁵⁾, e em cada encontro, no final, eram sintetizados os assuntos discutidos e expostos aos participantes, e na última reunião foi realizado um resumo de todas as discussões e dos resultados alcançados. Também retornamos os resultados encontrados aos setores interessados, Secretaria Municipal de Saúde e Unidade Básica de Saúde no ano de 2011, e para a comunidade em geral pela publicação de artigos científicos.

A partir da transcrição na íntegra dos dados oriundos das entrevistas e encontros em grupo, o material foi tratado segundo o método da Análise de Conteúdo Temático, utilizado para todas as fases da pesquisa e que resultaram nas seguintes categorias: “Compreensão da doença”, “Maneiras de Cuidar”, “O diagnóstico como ponto de partida”, “Mudança de vida: cuidados adotados” e “Autonomia do cuidado pessoal”. Contudo neste artigo abordaremos somente as categorias **“O diagnóstico como ponto de partida”, “Mudança de vida: cuidados adotados”**.

No que diz respeito aos aspectos éticos o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (Registro CEP/SD: 578.115.08.07). Em respeito ao

anonimato os usuários foram identificados com a letra U seguidos de algarismos numéricos, de acordo com a ordem do discurso nos encontros.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A média de idade dos 13 usuários que participaram do estudo foi de 51 anos, com variação entre 37 a 58 anos, e predomínio da faixa etária entre 51 a 60 anos com nove sujeitos. Todos os participantes eram do sexo feminino, sendo dez casadas ou que residiam com o companheiro, duas viúvas e uma separada/divorciada. Em relação à escolaridade, 11 possuíam o ensino fundamental incompleto e duas não eram alfabetizadas, e quanto à profissão/ocupação, nove eram do lar, três possuíam atividade remunerada, e uma era autônoma, mas no momento não estava trabalhando.

A análise temática dos dados possibilitou a construção de duas categorias, a primeira - **“O diagnóstico como ponto de partida”** – emergiu das falas dos usuários quando estes foram interrogados sobre como se cuidavam antes de descobrirem a hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

O ponto de partida para a mudança foi reconhecido por alguns participantes como o momento do diagnóstico e sentiram a necessidade de relatar como descobriram a doença. A busca pelo serviço de saúde e consequente diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, para alguns usuários ocorreu pela percepção de sinais e sintomas conforme as falas abaixo:

Minha pressão estava muito alta, e era por isso que tinha estes desmaios [...]. O desmaio sentia fraqueza, calorão no rosto, queimação, aquela suadeira, quando atacava sentia que tapava o ouvido, e a vista a queimar e coçar [...]daí quando ficava muito nervosa [...] eles diziam que tinha dois, três desmaios que era a pressão. (U4)

[...] Eu fiquei assim um mês só dentro de casa, queria só dormir, não queria comer, estava com o corpo pesado e fui ficando ruim, ficando ruim, aí fui [...] no pronto socorro [...] fizeram o exame de sangue e de urina e daí que descobriram, eu tava com 600 de diabetes, não morri mesmo porque não chegou a hora [...] eu não me cuidei porque eu não sabia [...]. (U11)

A sintomatologia e/ou sinais sugestivos referenciados pelos usuários acima são os principais responsáveis pela procura dos serviços de saúde, vale ressaltar que a hipertensão favorece o aparecimento de complicações, pois é uma doença assintomática e insidiosa, caracterizada como assassina silenciosa, porque seus portadores consideram-se doentes apenas na ocorrência de complicações e/ou na impossibilidade de exercer suas atividades diárias^(6,7).

A suspeita do diagnóstico de diabetes *mellitus*, diferentemente da hipertensão arterial que é assintomática, pode ocorrer pelos sinais e sintomas mencionados pelo usuário U11 como poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, fadiga, fraqueza e letargia,⁽⁸⁾ entretanto, existe uma proporção significativa de diabéticos assintomáticos.

Outra pesquisa realizada com pacientes com hipertensão e diabetes confirma as falas dos usuários deste estudo, ao referenciar os seguintes sinais e sintomas como responsáveis pela descoberta das patologias crônicas: dor de cabeça, dor na nuca, e de estômago, tontura, perda de peso, boca seca, sede, poliúria e perda de visão⁽⁹⁾.

A descoberta por acaso mencionada em outro estudo⁽⁹⁾ também foi citada pelos usuários nesta pesquisa, conforme as falas de U5 e U8 abaixo, que tiveram o diagnóstico após procurarem o serviço de saúde por outras patologias e/ou pela triagem realizada por outros profissionais de saúde.

Há 5 anos atrás fui entrar na academia e quando mediram a pressão me falaram que estava alta, daí fui no postinho [...].(U5)

Eu estava com 26 anos [...] fui no postinho e a minha pressão estava alta [...].(U8)

A hipertensão por ser uma patologia de etiologia multifatorial deve ser constantemente monitorada, pois além da “predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável”^(10:09).

O primeiro diagnóstico durante o período gestacional também foi referenciado por alguns usuários como U7 e U10, visto que os distúrbios hipertensivos durante o período gravídico são comuns e evidenciados em outro estudo⁽¹¹⁾.

O problema foi o guri mais novo (durante sua última gestação) que começou a pressão alta, começaram a tomar os remédios [...]. (U10)

A hipertensão na gravidez é um fator preocupante em suas duas formas: a pré-existente (crônica) presente antes da gestação ou diagnosticada até a 20ª semana, e a induzida pela gravidez (pré-eclâmpsia/eclâmpsia) que ocorre na maioria das vezes após a 20ª semana com proteinúria⁽¹⁰⁾.

Nota-se que os usuários associam o início da doença a situações de estresse sejam os sinais e sintomas, a gravidez, a ida ao médico por acaso e/ou o enfretamento de um acidente traumático, como na fala de U9:

[...] eu comecei assim (refere-se à hipertensão arterial) por causa do assunto de acidente, eu perdi uma menina com 11 anos na BR.(U9)

Sabe-se que ao experienciar um evento traumático, como ocorreu com U9 eleva-se o risco de desenvolver um transtorno de estresse, depressão maior, transtorno do pânico e de ansiedade e abuso de substâncias, assim como apresentar sintomas somáticos e/ou doenças físicas como a hipertensão, asma e dor crônica⁽¹²⁾. Contudo, a relação entre o estresse e a fisiopatologia da hipertensão arterial ainda é contraditória, mas sabe-se que as vias neuroendócrinas, as quais desencadeiam os agentes estressores são as mesmas que originam a hipertensão⁽¹³⁾.

O diagnóstico das patologias crônicas propiciou aos usuários começarem aderir ao tratamento, que consequentemente ocasionou na ruptura dos seus modos de vida. Os relatos referentes aos cuidados que incorporaram em suas vidas após as atividades educativas foram agrupados e compuseram a segunda categoria – **“Mudança de vida: cuidados adotados”**. A preocupação em aderir hábitos alimentares saudáveis foi o cuidado mais mencionado, que pode ser elucidado pela fala de U9:

Eu comia muita gordura de porco, para mim a comida tinha que mostrar a gordura para colocar a farinha assim em cima, para ficar fabuloso, [...] mas agora tem que comer só carne sequinha, sempre que eu vou ao mercado tem que comprar a carne assim com menos, sem gordura [...]. (U9)

Aderir a um estilo de vida saudável é fundamental no tratamento das patologias em

questão, e os principais fatores ambientais modificáveis a serem combatidos são os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, a obesidade, o tabagismo e o consumo exagerado de álcool^(8,10). A ingestão de certos alimentos pode induzir à resposta indesejável no controle da pressão arterial, sendo alimentos de risco os ricos em sódio e gorduras saturadas⁽¹⁰⁾.

Desta maneira, uma dieta adequada faz-se necessária para o controle da hipertensão e diabetes *mellitus*, contudo, algumas vezes os usuários encontram limitações em realizar o controle alimentar, mesmo tendo conhecimento da sua importância. Na fala de U5 é possível perceber que a condição de trabalho era obstáculo para realizar alimentação saudável e foi obrigada a encontrar uma solução.

Eu já tinha o problema da pressão alta, na época eu trabalhava em casa de família, então rolava de tudo que podia se imaginar, você tinha que comer de tudo aquilo e era desse tamanho. E regime que era bom ninguém fazia, porque só os patrões já eram 200, 300 quilos cada um [...] eu tinha que fazer comida separada para mim.(U5)

A situação financeira também foi considerada uma limitação, conforme relata U5 e U7, pois alimentos como frutas, verduras, legumes e cereais integrais têm custo elevado o que dificulta sua aquisição pela população de baixa renda.

Coisa que não entra bastante lá em casa é fruta [...] mas quando tem a gente come.(U5)

Tem vez que a gente compra, tem vez que não compra, quando está muito caro. (U7)

Além da alimentação saudável, os usuários reconhecem a importância de reduzir o peso corporal, visto este relacionar-se à queda da insulínia, à redução da sensibilidade ao sódio e à diminuição da atividade do sistema nervoso simpático⁽¹⁰⁾. A redução da massa corpórea foi uma preocupação evidente nos discursos dos usuários, conforme U3 e U5:

Não emagrece mesmo, mais do que eu faço minhas caminhadas, ginástica, e quem diz que eu emagreço? (U3)

Depois minha vida melhorou bem, a minha pressão, depois que eu vim para a minha casa e eu tive meu bebê [...]na minha casa não, eu usava banha e passei a usar o óleo [...] e emagreci

bastante também, que estava bem, com 80 quilos quando sai. (U5)

A redução do peso corporal é recomendada para todas as pessoas que estão com sobrepeso e obesidade e para pessoas que têm, ainda, diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*. Para alcançar esta perda, orienta-se a modificação do estilo de vida, que inclui a ingestão calórica reduzida juntamente com o aumento da atividade física, pois muitas vezes esse peso corporal aumentado ocorre pelo desequilíbrio energético e no qual as pequenas perdas trazem benefícios metabólicos significativos⁽⁸⁾.

A atividade física é indicada aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* não somente com o intuito de diminuir a massa corporal, mas de melhorar o controle metabólico e realizar seu efeito hipotensor. Desta maneira, reduz a necessidade de hipoglicemiantes e hipotensores, diminuindo os riscos cardiovasculares e aumentando a qualidade de vida^(8,10). A preocupação em realizar o exercício físico foi mencionada pelos usuários como nas falas de U3 e U6:

Hoje eu faço caminhada, faço ginástica uma vez por semana, mudou tudo, completamente [...] graças a Deus minha pressão melhorou muito. (U3)

Eu saio vou fazer caminhada com ele, mas nem todo dia eu faço porque ele é preguiçoso (refere-se ao marido). (U6)

O uso da medicação e o controle do estresse e nervosismo também foram referenciados pelos participantes como um cuidado pessoal decorrente da necessidade sentida e/ou imposta pelas doenças, conforme as falas abaixo:

Eu tomava mais era remedinho de casa [...] eu tomava só chá, daí minha pressão pegou a subir, chegou ao ponto de inchar a boca, entortar tudo a boca sabe [...] o meu remédio dá certinho no mês, mesmo sem sintoma eu tomo direitinho [...] a diabete eu cuido direitinho sabe, eu não faço exame direto não, porque eu não gosto [...] Tem uma hortinha lá em casa [...] eu gosto de mexer, pois eu sou muito nervosa e tem dia que eu estou atacada, estressada, daí eu passo a mão na enxada. (U8)

O tratamento farmacológico e o controle emocional contribuem para a diminuição dos

níveis pressóricos e glicêmicos e ao realizar o tratamento medicamentoso e tentar controlar o estresse, alguns usuários conseguiram manter os níveis pressóricos e glicêmicos controlados, porém os aspectos emocionais não são fáceis de controlar sendo estes, na maioria, culpados pela elevação da pressão arterial, fato constatado no relato de U8. O estresse, positivo ou negativo⁽¹³⁾, provoca reações nos seres humanos como: aumento da frequência cardíaca, elevação da pressão arterial, sudorese, boca seca, tensão muscular e sensação de alerta, contudo por definição este não pode ser evitado.

Neste estudo a aderência ao tratamento pode ter sido influenciada pelas atividades educativas realizadas durante todo desenvolvimento da pesquisa, sendo que todos os usuários relataram o uso contínuo da medicação prescrita, o que vai ao encontro dos resultados obtidos em outro estudo⁽¹⁴⁾ que descreveu o efeito do acompanhamento domiciliar de enfermagem em pacientes com hipertensão arterial e obteve adesão e melhoria dos níveis pressóricos mediante o desenvolvimento de atividades educativas. As mudanças ocorridas no cuidado pessoal foram percebidas pelos usuários, principalmente para os que participaram dos encontros em grupo, sendo estes resultados das atividades educativas desenvolvidas nestes quatro anos de projeto de extensão, fato que pode ser elucidado pelos relatos a seguir:

Mas os problemas da pressão é todo mês eu consultar e estar na reunião, a pressão está boa. (U4)

A gente mudou bastante através de vocês aqui, vocês ajudando, ensinando, alertando o que podia e o que não podia foi o que a gente melhorou. [...] (antes) a gente só vinha na consulta e pegava o remédio e ia cada um para sua casa, não tinha nada disso. (U6)

Percebe-se pelas falas de U4 e U6 que as atividades educativas desenvolvidas baseadas na reflexão, no diálogo e na troca de experiências permitiram o aprendizado mútuo entre usuário e profissional por meio de um processo emancipatório. Assim, esta prática de socialização permite que o usuário busque, exponha, questione, viva, experimente, crie, contribua, resgate, conquiste seu lugar na sociedade⁽¹⁵⁾.

Contudo, os participantes deste estudo durante quatro anos foram co-participes de um programa

de extensão no qual eram incentivados, durante a realização de atividades educativas, a pensar e enfrentar seus problemas, visto que, hoje se enfatiza a utilização de práticas promotoras de saúde que considerem a autonomia dos sujeitos, assim como seu contexto político e cultural. Pois se considera que educadores e educandos possuem saberes complementares e que pelo diálogo mútuo visam melhores condições de vida^(4,16).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever os cuidados pessoais realizados pelos usuários portadores de doenças crônicas

percebeu-se que eles conheciam as patologias e se cuidavam, sendo que as atividades em grupo poderiam ter repercutido como reforço na mudança dos hábitos de vida. Os cuidados pessoais referidos pelos usuários demonstraram certa autonomia, mas estes respeitam as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde.

Os usuários ao aderirem aos tratamentos, pós ação educativa reforçam a assertiva de que o enfermeiro pode auxiliar na adesão do tratamento, embora sabe-se que esta é apenas mais uma das estratégias que auxiliam no cuidado ao doente crônico.

FINDING YOURSELF A CARRIER OF A CHRONIC DISEASE: RESULTS OF AN ACTION RESEARCH

ABSTRACT

The objective of this study was describing the activities of personal care of chronic patients developed before and after educational activities of the nurse. This is an action research, carried out in a Basic Health Unit in a municipality in the metropolitan region of Curitiba-Paraná, with 13 users suffering from hypertension and / or diabetes mellitus of both genders, aged between 18 and 60. The data were obtained through a semi-structured interview and group meetings, which were subjected to content analysis theme. The categories derived from this analysis were: "The diagnosis as a starting point" and "Change of life: care adopted". The results showed that users could identify the discovery of the disease as the starting point for performing personal care. The change of lifestyle and pharmacologic treatment were the most commonly type of care mentioned. However, it was demonstrated a certain independence to carry out personal care and have adapted the directions given by healthcare professionals and their knowledge stated needing determination to perform personal care.

Keywords: Chronic disease; Health education; Nursing; Adult health; Professional practice.

DESCUBRIENDO SE COMO PORTADOR DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: IMPACTO DE UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

RESUMEN

El objetivo del estudio fue describir las actividades de cuidado personal de los pacientes crónicos desarrollados antes y después de actividades educativas del enfermero. Se trata de la investigación-acción, llevada a cabo en una Unidad Básica de Salud de la región metropolitana de Curitiba-Paraná, con 13 usuarios con hipertensión y / o diabetes mellitus de ambos los sexos, entre 18 y 60 años. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas y reuniones de grupo, las cuales fueron sometidas a análisis de contenido temático. Las categorías se derivan de este análisis: "El diagnóstico como punto de partida" y "Cambio de vida: cuidado adoptado". Los resultados mostraron que los usuarios han identificado el descubrimiento de la enfermedad como punto de partida para llevar a cabo los cuidados personales. El cambio en el estilo de vida y tratamiento farmacológico fueron los cuidados más mencionados. Sin embargo, demostraron una cierta independencia para llevar a cabo el cuidado personal y adaptaron las directrices dadas por los profesionales de la salud a su conocimiento y afirmaron necesitar de determinación para llevar a cabo el cuidado personal.

Palabras clave: Enfermedad crónica; Educación en la salud; Enfermería; Salud del adulto; Práctica profesional.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt MI, Ducan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781): 1949-61.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas

não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

- 3 World Health Organization (WHO). Organización Panamericana de La Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos, 2009.

- 4 Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto & Contexto Enferm*. 2007; 16 (2): 233-38.

- 5 Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 15a ed. São Paulo: Cortez; 2007.
- 6 Ulbrich EM, Maftum MA, Labronici LM, Mantovani MF. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33 (2): 22-27.
- 7 Maciel KF, Ulbrich EM, Labronici LM, Maftum MA, Mantovani MF, Mazza VA. A hipertensão arterial na percepção dos seus portadores. *Cienc Cuid Saude.* 2011; 10(3):437-443.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus: Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- 9 Pinotti S, Mantovani MF, Giacomozzi LM. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2008; 13 (4): 526-534.
- 10 Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão.* 2010; 17(1).
- 11 Santos J, Pierin AMG. Fatores de risco cardiovascular com destaque para a hipertensão arterial em funcionários dos restaurantes de uma Universidade Pública. *Rev. Saúde.* 2008; 2 (1): 5-11.
- 12 Sbardelloto G, Schaefer LS, Lobo BOM, Caminha RM, Kristensen CH. Processamento cognitivo no transtorno de estresse pós-traumático: um estudo teórico. *Interação em Psicol.* 2012; 16 (2): 261-68.
- 13 Lima Jr E. Pressão arterial e estresse: implicações no desenvolvimento da hipertensão arterial. *Rev Hipertensão.* 2010; 13 (3): 144-154.
- 14 Gaio DM, Ulbrich EM, Mantovani MF, Moreira RC. Importância do cuidado domiciliar de enfermagem para o controle pressórico de pessoas com hipertensão arterial. *R. pesq.:cuid. Fundam. online.* [internet] 2013; [citada 2013 out 15]; 5 (2): 3819-27. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2062/pdf_785
- 15 Espindola I, Gehlen MH, Ilha S, Zamberlan C, Freitas HM, Nietsche EA. A educação permanente em saúde: uma estratégia à prevenção das úlceras por pressão. *Vidya.* 2011; 31 (1): 91-98.
- 16 Mantovani MF, Maciel KF, Pelinski A, Gaio DM, Fusuma F, Ulbrich E. Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão. *Cienc Cuid Saude.* 2011; 10 (1): 157-161.

Endereço para correspondência: Elis Martins Ulbrich. Rua Edegard de Alencar Guimarães, 396. Bairro Cajurú, Curitiba – Paraná. CEP: 82.970.050. E-mail: lilaulbrich@yahoo.com.br.

Data de recebimento: 21/11/2012

Data de aprovação: 08/01/2014