

PERCEPÇÕES DO SUJEITO FRENTE AO ADOECIMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO INTERIOR DA BAHIA

Sabrine Canonici Macário de Carvalho, Everton Philipe da Silva Barros

Mestrando Ciências da Saúde / Univasf, Petrolina, Pernambuco, Brasil
Faculdade Sete de Setembro, Paulo Afonso, Bahia, Brasil

canonicibine@gmail.com

Resumo: Cuidar de si não é algo que o ser humano faça como hábito, uma vez que o cuidado passa a ser responsabilidade de fato quando o indivíduo já se considera adoecido. As doenças crônicas não Transmissíveis (DCNT) têm seus índices sendo elevados a cada dia em função de inúmeras mudanças relacionadas aos determinantes sociais de saúde e os hábitos e estilos de vida adotados na atualidade. Este trabalho tem como objetivo elucidar relação entre a consciência e a responsabilidade dos sujeitos no processo de adoecimento da Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S) no município de Paulo Afonso no interior da Bahia, Brasil, uma vez que como doença crônica têm remetido uma considerável atenção das autoridades sanitárias por aumentarem os custos do Sistema Único de Saúde e por consequência trazerem comorbidades a população. As análises evidenciaram que a consciência está na maioria deles dissociada do indivíduo e que por vezes totalmente afastada da informação, perante isso diversas fugas e desculpas surgem para justificar a total omissão desta responsabilidade. Perante os dados e discursos tratados nesta pesquisa, concluímos que os sujeitos analisados em sua maioria estão distantes e dissociados de assumir sua responsabilidade frente ao adoecimento da H.A.S, não expressando conhecimento para tal nem se quer qualquer sensação de culpa pelo adoecimento caracterizando que de fato estamos nos eximindo de arcar com este autocuidado, o que impulsiona os índices de adoecimento onde os indivíduos transferem para quaisquer que sejam culpados uma responsabilidade que na verdade é do sujeito o que responde a proposta desta pesquisa.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Autocuidado. Responsabilidade. Consciência.

PERCEPTIONS OF THE INDIVIDUAL IN FACE OF GETTING SICK WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN THE COUNTRYSIDE OF BAHIA

Abstract: Self-care is not something human beings have as a habit, once that it only becomes an actual concern when the individual gets sick. Noncommunicable Diseases (NCDs) have been increasing every day due to several changes related to health social aspects, habits and lifestyles adopted nowadays. This paper aims to understand the relation between awareness and responsibility of individuals in the process of development of Systemic Arterial Hypertension (SAH) in the city of Paulo Afonso, countryside of Bahia, Brazil. As a chronic disease, it has been demanding a considerable attention by sanitary authorities, once that it has been increasing the costs of the Unified Health System (SUS) and, consequently, representing a spread of comorbidities in population. The analysis have evidenced that most individuals impacted lack awareness and information on the condition, which leads to several escapes and excuses in an attempt to justify their complete omission in face of their responsibility with the treatment. Most of them seem to have no knowledge on the subject, or express no guilty for allowing themselves to get sick, considering that it is a matter of self-care. Such behaviors boost the numbers of cases in which sick individuals transfer their responsibility to someone or something else, which helps to understand the main question brought up by this research.

Keywords: Arterial Hypertension. Self-care. Responsibility. Awareness.

1. Introdução

A atribuição do indivíduo em cuidar – se é fator primordial no processo saúde doença contribuindo quando ausente ao surgimento de problemas de saúde pública. Malta (2010) retrata a perspectiva do cuidado e de priorizar e atender as especificidades dos indivíduos. Assim nasce a necessidade de reavaliar a consciência dos sujeitos no processo saúde doença, e sua relação com os determinantes sociais.

As atividades da Política Nacional da Atenção Básica são voltadas à prevenção, promoção e recuperação da saúde dos

indivíduos no âmbito da Atenção Primária em Saúde compartilhando assim a responsabilidade junto ao indivíduo de promover a prevenção e a promoção de sua própria saúde. Percebe-se que essas práticas são voltadas a orientação, estímulo ao auto - cuidado, adesão ao tratamento, mudança de comportamento e hábitos saudáveis, focando na co-responsabilização do indivíduo (BRASIL, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2013 notificou que, as condições crônicas são responsáveis por 72% das mortes no mundo. Com o crescimento tecnológico e a transição demográfica modificaram muito o estilo de vida e mudanças significativas do perfil das doenças da população brasileira, o que evidenciou as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Para Barros et al (2006) as doenças crônicas são conceituadas como afecções de saúde que acometem indivíduos por períodos longos de tempo, acarretando em oscilações do processo de saúde e doença com momentos de piora ou melhora sensível. Dentre as DCNT estão principalmente à doença cardiovascular e a Hipertensão Arterial sistêmica, o Diabetes, o câncer e a doença respiratória crônica.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), alguns fatores corroboram para o desenvolvimento das doenças crônicas no Brasil, tais como: a transição demográfica, epidemiológica; a urbanização e os avanços econômicos.

Estudos apontam que as doenças crônicas têm promovido números elevados de morte no país. A incidência e a prevalência dessas doenças vêm elevando seus índices progressivamente nas últimas quatro décadas, no Brasil e no mundo, em especial os índices da Hipertensão Arterial Sistêmica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019), pelo menos 600 milhões de pessoas são hipertensas em todo o mundo. Trata-se de um fator de risco de alta prevalência afetando aproximadamente 35% dos brasileiros. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, estando associada a 80% dos casos de acidente vascular cerebral (AVC) e a 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração.

A prevalência de HAS aumenta progressivamente com a idade e também está relacionada à cor da pele, história familiar de hipertensão e hábitos comportamentais. Mudanças no estilo de vida, tais como, realização de atividade física, perda de peso, redução da ingestão de sal e álcool, além de dieta rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras, contribuem para reduzir os níveis da pressão arterial (OMS,2014).

A pesquisa levanta a discussão e defini comportamentos relacionados a responsabilidades no adoecimento da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica, sendo seu objetivo mensurar a responsabilidade dos sujeitos portadores de H.A.S, evidenciando as sobreposições do perfil socioeconômico realizando uma co-relação aos fatores e condicionantes sociais de saúde. A pesquisa mensurou a percepção da consciência da responsabilidade do indivíduo frente a sua saúde e seu comportamento perante o processo da H.A.S, uma vez que em muitos casos a prevenção poderia ter evitado ou amenizado o adoecimento bem como suas comorbidades, e perante os resultados sugerimos estratégias que podem auxiliar na composição de políticas públicas que proporcionem qualidade de vida.

2. Revisão da Literatura

Os serviços de saúde utilizam diversas formas, metodologias que viabilizam o cuidado, sendo necessário inserir ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e a interação com usuários com distinção complexidade, o que segundo Paim (2002) caracteriza um modelo de atenção à saúde.

O crescimento das DCNT resultam em uma mudança no padrão do uso dos serviços de saúde e com isso um conseqüente aumento de gastos com a média e alta complexidade oferecidas pelo SUS, o que requer uma reflexão e de políticas de saúde a fim de melhorar a qualidade da atenção e do cuidado no sentido da garantir a integralidade na assistência. Controlar as DCNT passa a ser o grande desafio do século XXI em todo o mundo. Prevenir o seu aparecimento, bem como as complicações advindas dessas condições depende de uma série de fatores (BRASIL, 2017).

Conforme levantamento da OMS (2003) foram observados itens fundamentais para o controle das DCNT no mundo sendo estes: conforme a seguir como mudanças no sistema de saúde: que possam romper o modelo voltado a emergência de condições agudas para um modelo que priorize a prevenção e a necessidades do tratamento eficaz das condições crônica com ênfase na detecção precoce, prática de atividade física, redução do tabagismo e consumo de alimentos mais saudáveis. Estudos apontam a influência do meio no estilo de vida adotado pelas pessoas e que ter hábitos saudáveis não é uma escolha individual, mas também uma questão de oportunidade. Nota - que é cada vez mais difícil o sujeito fazer escolhas saudáveis.

Com a urbanização e a globalização a exposição a oferta de alimentos industrializados e a busca pela comodidade tem exposto a população a condições não saudáveis e a riscos de adoecimento aumentando a probabilidade das DCNT. O histórico brasileiro demonstra que políticas intervencionistas têm maior impacto sobre a população. O trabalho de prevenção e promoção de saúde, realizado pelos profissionais aparenta ser ineficaz uma vez que a política de governo não regula o mercado.

A OMS (2003) frisa que há uma forte relação entre determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, e os fatores de risco e prevalência das DCNT sendo essa relação direta entre DCNT e a vulnerabilidade socioeconômica faz com que, os menos abastados estejam mais propensos a desenvolverem doenças crônicas. Tal cenário gera um ciclo vicioso. Segundo Malta, Moraes Neto e Silva Junior (2011) fatores de risco como tabagismo, obesidade, má alimentação entre outros fatores gerados pelos determinantes são os responsáveis pela elevação significativa dos

índices das DCNT, assim como dos altos índices de hipertensão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, estando associada a 80% dos casos de acidente vascular cerebral (AVC) e a 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração. Há evidências suficientes de que, em indivíduos com níveis pressóricos normais, o aumento de 20 mm Hg na pressão sistólica e 10 mm Hg na pressão diastólica duplica o risco de morte por AVC e infarto do miocárdio (BRASIL, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019), pelo menos 600 milhões de pessoas são hipertensas em todo o mundo. Trata-se de um fator de risco de alta prevalência afetando aproximadamente 35% dos brasileiros. No Brasil, as doenças cardiovasculares respondem por uma das principais causas das internações hospitalares e cerca de um terço de todos os óbitos.

A prevalência de HAS aumenta progressivamente com a idade e também está relacionada à cor da pele, história familiar de hipertensão e hábitos comportamentais. Mudanças no estilo de vida, tais como, realização de atividade física, perda de peso, redução da ingestão de sal e álcool, além de dieta rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras, contribuem para reduzir os níveis da pressão arterial (OMS, 2014).

A função do sistema cardiovascular pode ser quantificada por meio de grandezas físicas. Uma destas é a pressão que o sangue exerce sobre a parede das grandes artérias, denominada pressão arterial. Alguns indivíduos desenvolvem, a partir de um determinado momento da vida, uma pressão arterial acima de certos valores aceitos como normais. A fisiopatologia desta elevação crônica da pressão arterial é uma temática muito complexa, até mesmo por não haver, ainda hoje, uma definição precisa de hipertensão arterial. (ZATTAR, 2013)

Segundo o Vigitel (BRASIL, 2017) o número de pessoas com diagnóstico de hipertensão no país cresceu 14,2% sendo que na última década ultrapassou os 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016. Sendo o sexo feminino, mais acometido, ultrapassando os índices de 25,2% para 27,5%, contra índices de 19,3% e 23,6% registrados entre homens (BRASIL, 2015).

O mesmo inquérito refere que a hipertensão arterial, demonstra que o indicador aumenta com a idade e é maior entre os que apresentam menor escolaridade. Apresenta - se entre 18 e 24 anos, o índice é de 4%. Já entre a faixa etária de 35 a 44 anos, o índice é de 19,1% e, entre os com idade de 55 a 64 anos, o número é de 49%. O maior registro ainda está na população com 65 anos ou mais, que apresenta índice de 64,2% (BRASIL, 2014).

Freitas e Mendes (2007) afirmam que as condições crônicas requerem ações e estratégias para lidar com as particularidades das DCNT e para enfrentar as mudanças no estilo de vida. Os sujeitos precisam adaptar-se em responsabilizar – se a realização dos cuidados específicos, sendo válido ressaltar que a condição crônica de saúde tem direção na prevenção e na autonomia, na perspectiva de ser saudável. Para tanto, o sujeito precisa ter acesso a bens e serviços, assim como aos determinantes sociais de saúde.

3. Metodologia

O presente trabalho foi desenvolvido através de um estudo qualitativo descritivo, que segundo Gil (2008), é “desenvolvida a partir de estudo para compreensão de objetos “em profundidade”, sendo-lhe atribuída a análise qualitativa das informações. O estudo qualitativo é realizado a partir de entrevistas individuais.

A análise de conteúdo será baseada no modelo de Bardin (2011) sendo esta técnica escolhida por avaliar de forma sistemática o corpo de texto de forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados “chave” que possibilitem uma comparação posterior. Esta análise permitiu a realização da categorização em função dos discursos repetidos ao longo dos resultados obtidos qualificando-os e ordenando-os por menção de importância uma vez que o trabalho colhe a subjetividade dos sujeitos.

Tal tipo de análise incide sobre mensagens variadas como obras literárias, artigos de jornais, documentos oficiais, programas áudios visuais, declarações políticas, atas de reuniões ou relatórios de entrevistas pouco diretivas. A escolha dos termos utilizados pelo emissor, a sua frequência e o seu modo de disposição, a construção do “discurso” e o seu desenvolvimento são fontes de informações a partir das quais o investigador tenta construir um conhecimento (BARDIN, 2011).

Quando utilizada essa técnica o pesquisador que busca a compreensão dos significados no contexto do discurso, e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais aprofundada do objeto em estudo. À medida que as informações obtidas são confrontadas com informações já existentes, pode-se chegar a uma pluralidade de novas informações, o que torna a análise de conteúdo um dos mais importantes instrumentos para a análise das comunicações de massa. É considerada uma técnica para o tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema (BARDIN, 2011).

Os participantes do estudo foram entrevistados através de um único instrumento que contempla as questões necessárias para desenvolver a sua dissertação. A amostra foi determinada por entrevistas em 03 unidades de saúde da atenção básica em saúde do município de Paulo Afonso, onde foram selecionados 20 usuários de cada unidade, totalizando uma amostra de 60 usuários e respeitando o índice de saturação, as unidades serão escolhidas considerando a distribuição de classes conforme extratos atualizados da classificação das diversas classes sociais e os critérios de condições sócio econômicas que são estabelecidas pela renda familiar conforme a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas – ABEP (2016), conforme quadro, sendo 01 classificada entre A e B2, 01 de classe entre C1 e C2 e 1 de classe D e E, respeitando os

critérios conforme a classificação de indicadores socioeconômicos regidas em território nacional e utilizadas em parâmetros nacionais.

A pesquisa foi submetida à Comissão de Ética da Universidade Federal do Vale do São Francisco e Plataforma Brasil em cumprimento as normativas vigentes expressas na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções CNS/MS 240/1997, 251/1997, 292/1999, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/05 e 347/05).

A pesquisa foi construída com base nos princípios éticos que regem pesquisas com seres humanos e antes de qualquer etapa, ela foi submetida ao Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas da UNIVASF e foi apreciada conforme os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) com aprovação no dia 27/05/2019 com o **registro CAAE 052648180300005196** na Plataforma Brasil.

A pesquisa teve desenho qualitativo não intervencionista, e como instrumento de coleta de dados, a entrevista. Ao se avaliar os riscos inerentes a esses instrumentos, foi salientado que, mesmo que mínimos, não se poderia desconsiderar a possibilidade de desconforto ao público-alvo ao responder certas questões, como refere Pessalacia (2006).

Os sujeitos da pesquisa que consentiram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, uma via ficou com o participante e outra com o pesquisador. No processo de consentimento esclarecido os participantes obtiveram esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, sobre a forma de participação, sobre a natureza da participação (com liberdade de desistência a qualquer momento da pesquisa e garantindo sigilo ao participante no estudo. O sigilo e a confidencialidade foram respeitados, inclusive com termo assinado pelos pesquisadores.

4. Resultados e Discussões

Ao analisar o apanhado do instrumento utilizado na coleta de dados, torna-se oportuno enfatizar que distintos são os fatores socioeconômicos relacionados aos sujeitos aqui caracterizados como usuários do SUS, avaliados na atenção primária em específico os acompanhados pelo programa Hiperdia. Tais fatores estão ligados diretamente com as particularidades dos entrevistados sendo eles: (idade, sexo e gênero, raça e ou etnia, necessidades especiais, estado civil, renda, escolaridade e permanência em anos na escola, conforme tabelas abaixo:

Tabela 1: Perfil dos sujeitos analisados. Perfil Socioeconômico. (Idade)

	20 30 anos	31 40 anos	41 50 anos	51 60 anos	61 70 anos	71 80 anos	+ 80 anos	Total
Nº	01	04	11	09	15	17	03	60
Usuários								

Fonte: pesquisa de campo.

Quanto a variável idade fica explícito que a idade média dos entrevistados fica entre os 51 e 60 anos, porém sendo de quantitativo mais expressivo em número maior presente na pesquisa a faixa etária dos 71 a 80 anos.

- **Tabela 2: Perfil dos sujeitos analisados. Perfil Socioeconômico. (Sexo- Gênero)**

Sexo	Masculino	Feminino	Total
Nº Usuários	14	46	60

Fonte: Pesquisa de campo.

Se tratando de gênero temos o número de mulheres quase 3 vezes maior do que de homens, o que reforça a idéia expressa em diversos trabalhos científicos do cuidado maior do gênero feminino com a saúde e principalmente com a prevenção de doenças. Evidenciando assim que ainda é difícil trazer o gênero oposto a realização da prevenção.

Tabela 3: Perfil dos sujeitos analisados. Perfil Socioeconômico. (Raça)

Raça	Branco	Negro	Pardo	Indígena	Não declarou	Total
Nº Usuários	15	09	34	01	01	60

Fonte: pesquisa de campo.

No tangente a raça, é notória a miscigenação existente na região com prevalência da população de cor parda, precedida de brancos em seguida de negros e de indígenas que expressam uma representação mínima.

Tabela 4: Perfil dos sujeitos analisados. Perfil Socioeconômico. (Portadores de Necessidades Especiais)

Necessidades/Especiais	Def. Mental	Def. Visual	Def. Auditiva	Def. Física
Nº Usuários	00	00	01	00

Fonte: pesquisa de campo.

Durante a pesquisa dentre o total de entrevistados se faz oportuno relatar a ocorrência de 1 usuário portador de necessidade especial sendo este portador de deficiência auditiva, trazendo um desafio ao pesquisador no tangente a comunicação.

Tabela 5: Perfil dos sujeitos analisados. Perfil Socioeconômico. (Estado Civil)

Estado Civil	Casados	Solteiros	Divorciados	Viúvos	Total:
Nº Usuários	23	20	06	11	60

Fonte: pesquisa de campo

Analisando a variável estado civil, percebemos pilares morais, sociais e antropológicos arraigados na formação dos sujeitos que expressam seus números maiores envoltos a formação familiar sendo “Casados” em sua maior expressão, seguido de solteiros, seguidos dos divorciados e por fim com número menor, mas não menos expressivo de viúvos.

Tabela 6: Perfil dos sujeitos analisados. Perfil Socioeconômico (Renda)

Renda Familiar	Classe A (20 Mil reais)	Classe B1 (9 Mil reais)	Classe B2 (4.852 Mil reais)	Classe C1 (2.705 Mil reais)	Classe C2 (1.625 Mil reais)	Classe D – E (768 reais)	Total:
Nº Usuários	00	00	01	04	35	20	60

Fonte: pesquisa de campo

Referente a renda observa-se que a maior parte dos entrevistados está dentro dos parâmetros da classe C2 sendo este de maior número, seguidos de número de usuários que vivem com renda respectiva a classe D e E, sendo precedidos pelo número bem menos expressivo das classes mais abastadas que seriam a classe C1 e B2 o que caracteriza que as classes mais abastadas não buscam os serviços públicos de saúde para acompanhamento da H.A.S.

Tabela 7: Perfil dos sujeitos analisados. Perfil Socioeconômico (Escolaridade)

Escolaridade	Ñ Frequentaram	F I	F II	Médio	Superior	Mestrado	Doutorado	Total:
Nº Usuários	05	25	07	21	02	00	00	60

Fonte: pesquisa de campo

Na análise da variável sobre grau de escolaridade podemos verificar que 8% dos entrevistados não tiveram acesso à escola, sendo que o número mais marcante com 41% foi de entrevistados que cursaram somente o ensino fundamental I, seguido de um número mediano de 39% que frequentaram o ensino médio, e o número menor com 4% teve seus anos escolares restritos até ao ensino fundamental II.

Tabela 8: Perfil dos sujeitos analisados. Perfil Socioeconômico (Permanência na Escola)

Tempo Escolar	Nenhum	1 a 4 anos	5 a 8 anos	9 ou + anos	Total:
Nº Usuários	05	17	16	22	60

Fonte: pesquisa de campo

Quanto a permanência de anos na escola fica clara que a média de anos cursados na escola fica em torno de 5 a 8 anos de acesso à educação.

Tabela 9: Perfil dos sujeitos analisados. Perfil Socioeconômico (Fatores relacionados ao processo de saúde X doença e agravos)

Fatores	Sim	Não	Total
Fumantes	22	38	60
Uso de bebidas Alcoólicas	16 * 01 (Etilista)	44	60
Você controla sua pressão	51	09	60
Pratica atividade física	20	40	60
Faz dieta específica	42	18	60
Redução de sal no cardápio	45	15	60
Consumo de sal	56	04	60
Usa outros temperos para temperar os alimentos	47	13	60
Restrição açúcar	24	36	60
Restrição gordura	33	27	60
Histórico Familiar com H.A.S	58	03	60
Usa Medicação	58	03	60
Melhora após início tratamento	58	03	60
Controla s H.A.S em unidade de saúde	45	15	60
Controla H.A.S em UBs	15	45	60
Controla H.A.S Hospital	45 *	15	60
Última consulta – 6 meses	54	06	60

Consciência Prevenção da H.A.S	26	34 *	60
Dificuldade dialogo com profissionais	08	52	60
Sentimento de culpa por ter adoecido	26	34*	60
Senso de responsabilidade em ter contribuído para o adoecimento ou agravamento da H.A.S	26	34*	60

Fonte: pesquisa de campo

Quanto as variáveis relacionadas ao processo de saúde e doença, após a análise fica claro a reação estreita dos determinantes de saúde com as variáveis socioeconômicas sendo relevante ressaltar que 100 % dos entrevistados são diagnosticados com H.A.S e acompanhados a no mínimo de 6 meses, diante disso a análise mostra que 91% dos sujeitos referiram controlar a pressão arterial, sendo que 25% deles refere praticar atividades físicas, 82% dos entrevistados referem fazer dieta específica para o controle da H.A.S, sendo que destes 85% tentam de alguma forma restringir ou diminuir o consumo de sal na alimentação, o que após responderem se consomem sal a resposta é contrária onde 96% relatam ainda fazer o consumo de sódio, deixando claro que a informação que os envolvidos tem sobre a relação do sódio com o aumento da pressão arterial não foi suficiente para efetivar a ação efetiva de cumprir com seu autocuidado, outra curiosidade é que 97% dos entrevistados referiram ter histórico familiar portanto tinham o conhecimento de que havia maior probabilidade e risco de adoecer, mesmo assim, não efetivaram seu auto cuidado, seguindo a análise é perceptível também que 98% dos sujeitos tomam medicação e relatam não se negligenciar neste aspecto por terem conhecimento de que podem agravar a doença e terem complicações se deixarem o tratamento, e que 82% deles recorrem ao hospital para atendimentos em busca do controle da pressão arterial o que reforça a falta de efetivação do autocuidado e a efetivação da prevenção das comorbidades na atenção básica.

Quando perguntamos sobre tempo na realização da última consulta 56% referem ter menos de 6 meses na realização da última consulta, sobre a variável referente a possuir dificuldades de diálogo com os profissionais da unidade básica de saúde somente 9% referiram ter dificuldade nesta relação, o que evidencia que todos os demais tem acesso a diálogo e informação sobre a doença ,o adoecimento e as possíveis comorbidades , bem como com a importância da realização do autocuidado que é a base do programa Hiperdia. Finalizando esta análise se faz importantíssimo refletir os seguintes resultados: quando indagados sobre possuir consciência sobre a existência da prevenção da H.A. S, 44% dos sujeitos afirmaram ter consciência de que poderiam prevenir ou ao menos prorrogar o aparecimento da patologia e 66% dos entrevistados confirmam o objetivo desta pesquisa uma vez que expressam a afirmativa de que não tinham consciência de que poderiam ter prevenido ou retardado o aparecimento da doença o que responde o objetivo desta pesquisa quando o mesmo percentual de 44% afirmam sentimento de culpa por não terem se cuidado mais contra 66% dos sujeitos que não sentem qualquer culpa uma vez que se quer tinham consciência de tal questão e para finalizar e endossar a nossa pergunta norteadora da pesquisa: quando questionados de como se sentiam frente a responsabilidade no processo de adoecimento 44 % se sentiam responsáveis e sabem de forma consciente terem contribuído para o adoecimento justamente por possuírem informação ,mas não terem executado o autocuidado com mais ênfase ou por terem iniciado este cuidado muito tarde, no viés contrário 66% dos sujeitos expressaram a afirmativa de não terem consciência de que haviam qualquer responsabilidade sobre o adoecimento, isso fica reforçado pela afirmativa anterior de que o mesmo percentual não sentia qualquer culpa em ter adoecido o que homologa a total isenção de responsabilidade neste processo, comprovando portanto que 66% dos sujeitos analisados não assumem a responsabilidade frente ao processo de adoecimento da H.A.S.

Nas categorias que se seguem esmiuçamos as relações destas percepções a partir da transcrição dos discursos reforçando o resultado encontrado.

Categoria I: relação educação e prevenção de doença

Esta categoria foi a primeira eleita frente a maioria das percepções ao se tratar do tema **Compreensão sobre prevenção de doença**. Ela surgiu principalmente como resposta da questão “**Na escola você aprendeu que era importante prevenir doenças?**”. Isso evidencia que 98% dos entrevistados percebem com clareza que a informação é bastante representativa na prevenção de doença, tendo a escola grande valia por disseminar este tipo de conhecimento.

Nesta oportunidade em sua maioria dos entrevistados o discurso reforça a idéia concluída acima com a descrição das transcrições abaixo:

“Saber que eu tenho que me cuidar eu sei! Aprendi isso na escola! Sei que se não fizer vou adoecer...!”
“A escola é a base! Quem não estudou, ou estudou menos tem mais prejuízo! Adoece mais, porque não sabe como se cuidar!” “A gente só sabe mais ou menos o que fazer porque viu algo na escola! Se não fosse isso acho que já cresceríamos desde pequenos doentes!”
“A escola e o que ela ensina é importante para tudo na vida, minha filha!”
“As coisas que aprendemos na escola nos ajudam a prevenir não só doenças, mas muitos outros problemas na vida!”
“É na escola que a gente aprende isso! Não tem como aprender direito se não for lá! Eu só queria ter estudado mais. Se tivesse ficado na escola tenho certeza que não estaria tão doente agora!”
“A escola é o único lugar que ensina a evitar doenças! Pena que eu não dei valor a isso! Me arrependo muito de não ter levado os estudos a sério!”.

Sendo sabedores de que a saúde é fruto da participação dos sujeitos na execução de seu autocuidado e que a informação é o instrumento que viabiliza a ação na busca pela melhoria da qualidade de vida e que esta ação evidencia os compromissos e responsabilidades do sujeito em favor de sua manutenção, percebemos que a escola é espaço de educação e de suma importância na promoção da saúde, pois a mesma exerce papel fundamental na formação do cidadão, efetivando a autonomia do sujeito, clarificando seus direitos e deveres, evidenciando as condições de saúde das populações, incentivando atitudes mais saudáveis. A educação promove às informações necessária ao desenvolvimento da consciência individual o que promove a efetivação e o desenvolvimento de hábitos saudáveis em forma de ação efetiva e isso proporciona e contribui na resolução de problemas pessoais e da coletividade (ETHEL et al., 2010).

Contribuindo com os discursos anteriores as percepções dos entrevistados endossam todos os achados anteriores:

“Eu sempre fui consciente de que na escola dão todas as informações sobre higiene, alimentação e hábitos saudáveis, e que muito disso me ajudou muito a evitar problemas de saúde não só para mim... mas para meus filhos e marido também!”

Diante do exposto nesta categoria fica nítido que há por parte dos entrevistados a clareza da importância da informação e da relação entre a educação e a prevenção de doenças, conforme discurso:

“Eu sei que a escola é importante, e que lá aprendi muita coisa, mas nunca parei para pensar que tudo aquilo poderia ter me ajudado a resolver problemas de saúde!”.

Brandão (1984), afirma que a educação e a informação promovida pela mesma favorecem a compreensão dos processos e em especial os de saúde e doença, além de facilitar a compreensão das condições de vida e saúde, e todos os seus determinantes.

“Na escola aprendi muita coisa sobre adoecer, e muita coisa me ajudou, mas como parei de estudar, o que poderia ter me ajudado mais acabei não vendo, e sei que me prejudiquei por isso!”.

Gomes e Merhy, (2011), corroboram neste sentido ressaltando que a escola deve ser promotora de informações na intenção de resultar em mudanças de seus hábitos e efetivando novos comportamentos na prevenção de uma série de doenças. O que fica explícito nos discursos que se segue:

“... sempre me cuidei, e tenho certeza que o que aprendi até me formar me favoreceu isso, sempre fiz atividade física, minha alimentação sempre foi saudável, mas eu nunca imaginei que mesmo me cuidando o fator genético poderia me proporcionar risco!” “ Ah... na escola tive toda a base para ter hábitos saudáveis e sempre me mantive o mais perto deles possível, mas como eu sou portadora de doença renal crônica, sabia que poderia ter Hipertensão, e por ter essa consciência me cuidei ainda mais...”

A educação escolar promove conhecimentos, e quando de qualidade é promotora do desenvolvimento de uma consciência crítica que resulta em ação, sendo essa ação o autocuidado da saúde e a prevenção de doenças (ETHEL et al., 2010).

“Eu acho que recebi todas as informações no período da escola, sei que tenho que me cuidar... por isso eu faço minha caminhada, tirei o sal da comida e em casa ninguém come comida gordurosa...!”.

Perfazendo a análise dos relatos conclui-se que a informação e a formação escolar têm influência direta na contribuição da formação do indivíduo fomentando o desenvolvimento de consciência individual e produzindo conduta de iniciativa

em cuidar-se o que promove mudanças de hábitos e melhoria da qualidade de vida. Ao mesmo tempo no viés contrário favorece a exposição da doença e ao aumento dos índices de adoecimento da população.

Categoria II: consciência do adoecimento

A segunda categoria surgiu da recorrência percepção do sujeito afirmar possuir informação necessária, mas na realidade não ter consciência de que poderia ter sua realidade modificada caso houvesse aplicado as informações na forma de ação que resultaria no seu autocuidado e conseqüentemente no não adoecimento ou na prevenção de comorbidades da H.A.S. A Realidade é um universo de muitas variáveis. Estas possibilitam inúmeras interpretações sendo que a realidade corresponde à compreensão de informações. De posse de informações os seres humanos, adquirimos a consciência, sendo ela individual e intransferível, porém que associada e real em vários indivíduos pode promover a consciência coletiva.

Essa categoria surgiu da questão norteadora: **“Enquanto sujeito responsável pelo seu auto cuidado você compreende que poderia ter evitado o adoecimento ou ao menos evitado suas complicações?”**

Faz - se necessário compreender que o conceito de consciência está ligado à princípios, crenças e sentimentos pessoais, que nos tornam indivíduos únicos; nos possibilitando termos personalidade própria que por vezes assume ou não seu compromisso com seu corpo e sua saúde.(DURKHEIM, 2001)

Os sujeitos têm o hábito de considerar que poderá sempre voltar para trás e recuperar outro caminho melhor quando toma uma decisão. Mas nem sempre isso é verídico. Os sujeitos escolhem caminhos de vida destruidores julgando que podem inverter o sentido e esquecem que existem caminhos que uma vez trilhados não conseguem retorno, ocasionando a sua autodestruição. Infelizmente muitos não possuem a consciência desta triste realidade.

Subcategoria II. I: consciência x responsabilidade

Não existe consciência antes da própria existência e isso implica na primeira proposição fundamental da existência humana. A consciência humana é doadora de sentido. Ter consciência das necessidades básicas, de se alimentar, por exemplo: do que sentimos, das necessidades do outro, de estar em contato com o outro, ter consciência de que uma atitude altera o todo, e que isso resulta em um sofrimento, que na maioria das vezes só se tem consciência de estar sofrendo. Não ocorre mudança sem que passemos por um momento de consciência, e o objetivo do cognitivo consciente é justamente esse: tornar-se consciente, daquilo, que somos, do que nós fazemos. Presume-se que vivendo adquirimos consciência da vida e das responsabilidades que temos. Não basta apenas ter consciência, é preciso junto a isso, se responsabilizar pela vida e conseqüentemente pelo nosso autocuidado, na garantia de termos qualidade de vida (LACAN, 1996)

“É angustiante ser responsável, isso implica em uma escolha que fiz, em uma escolha que não fiz, mas não sei se a culpa é minha! ”,

“Não foi eu que fiz isso comigo quem fez isso comigo foi a doença! A responsabilidade é dela! ”,

“Foi o destino que quis que eu adoecesse”, “era para ser assim”, “Eu não tenho qualquer responsabilidade nisso!”

“... deus quis! Eu não fiz nada! Então não me culpe! ””,

“...sou assim irresponsável porque nunca tive um pai! Nunca ninguém me ensinou que eu tinha que me cuidar nem se quer cuidar dos outros eu só fui vivendo! ”,

“ Eu nunca parei para pensar que eu tinha que me responsabilizar por mim! Um dia isso vai mudar e aí eu passo a cuidar de mim! ””,

“Não tenho tempo”,

Várias formas de se eximirem da responsabilidade são fugas, para o passado ou o futuro ou racionalizar, de assumir a responsabilidade, e somente aceitando essa condição que será possível a mudança, consciência sem responsabilidade, é um jogo intelectual de palavras, não há responsabilidade sem estar consciente e promovermos a mudança, porém nem sempre aceitamos a nossa responsabilidade, nem sempre queremos mudar, não é fácil ser o responsável pelo que sentimos ou fazemos, principalmente quando o que sentimos ou fazemos possa nos causar sofrimento.

“Já sabia! Mas achei que tinha que me cuidar só na velhice!”.

Responsabilidade é ação, é movimento, principalmente quando dizemos que temos consciência dos atos e atitudes, mas não aceitamos ou levamos isso em consideração quando se trata de uma doença, no entanto fugimos da responsabilidade, do engajamento e da mudança. Por isso consciência e responsabilidade são essenciais para a mudança, seja ela qual for, esses dois elementos têm que estar presente.

“ Desde pequena já me preocupava com isso, minha filha! Eu já cuidava da comida, dava minhas caminhadas, não bebia nem fumava, assumi o meu cuidado comigo! ”

“ ...sempre tive responsabilidade comigo! Tanto que olha aí, não preciso de medicação diariamente, só quando tenho os picos hipertensivos! ”

“... Me cuidei sempre! Imagine se eu não tivesse me cuidado! ”

Categoria III: responsabilização do sujeito frente ao processo de adoecimento da H.A.S

Esta categoria teve como base a seguinte pergunta norteadora: **Em uma escala de 0 (Zero) a 10 (Dez) o quanto está sendo sincero consigo em relação a tomar a responsabilidade pelas suas atitudes ?** Sendo extraídos os seguintes discursos transcritos:

“Acha que me cuido bem! Mas não sabia que iria ter que me responsabilizar pelo que adoeci agora! Me dou nota 10!”

Responsabilidade é um substantivo de origem no latim e que demonstra a qualidade do que é responsável, ou obrigação de responder por atos próprios ou alheios, ou por uma coisa confiada. O termo “responsabilidade” vem do “latim” *responsus*, ‘respondere’ que significa responder, ou prometer, garantir uma troca. Suas muitas derivações semânticas colocam a responsabilidade como termo que remete a garantia de algo, sendo uma forma de expressar segurança de quem garante. Contudo analisar o termo no contexto da pesquisa, que o indivíduo que introjeta a responsabilização, assume seu cuidado e garante sua segurança, suas escolhas suas decisões. (LACAN, 1996)

“Eu sou responsável por tudo que sou hoje, inclusive porque adoeci! Eu sabia que podia acontecer, mas eu tinha que me preocupar naquela época, com trabalho, com a família, com as contas, com os filhos e ai... o tempo passou! Mas eu sabia sim que podia adoecer! Só não fiz nada para mudar isso!”

Arendt (2004) reflete que a responsabilidade está ligada a consciência e à condição de formação do cidadão. Unida afirmação de que os indivíduos possuem a consciência discernindo o que a ele faz bem ou mal e que suas escolhas e decisões podem estar ligadas a presença ou ausência de consciência referente ao aspecto analisado.

“... tô pagando pelas minhas escolhas!” Não me cuidei e não posso mudar mais isso!”
“Eu sei bem o que me faz bem e o que me faz mal, por isso sei que assumi uma parcela de culpa ao adoecer! Foi minha responsabilidade!”
“Eu tenho consciência de que tinha risco de adoecer, por isso assumi minha responsabilidade e me cuidei!”
“A consciência da gente só pesa quando a gente já adoeceu! Ai a gente faz o tratamento porque entende que faltamos com a responsabilidade antes e agora temos que assumir! O medo nos obriga a isso! A gente morre se não assumir o cuidado e ai a responsabilidade surge quase como uma obrigação! Ou é isso ou piora tudo!”

A responsabilidade frequentemente é vista como uma forma de confiança, pois uma pessoa responsável é também confiável diante da expectativa de que cumprirá com as obrigações assumidas. Desta forma, desloca-se do foco o desejo do sujeito em tomar suas decisões e conviver com as escolhas que levarão a consequências que neste cenário poderão ser doenças ou comorbidades (Malta et. al, 2009).

“Eu não fui certo comigo mesma! E ai agora tô ai doente! Devia ser mais responsável, mas não parei para pensar em nenhum momento! Depois que adoeci foi que pensei que tudo poderia ser melhor na minha vida!”
“Agora é colher as consequências e correr atrás de não piorar, porque sei que se não fizer isso posso morrer!”
“... faltou eu assumir minhas obrigações comigo, mas eu achava que nunca ia acontecer comigo e ai nunca me cuidei!”
“Só me resta conviver com as consequências da doença e pedir a Deus ajuda para poder me cuidar!”

Na visão dos serviços de saúde os sujeitos que não buscam os recursos de saúde são considerados relapsos ignorantes ou não preocupados com seu bem-estar. Entretanto, na grande maioria dos casos trata-se de sujeitos cuja nossa pesquisa afirma que convivem diariamente com situações adversas, difíceis de serem revertidas sem auxílio da coletividade e do poder público.

5. Considerações Finais

A pesquisa desvelou através das percepções dos sujeitos entrevistados, levando em consideração o seu perfil socioeconômico e as diversas formas de compreender o grau de responsabilidade frente ao seu processo de adoecimento da H.A.S.

A partir disto, é possível afirmar que nos discursos colhidos há clareza na importância da relação informação e escola quando a contribuir na prevenção de doenças e na redução de suas comorbidades. Que no tangente ao acesso a esta informação há a clarificação de que os sujeitos que permaneceram por mais tempo na escola são dotados de mais informações e, portanto apresentam mais consciência de que o autocuidado é importante na prevenção da doença.

Referente à renda nitidamente se evidencia que conforme a amostra a maioria dos usuários do serviço público são

peças de classe social menos abastadas, evidenciando também limitações referentes a alimentação saudável com justificativa nos discursos de que a renda não permite a diversidade de alimentos em função de serem “caros” ficando a maioria destas famílias com dietas restritas a melhoria das comorbidades da doença, utilizando somente como possibilidade de cuidado a tentativa de restrição de sódio, açúcar e gorduras na alimentação o que não previne sozinho as comorbidades. Este fato caracteriza que a realidade alimentar preventiva da H.A.S está distante da realidade desses sujeitos.

Quanto a consciência os discursos refletem uma realidade de que para sua existência a consciência requer informação para promover então a sensibilização do sujeito, o que traz a este à luz da compreensão de que algo é preciso mudar, e assim permita a efetivação de uma ação que geralmente está intimamente ligada neste caso a mudança de hábitos e o desenvolvimento do autocuidado. A consciência que resulta em ação.

A ação é a efetivação da responsabilidade que nada mais é do que assumir os cuidados consigo a partir da consciência gerada pela informação de que prevenir é importante, e que do contrário consequências e prejuízos virão dia a mais ou dia a menos.

As análises evidenciaram que a consciência está na maioria deles dissociada do indivíduo e que por vezes totalmente afastada da informação e perante isso diversas fugas e desculpas surgem para justificar a total omissão desta responsabilidade. Essas desculpas estão intimamente relacionadas com os indicadores sociais de saúde como acesso a emprego, portanto a remuneração suficiente para suprir todas as necessidades não só consigo, mas com a família toda, com a falta de tempo para a realização de atividade física entre outros determinantes desta relação em função de repetições de comportamentos da população analisada.

A clarificação desta pesquisa vem dos discursos extraídos dos sujeitos e estes trazem a afirmativa de que a consciência é a soma da informação sobre prevenção mais o fato do acesso a esta informação trazendo sensibilização ao sujeito e com isso o indivíduo muda de comportamento frente a compreensão do risco o que promove o auto cuidado onde há a introjeção da efetivação da responsabilidade consigo.

Perante os dados e discursos tratados nesta pesquisa, concluímos que os sujeitos analisados em sua maioria estão distantes e dissociados de assumir sua responsabilidade frente ao adoecimento da H.A.S, não expressando conhecimento para tal nem se quer qualquer sensação de culpa pelo adoecimento caracterizando que de fato estamos nos eximindo de arcar com este autocuidado, o que impulsiona os índices de adoecimento onde os indivíduos transferem para quaisquer que sejam culpados uma responsabilidade que na verdade é do sujeito o que responde a proposta desta pesquisa.

Os resultados qualitativos desta pesquisa mostram a relevância da mesma, uma vez que esta poderá servir de subsídio de base para outras possíveis novas pesquisas a respeito da temática, assim como direcionar os gestores e as discussões para no auxílio de novas políticas públicas com direitos e deveres destes sujeitos mais bem definidos de forma a responsabilizá-los legalmente pela omissão e descuido consigo, o que já é previsto em lei através da lei nº 8.080- 90 que estabelece a assistência do Sistema único de Saúde e diz: “Saúde é um direito de todos e dever do Estado, mas não exige o indivíduo, a família e a sociedade em manter- se saudável!”, reduzindo assim os altos custos não somente da H.A.S, mas também das DCNT no país.

Referências

- BARDIN, Laurece. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.
- BARROS, M. B. A. et al. **Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil**, PNAD-2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4., 2006
- BRASIL. **Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: Brasil. Rio de Janeiro, 2015..
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017..
- DURKHEIM, E. **Da divisão do trabalho social**. WMF Martins Fontes, São Paulo, 2010.
- ETHEL, L. et al. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da Saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, mar, 2010.
- FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. **Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto**. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 15, n. 4, 2007.
- LACAN, J. (1966) "**La science et la vérité**" e "Intervention sur le transfert", in *Écrits*, Paris: Seuil.
- _____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014
- _____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**, 2010.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle das Doenças Crônicas**. Washington: [s.n],2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano estratégico da Organização Pan Americana de Saúde, 2014-2019**. Washington, DC, 2014

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OMS, 2013

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OMS, 2014

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OMS, 2019

PAIM, J. S. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção à saúde**. In: Paim, J. S. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: COOPTECISC,2002.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, 2011a. Disponível em: Acesso em: 2 mar.2018.

_____. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília,2015.

_____. **Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília,2016.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília,2017.

ZATTAR, L. C.; BOING, A. F.; GLEHL, M. W. C.; ORSI, E. **Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil** Prevalence and factors associated with high blood pressure, awareness, and treatment among elderly. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 3, p. 507-521, 2013.