

Pacientes em Condições Crônicas de Saúde Cotidiano de Cuidado Domiciliar

Andressa da Silveira¹, Natalia Barrionuevo Favero², Júlia Heinz da Silva³
Daniele Prochinski Rodrigues⁴, Ana Paula Castro Caurio⁵

RESUMO

Objetivou-se descrever o cuidado domiciliar no cotidiano de pacientes que vivem em condições crônicas de saúde. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo, exploratório e documental. A coleta de dados foi mediada pela entrevista semiestruturada, gravada em mídia digital, com 15 participantes, e diário de campo. As enunciações foram analisadas a partir da categorização temática. As mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares, uso de medicações, controle de glicemia e pressão arterial estão presentes no cotidiano de cuidado dos pacientes que vivem em condições crônicas de saúde. O cotidiano de cuidado é permeado pela necessidade da mudança de hábitos para a melhoria das condições de saúde. A enfermagem e a equipe interdisciplinar devem realizar atividades voltadas para o cuidado no cotidiano, promovendo momentos de reflexão, escuta sensível, valorização dos sujeitos e participação que refletirá no comprometimento e adoção de hábitos saudáveis.

Palavras-chave: Doença crônica. Enfermagem. Atenção primária à saúde.

PATIENTS IN CHRONIC HEALTH CONDITIONS: DAILY HOME CARE

ABSTRACT

To describe home care in the daily life of patients living in chronic health conditions. A qualitative, descriptive, exploratory and documentary study. The data collection was mediated through the semi-structured interview, recorded in digital media, with 15 participants. The enunciations were analyzed from the thematic categorization. Changes in lifestyle, eating habits, medication intake and glycemic control and blood pressure are exalted in the daily care of patients living in chronic conditions. The daily life of these patients is permeated by the need for change to improve health conditions. Nursing and the interdisciplinary team should carry out activities aimed at daily care, promoting moments of reflection, sensitive listening, appreciation of the subjects and participation that will reflect in the commitment and adoption of healthy habits.

Keywords: Chronic disease. Nursing. Primary health care.

Recebido em: 19/11/2017

Aceito em: 22/4/2019

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em Saúde do Adolescente. Especialista em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões (UFSM). andressadasilveira@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). nathybf@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). juheinzs@gmail.com

⁴ Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana (Unipampa). danielleprochinski@hotmail.com

⁵ Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana (Unipampa). anapaulacaurio@gmail.com

INTRODUÇÃO

A população mundial vivencia transformações no perfil de morbimortalidade, marcado pelo aumento progressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), impulsionadas pelos efeitos da globalização, do comércio, da rápida urbanização e do aumento da expectativa de vida da população (WHO, 2014). As DCNTs são um dos principais desafios de saúde pública e desenvolvimento do século 21, tanto em termos de sofrimento humano quanto dos danos que infligem na situação socioeconômica dos países (MIRANDA *et al.*, 2016).

Entre as DCNTs destaca-se o Diabetes *Melittus* (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos brasileiros. Essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com doenças crônicas submetidas a tratamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BONETTI; SILVA; TRENTINI, 2013).

O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) constitui um programa de acompanhamento de pacientes com HAS e DM, em que os profissionais da saúde são responsáveis pelo atendimento e preenchimento de dados (SILVA *et al.*, 2017; CARVALHO; NOGUEIRA; MEDINA, 2014). O Hiperdia visa ao monitoramento dos usuários captados no Plano Nacional de Reorientação da Atenção à HAS e ao DM e à geração de informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos. Abrange, ainda, um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento (BARBOSA *et al.*, 2016).

No Sul do Brasil, entre 2012 e 2013 foram inseridos 6.703 novos casos no Hiperdia (BRASIL, 2015; DATASUS, 2016). Dessa forma, acredita-se que o aumento de doenças crônicas influencia na qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias. As mudanças permanentes que elas ocasionam e que se prolongam no decorrer da vida fazem com que o indivíduo precise adaptar-se a uma nova condição de saúde, impactando seu cotidiano e relações com as redes sociais que estabelece (BONETTI; SILVA; TRENTINI, 2013).

De acordo com Oliveira e Ferreira (2013), a Estratégia Saúde da Família (ESF), que propõe a reorganização da atenção primária à saúde e a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser uma grande aliada das pessoas com DCNT, auxiliando no processo de conviver com condições crô-

cas. O cuidado de enfermagem na ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de maneira integral e continuada.

As práticas de cuidado no cotidiano são evidenciadas por Lacerda (2015), como aquelas que acontecem no dia a dia, em que os indivíduos consolidam seus hábitos de vida. Destaca-se a importância do cuidado por meio da instrumentalização e orientação, a fim de que as pessoas que vivem em condições crônicas de saúde possam desenvolver seu autocuidado. A instrumentalização para o cuidado deve ser supervisionada pelo serviço de saúde e articulação das redes, garantindo a integralidade e continuidade da assistência aos indivíduos.

Diante do aumento significativo das DCNTs no Brasil, que refletiram na expectativa e qualidade de vida da população, este estudo objetiva descrever o cuidado domiciliar no cotidiano de pacientes que vivem em condições crônicas de saúde.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, com caráter descritivo, exploratório e documental. O cenário do estudo foi o domicílio de pacientes que vivem em condições crônicas de saúde, cadastrados no Hiperdia de uma ESF localizada na cidade de Uruguaiana, que faz fronteira entre Brasil e Argentina, no Rio Grande do Sul.

Na ESF existem 413 prontuários de usuários cadastrados no Hiperdia. Para esta pesquisa visitou-se a ESF nos meses de outubro de 2014 até janeiro de 2015, a fim de identificar os usuários que faziam acompanhamento no serviço de saúde regularmente. Como critério de inclusão foram considerados os usuários com HAS e DM, que participassem do Hiperdia na ESF, que apresentassem prontuário completo, com condições cognitivas e verbais. Foram excluídos os usuários que não eram assíduos no Hiperdia, ou seja, que tivessem duas faltas consecutivas.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, gravada em mídia digital e anotações em diário de campo. Para a operacionalização da coleta de dados organizou-se da seguinte forma: ao término das consultas do Hiperdia os usuários que correspondiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa e, para aqueles que aceitassem o convite, foi agendada visita domiciliar.

O corpus do estudo foi composto por 15 entrevistas, desenvolvidas por duas acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem. Elas realizaram a coleta de dados em dupla, em que uma tinha a função de anotar as observações no diário de campo e a outra

deveria desenvolver a entrevista semiestruturada. A fim de manter o cuidado ético de preservar o anonimato e sigilo dos participantes, estes foram identificados pela letra “P” referente a “participante”, seguida do número ordinal e sequencial das entrevistas.

A análise das enunciações foi desenvolvida a partir da análise temática de Minayo (2014) composta por três etapas, descritas a seguir: 1) pré-análise: compreendeu leitura flutuante, constituição do corpus textual, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos; 2) exploração do material: o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo das falas foram organizados; 3) tratamento dos resultados e a interpretação: na qual foram realizadas inferências e interpretações, correlacionando-as com o quadro teórico.

O estudo foi registrado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pampa com o parecer número: 22087113.7.0000.5323 e seguiu os aspectos éticos previstos para a pesquisa com seres humanos descritos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Optou-se pela descrição bio-sociodemográfica para apresentar a caracterização dos participantes do estudo. Quanto ao gênero, 53% são do sexo feminino e 47% do sexo masculino. Em relação ao estado civil, 73% são casados, 13% viúvos, 7% solteiros e 7% divorciados.

Sobre a escolaridade, 47% possuem Ensino Fundamental completo, 33% Ensino Fundamental incompleto, 13% Ensino Médio completo, 7% Ensino Superior completo. A respeito das informações ocupação/atividades/trabalho 40% são aposentados, 33% são do lar, 27% estão inseridos no mercado de trabalho. Quanto à renda, 40% recebem até um salário mínimo, 33% até três salários mínimos, 20% têm renda superior a três salários mínimos e 7% afirmaram não possuir fonte de renda.

No que respeita às condições de saúde dos participantes, 70% vivem em condições crônicas de saúde há mais de um ano e 30% há menos de seis meses. Ressalte-se que todos os participantes afirmaram fazer uso de medicamentos diariamente, com ênfase nos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e diuréticos.

A partir da leitura das enunciações, transcrição e análise de conteúdo temática, agruparam-se as informações por convergências de ideias, resultando em

duas categorias temáticas denominadas: “Cotidiano do paciente hipertenso e diabético no espaço domiciliar” e “Aspectos culturais e a mudança de hábitos alimentares”.

Cotidiano do Paciente Hipertenso e Diabético no Espaço Domiciliar

Os pacientes sabem de sua condição de saúde e apresentam aspectos relevantes do seu cotidiano. Este é evidenciado por estratégias de cuidado como a utilização de medicamentos e o controle da dieta alimentar. Além disso, percebe-se que os aspectos culturais, muitas vezes, sobrepõem-se aos cuidados, crenças e até mesmo limitações.

[...] Eu acordo tomo o meu banho, depois eu faço o meu café... [...] (P2).

[...]Eu acordo e a primeira coisa de manhã, vou beber um golezinho [pouquinho] de iogurte e fazer a insulina... (P3).

Tomo chimarrão [bebida típica do Rio Grande do Sul feita com erva-mate e água quente], depois tomo café... E aí, tomo os medicamentos... Ah, e como pimenta... A pimenta é que está ajudando muito para baixar a glicose... (P4).

Tomo café de manhã... Depois do chimarrão... [bebida típica do Rio Grande do Sul feita com erva-mate e água quente]. E eu gosto muito do chimarrão! (P5).

Tomo o meu remédio que eu tenho que tomar em jejum, pra tireoide, pois eu tenho alteração de tireoide e diabetes. Eu tomo às vezes um comprimidinho pra pressão... (P6).

Faz anos já que eu me cuido, né?! Por causa do diabetes e da hipertensão (P8).

Tomo remédio todo dia. Todo dia eu tomo! (P9).

[...] Eu não iria no posto, porque eu estou bem, eu me sinto bem, né!? E os remédios tô tomando... [...] E eu sei quando é psicologicamente e quando eu tenho que tomar eu tomo... [paciente afirma irregularidade no uso de medicamentos] (P10).

Tem que se cuidar, de manhã, de meio-dia e de noite [...] Pouco sal na comida e açúcar também! (P13).

Gordura eu nunca mais comi, nem doce, nem nada! Sabe que não me dá vontade? (P15).

Estes pacientes sabem da necessidade de cuidados em prol da melhoria de sua condição de saúde. O controle da pressão arterial e dos níveis glicêmicos

são estratégias de cuidado. Os pacientes direcionam-se à unidade de saúde para realização do hemoglicoteste (HGT) e para aferir a pressão arterial. Nas enunciações, são mencionadas as orientações recebidas por médicos e enfermeiros.

[...] Eu vou duas vezes ali no posto... É... duas vezes na semana... Era pra mim ir todos os dias, mas não tem por quê! (P4).

[...] As gurias ali no posto [enfermeira e técnica de enfermagem] eu vou ali e aí elas já me cobram eu quero lhe ver amanhã aqui! Com a médica, ela acompanha quase que mensal ali se tá dentro do parâmetro graças a Deus! (P7).

Ali do posto, eles vêm e verificam o diabetes [glicose], aqui em casa e tudo! E a pressão também eles vêm aqui. Uma ou duas vezes na semana. [...] O enfermeiro, o médico vêm aí... (P8).

Orientação eu recebo dos médicos! (P9).

A orientação que eu recebi foi do médico [...] Que é pra mim não comer sal e não comer muito açúcar. (P10).

Ele [referindo-se ao médico] disse que é pra mim procurar (nome do hospital) e qualquer coisa que vá lá ligar pra ele, ele já sabe o meu problema, já avisou até meu filho [...] (P12).

As enfermeiras ali do posto! Elas explicam bastante... (P13).

Os participantes do estudo evidenciaram as orientações recebidas e que a ESF por meio da equipe de enfermagem e do médico, profissionais com quem possuem vínculo. Esse também é construído na avaliação do paciente, na triagem e durante as consultas.

Aspectos Culturais e a Mudança de Hábitos Alimentares

A dieta alimentar e os aspectos culturais são fatores que influenciam diretamente a saúde dos pacientes que vivem em condições crônicas de saúde. Nas falas a seguir os pacientes relatam suas preferências e as dificuldades de incorporarem novos hábitos alimentares.

Alimentação pra mim é boa, ela me faz bem... Por que eu andava comendo calabresa no feijão assim... Pucherinho [prato típico no Rio Grande do Sul], e agora eu senti que a calabresa está me fazendo mal! (P1).

Mas eu gosto de polenta... Ela é aquela que já vem pronta, ah coloco molho... Não é muito forte... Então pega um guisado [carne moída] com

queijo e molho, eu como... Calabresa eu como só no feijão... Eu faço feijão... É forte, mas é bom! (P2).

[...] A coisa não é dizer que é controlada mesmo, não é?! Sou uma pessoa que gosta de comer bem! Gosto de passar bem... Gosto muito da carne! (P3).

Mas tudo diet, nada com açúcar e eu tenho açúcar mascavo, nem uso... Uso adoçante! (P4).

Domingo fizemos churrasco, mas é no forno e nada de gordura, é bem magrinho... Às vezes vem uma carinha de fora meio gordinha [carne gordurosa]... Se tem um pedacinho eu como, se não tem, eu como minha carne... E gosto muito de frango assado, como sem a pele. [...] (P5).

Difícilmente eu faço lanche, eu estou agindo errado nesse sentido... Porque o café da manhã tem que ser como rei, e o almoço médio e a janta como mendigo... Salada é diária e bastante... Alface não pode faltar, tomate, pimentão, cebola, repolho, isso é sagrado! É diário! (P7).

Na gordura não abusar, sinceramente ele [médico] me disse não come açúcar, não come sal, não come muito e só! Mas eu fui criado comendo churrasco [...] Agora é horrível, mas eu tenho cuidado pra não comer as coisas, pra não comer comida gorda, não como assim... Gordura... Nada! Nada! (P8).

Isso do diabetes eu “tomo pouco açúcar”, eu tomo aquele adoçante, eu não consumo açúcar, a gente se cuida, né!? E pouco sal também! (P9).

O que eu diminuí foi a quantidade de açúcar de tarde e de noite. De manhã tomo café e coloco açúcar e um pouquinho de doce depois do almoço e de noite não como nada, nada de doce! (P10).

Eu como pouco sal e açúcar [...] Eu tomo café aqui na cama mesmo, com pouco açúcar e depois como pouco (P11).

A gente vai no doutor ele diz não pode comer isso, não pode comer aquilo [...] Eu que tenho que me cuidar! (P14).

O fato de os participantes pertencerem à região de fronteira entre o Brasil e a Argentina favorece o consumo de carnes vermelhas e alimentos que fazem parte da cultura local. Para que ocorra a mudança de hábitos é necessária a redução da ingestão de açúcares, gorduras e sódio. Na perspectiva dos pacientes a restrição alimentar é uma alternativa benéfica para seu cotidiano de cuidado.

DISCUSSÃO

Os pacientes asseguram que desenvolvem seus próprios cuidados diários, este cuidado é significado por meio da utilização de medicamentos e com hábitos de vida para a manutenção da condição de saúde. Mesmo cientes da importância do tratamento, contudo, ainda é possível identificar que nem todos aderem ao tratamento de forma regular. Este aspecto já foi evidenciado em outro estudo realizado com 52 indivíduos com DCNT, em que 37% não aderiam ao tratamento medicamentoso ou cometeram algum erro em relação ao uso do medicamento prescrito (CAIXETA *et al.*, 2016).

Os pacientes reconhecem que a terapia medicamentosa e a alimentação adequada são benéficas de alguma forma para sua condição de saúde, mas mesmo diante deste conhecimento e do saber diagnóstico, ainda existe a falta de rotina em relação à assiduidade e uso adequado de medicamentos, assim como a alimentação saudável, ficando claro que há falha no preparo para o autocuidado desta população (SILVA *et al.*, 2016; OLLER *et al.*, 2016). Isso mostra a complexidade que envolve o tratamento de doenças crônicas e o quão importante e necessário é adotar novas estratégias (COSTA *et al.*, 2016), espaços para a dialogicidade entre portador da doença/família/equipe de saúde, com linguagem clara e acessível, para que haja conscientização efetiva do usuário da atenção primária no que diz respeito a sua saúde.

Existem vários fatores determinantes para a não adesão ou baixa adesão ao tratamento, prevalecendo questões como: baixa condição financeira; baixo nível de escolaridade; esquecimento dos medicamentos e o insuficiente nível de conhecimento sobre a doença e regime terapêutico (VIANA *et al.*, 2016). Nesse sentido, as atividades educativas surgem como um aspecto fundamental do cuidado, presenciadas entre profissional de saúde e paciente, o que pode auxiliar na promoção da qualidade de vida. Desde o início do diagnóstico pacientes e seus familiares devem buscar conhecimento e habilidades necessárias para o autocuidado (SOCIEDADE..., 2016).

Deste modo, acredita-se que para o convívio com a doença crônica ao longo da vida e a manutenção das condições de saúde é imprescindível que o paciente tenha conhecimento das medidas de controle e dos benefícios que são gerados para sua condição de saúde. A aceitação da doença e a modificação no estilo de vida do indivíduo requerem reflexão para a adoção de novos comportamentos.

O diagnóstico de uma doença crônica, na maioria das vezes, modifica profundamente a vida do paciente e pode ocasionar desespero diante da percepção do controle acerca da própria vida, o que diminui sua potência para agir e pensar. Essa situação leva as pessoas a necessitarem de cuidado integral de saúde, envolvendo os aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos, entre outros. É muito importante que os profissionais de saúde estejam qualificados para capacitar e motivar o indivíduo para as melhores escolhas, a fim de que este desenvolva o autocuidado (SOUZA *et al.*, 2014).

Assim, os profissionais de saúde devem ser referência, tanto para orientações quanto para esclarecimentos aos pacientes com doenças crônicas. Estudo revelou que os sujeitos têm restrições a aderir às orientações dos profissionais de saúde, pela dificuldade em compreensão de como desenvolver seu cuidado de forma autônoma (SOUZA *et al.*, 2014). Os profissionais da saúde, na condição de equipe multidisciplinar, enfrentam o desafio de adotar uma postura que seja receptiva aos pacientes em condições crônicas, a fim de que as orientações sejam frequentes e de que haja resultados benéficos para a melhoria da saúde dos usuários em geral.

Destaca-se a educação em saúde como estratégia para a adesão ao tratamento, efetividade das ações em grupo e atuação multidisciplinar. E, ainda, trabalhar em prol da responsabilidade compartilhada, favorecendo a autonomia dos pacientes (SERRA-BULHO *et al.*, 2015). Assim, a educação em saúde se constitui a base para o manejo e o domínio das enfermidades para o paciente (PETERMANN *et al.*, 2015; BRASIL, 2001).

O estilo de vida e o desenvolvimento de novos hábitos diários são fatores que impactam na saúde dos indivíduos que vivem em condições crônicas de saúde (BERNAL *et al.*, 2016). Tratando-se de HAS e DM as mudanças alimentares são essenciais para obtenção de melhoria das condições de saúde. Estudo desenvolvido com pacientes hipertensos e diabéticos revela que os hábitos alimentares se sobrepõem em relação aos cuidados que deveriam manter para o controle adequado da doença. No mesmo estudo, os participantes reconhecem que para continuar vivendo bem é preciso modificar os hábitos alimentares (SOARES *et al.*, 2016).

A continuidade no tratamento de HAS e DM inclui a mudança no estilo de vida, adesão ao tratamento medicamentoso, mostrando-se de grande importância a consciência das condutas orientadas quantos aos hábitos alimentares e atividades físicas. As com-

plicações de saúde, psicossociais e redução da qualidade de vida são as principais causas da baixa adesão ao tratamento, de redução do benefício clínico e controle dessas patologias (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Desse modo, o estudo evidencia que o cotidiano de cuidado dos pacientes que vivem em condições crônicas de saúde é repleto de cuidados restritivos, representados pela dieta alimentar, controle da pressão arterial e dos níveis de glicose. O dia a dia desses pacientes é permeado pela necessidade da mudança de hábitos para a melhoria das condições de saúde.

Quanto às limitações do estudo, destaca-se a escassez de informações nos prontuários sobre os hábitos de vida, histórico de saúde e a realização de exame físico com os participantes.

CONCLUSÃO

A adesão ao tratamento medicamentoso e a mudança de hábitos alimentares têm influência dos aspectos culturais e regionais, representados pelo consumo do chimarrão, carne vermelha gordurosa, excesso de sal e açúcar presente na dieta alimentar.

A procura pelo serviço de saúde está associada ao controle dos níveis pressóricos e hemoglicoteste, participação no Hiperdia, busca por orientações desenvolvidas sumariamente por médicos e enfermeiras. Destaca-se o papel preponderante da enfermagem quanto ao cuidado, orientações e vínculo com essa população.

O desenvolvimento deste estudo contribui para o processo de formação do enfermeiro, em que a visita domiciliar e a inserção no ambiente em que o paciente vive são facilitadores para o vínculo entre enfermagem e usuário. No que se relaciona aos aspectos científicos, acredita-se que são fundamentais estudos que tragam o cotidiano de cuidado por referir o modo de vida e os hábitos das pessoas. O olhar qualitativo e a possibilidade de dar voz a esses participantes demonstra o quanto aquilo que eles acreditam, pensam e fazem reflete em sua condição de saúde.

Por fim, a ESF tem papel fundamental neste estudo, sobretudo a enfermagem, no respeito ao vínculo com esses pacientes. Recomenda-se que a enfermagem e a equipe interdisciplinar incentivem a realização de atividades voltadas para o cuidado no cotidiano, promovendo momentos de reflexão, escuta sensível, valorização dos sujeitos e participação ativa, que refletirão no comprometimento e adoção de hábitos saudáveis.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, M. S. *et al.* Cuidados em saúde desenvolvidos por pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Enferm. Ufpe, on-line*, Pernambuco, v. 10, n. 5, p. 1.739-1.748, 2016.
- BERNAL, R. T. *et al.* Método de projeção de indicadores das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal. *Epidemiol. Serv. Saúde*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 455-466, 2016.
- BONETTI, A.; SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. O. Método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 179-83, 2013.
- BRASIL. IBGE. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude. Acesso em: jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus. Brasília, 2001. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 26 mar. 2015.
- CAIXETA, N. C. *et al.* Modo de uso dos medicamentos de portadores de doenças crônicas acompanhadas pelas equipes da estratégia de saúde da família de um município mineiro. *Cinergis*, Santa Catarina, v. 18, n. 1, p. 403-407, 2016.
- CARVALHO, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 265-278, 2014.
- COSTA, L. A. *et al.* Percepções de uma comunidade ribeirinha residente no Passo do Lontra acerca da hipertensão arterial sistêmica: uma abordagem transcultural. CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., ATLAS CIAIQ. Porto, Portugal, 2016. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/748/735>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- DATASUS. Ministério da Saúde. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?hiperdia/cnv/hdrs.def>. Acesso em: 14 nov. 2016.
- LACERDA, M. R. Brevidades sobre o cuidado domiciliar. *Rev. Enferm.*, Santa Maria, RS: UFSM, v. 5, n. 2, p. 1-2, 2015.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MIRANDA, A. K. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis em usuários de um programa de atividade física de São Luís-MA, Brasil. *Hygeia*, Uberlândia, v. 12, n. 23, p. 100-10, 2016.

- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, São Paulo, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013.
- OLLER, G. A. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. *Arq. Ciên. Saúde*, on-line, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 76-80, 2016.
- PETERMANN, X. B. *et al.* Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. *Saúde*, Santa Maria, RS, n. 41, p. 1-8, 2015.
- SERRABULHO, L. *et al.* A educação para a saúde nos jovens com diabetes Tipo 1. *Psicol. Saúde Doenças*, Portugal, v. 16, n. 1, p. 70-85, 2015.
- SILVA, A. P. *et al.* Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.*, on-line, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4.047-4.055, 2016.
- SILVA, K. *et al.* Ações extensionistas com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: relato de experiência. *Distúrb. Comun.*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 743-748, 2017.
- SOARES, W. D. *et al.* Estado nutricional em idosos com doenças crônicas não transmissíveis. *Revist. Port.: Saúde e Sociedade*, Portugal, v. 1, n. 2, p. 146-155, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016*. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2016.
- SOUZA, I. A. *et al.* Autocuidado na percepção de pessoas com hanseníase sob a ótica da complexidade. *Esc. Anna Nery, Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 510-514, 2014.
- VASCONCELOS, S. M. *et al.* Insegurança alimentar em domicílios de indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes. *Int. J. Cardiovasc. Sci.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 114-121, 2015.
- VIANA, S. D. *et al.* Estado nutricional, consumo alimentar e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: um relato de experiência de uma feira de saúde. *Am. J. Lifestyle Med.*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 13-33, 2016.
- WHO. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: World Health Organization, 2014. 298p.