



**PESQUISA**

***Conhecimento de pacientes de um hospital público sobre doença cardiovascular***

***Knowledge of patients at a public hospital about cardiovascular disease***

***Conocimiento de los pacientes de un hospital público sobre enfermedades cardiovasculares***

Ariane Freire Oliveira<sup>1</sup>, Francisca Cecília Viana Rocha<sup>2</sup>, João Victor Alves Oliveira<sup>3</sup>, Saraí de Brito Cardoso<sup>4</sup>,  
Ivonizete Pires Ribeiro<sup>5</sup>, Herica Emilia Félix de Carvalho

**RESUMO**

**Objetivo:** Analisar o conhecimento dos pacientes sobre a doença cardiovascular. **Métodos:** Pesquisa qualitativa descritiva, realizada em um hospital na região Nordeste do Brasil, nos meses de agosto e setembro de 2019, por meio de entrevistas. **Resultados:** Foram entrevistados 20 participantes e, através dos seus discursos, emergiram duas categorias temáticas: O desconhecimento sobre sua doença do coração e da veia e a busca pela consulta e o uso de medicação como dificuldade para seguir o tratamento. O estudo aponta que os pacientes não possuem conhecimento sobre suas patologias, sobre o tratamento e apresentam dificuldades para adquirir as medicações e frequentar as consultas de rotina. **Conclusão:** A falta de conhecimento interfere no tratamento eficaz, o que agrava no quadro clínico do paciente, assim, causando internações prolongadas, amputações ou até mesmo óbito. Deste modo, impactando diretamente na economia brasileira, já que os custos para esses tratamentos são altíssimos.

**Descritores:** Doenças Cardiovasculares; Doenças não Transmissíveis; Conhecimento.

**ABSTRACT**

**Objective:** To analyze patients' knowledge about cardiovascular disease. **Methods:** Descriptive qualitative research, carried out in a hospital in the Northeast region of Brazil, in the months of August and September 2019, through interviews. **Results:** 20 participants were interviewed and, through their speeches, two thematic categories emerged: Lack of knowledge about their heart and vein disease; and the search for consultation and the use of medication as difficulties in following the treatment. The study points out that patients do not have knowledge about their pathologies or treatment and have difficulties acquiring medications and attending routine appointments. **Conclusion:** Lack of knowledge interferes with ineffective treatment, which worsens the patient's clinical condition, thus causing prolonged hospitalizations, amputations or even death. Therefore, directly impacting the Brazilian economy, as the costs for these treatments are extremely high.

**Descriptors:** Cardiovascular Diseases; Noncommunicable Diseases; Knowledge.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad cardiovascular. **Métodos:** Investigación cualitativa descriptiva, realizada en un hospital de la región Nordeste de Brasil, en los meses de agosto y septiembre de 2019, a través de entrevistas. **Resultados:** fueron entrevistados 20 participantes y, a través de sus discursos, surgieron dos categorías temáticas: Desconocimiento sobre sus enfermedades cardíacas y venosas; y la búsqueda de consulta y el uso de medicamentos como dificultades en el seguimiento del tratamiento. El estudio señala que los pacientes no tienen conocimientos sobre sus patologías ni su tratamiento y tienen dificultades para adquirir medicamentos y asistir a las citas de rutina. **Conclusión:** El desconocimiento interfiere con un tratamiento ineficaz, lo que empeora el estado clínico del paciente, provocando hospitalizaciones prolongadas, amputaciones o incluso la muerte. Por lo tanto, impacta directamente en la economía brasileña, ya que los costos de estos tratamientos son extremadamente altos.

**Descriptor:** Enfermedades Cardiovasculares; Enfermedades no Transmisibles; Conocimiento.

<sup>1</sup>Enfermeira pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. Email: [arianefreireoliveira@gmail.com](mailto:arianefreireoliveira@gmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Docente do curso de Bacharelado em enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. Email: [fceciliavr@hotmail.com](mailto:fceciliavr@hotmail.com)

<sup>3</sup>Biomédico. Docente do curso de Bacharelado em enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. Email: [bmjoavictor@msn.com](mailto:bmjoavictor@msn.com)

<sup>4</sup>Enfermeira. Docente do curso de Bacharelado em enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. Email: [sarai.cardoso@uninovafapi.edu.br](mailto:sarai.cardoso@uninovafapi.edu.br)

<sup>5</sup>Enfermeira.. Docente do curso de Bacharelado em enfermagem da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Teresina, Piauí, Brasil. Email: [ivonizeteribeiro@gmail.com](mailto:ivonizeteribeiro@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são compostas por um grupo: coração e vasos sanguíneos que afetam o sistema circulatório. Geralmente elas se desenvolvem por uma placa de gordura que se forma nos vasos, fazendo que a passagem do fluxo sanguíneo diminua, assim, impedindo o desempenho total do transporte de nutrientes e oxigênio para cada parte do corpo. De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2017), as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo. Em 2015 estimou que 17,7 milhões de pessoas foram a óbito devido a essas doenças, sendo 7,4 milhões por doenças cardiovasculares e 6,7 por acidentes vasculares cerebrais.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como Diabetes (DM) e Hipertensão (HAS) aumentam a probabilidade do indivíduo a desenvolver ou agravar a doença cardiovascular. Os países de baixa e média renda são os mais afetados, um dos fatores é a falta de conhecimento sobre as doenças, como: conceito, tratamento e/ou prevenção. Devido essa falta de conhecimento, a população chega a ter óbitos com menos de 70 anos de idade, podendo concretizar uma morte prematura desses indivíduos. Para reverter essa situação é fundamental o diagnóstico precoce e intervir com o tratamento, o qual pode ser uma simples dieta e mudança de hábitos ou em casos mais graves intervir com uma medicação e/ou uma possível cirurgia (OPAS, 2017).

Diabetes Mellitus é caracterizada pela elevação da glicose no sangue, chamado de hiperglicemia. A DM se desenvolve pelo mau funcionamento das células betas no pâncreas, as quais são responsáveis por produzir o hormônio da insulina que controla o nível glicêmico no organismo. Normalmente é dividida em dois tipos: a do tipo um acomete crianças, jovens ou pode ter origem genética, podendo ser controlada por insulinas; já a do tipo dois acomete pessoas adultas e idosos, podendo ter origem em virtude a um estilo de vida pouco saudável (sobrepeso, tabagismo, sedentarismo, má alimentação). Essas alterações

metabólicas podem causar colesterol alto e proteinúria, o que aumenta o risco de o indivíduo desenvolver uma doença cardiovascular, já há uma chance de desenvolver placa de ateroma e/ou uma insuficiência renal (FALUDI *et al.*, 2017).

Outra doença que influencia o indivíduo a ter DCV é a hipertensão arterial sistólica (HAS). Essa doença é definida pelo aumento dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg, que causam a sobrecarga do coração e o desgaste das artérias. O coração se contrai para bombear o sangue oxigenado para todo o corpo e, nessa contração, cria-se uma pressão nas artérias, chamada de pressão sistólica, a qual tem o valor referencial de 120 mmHg. Após a contração, o coração relaxa após um batimento e outro, indicando o repouso da contração, chamada de pressão diastólica que possui o valor base de 80 mmHg ou menos (MALACHIAS *et al.*, 2017).

De acordo com o autor referenciado acima, a HAS não tem cura, todavia, pode ser tratada com medicação e mudanças de hábitos (alimentação, exercício físico, evitar bebidas alcoólicas). Devido a esse fator, ela é associada a outras doenças crônicas, como: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Insuficiência Cardíaca Congênita (ICC). A relação está na sobrecarga que a hipertensão causa no sistema cardiovascular, como a sobrecarga ou desgaste nas artérias e veias.

A DCV se tornou um problema de saúde pública devido ao número significativo de óbitos que acontece atualmente. A sua ligação com outras doenças crônicas leva a crer que há influência direta ou indireta da atenção primária, tendo em vista de que se trata do primeiro contato do paciente. Dessa forma, o profissional da área de saúde tem papel fundamental para transmitir o conhecimento sobre a doença, como tratamento ou prevenção. Com isso, é crível que se os pacientes compreendessem mais sobre sua patologia, poderia haver um tratamento mais eficaz, evitando até mesmo a gravidade de caso.

Diante do exposto acima, o presente estudo tem como objetivo analisar o conhecimento dos pacientes sobre a doença cardiovascular.

## MÉTODOS

### Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva. Segundo Pádua (2019), esse tipo de pesquisa tem o objetivo de buscar o sentido, a relevância e o significado. Após esses achados, o pesquisador deve observar e interpretar os achados na realidade em que estuda por meio procedimentos metodológicos visando a busca de comparações, reflexões e explicações. Por fim, a pesquisa qualitativa não tem pretensões de aplicar leis, regras ou até mesmo previsões, ela visa critérios de consistência, credibilidade e fidedignidade das fontes de informação, o que dá legitimidade aos dados científicos.

Na pesquisa qualitativa descritiva analisar e compreender são os passos principais, já que são atitudes que exercem a capacidade de pensar além de si. De acordo com Minayo (2012), para compreender a realidade em que o outro indivíduo habita é necessário levar em conta sua singularidade, sua experiência e vivência. A mesma autora define que a pesquisa começa com a definição do objeto, uma sentença problematizadora e a teoria. Após a indagação inicial, o pesquisador deve obter uma reflexão analítica durante o percurso, delineando o objeto no tempo e espaço, visando facilitar a compreensão da pesquisa e não tornar ampla.

### Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de grande porte, que é referência na região Nordeste do Brasil, localizado em Teresina-PI. Fundado em 03 de maio de 1941, mas o seu real funcionamento ocorreu no final de setembro do mesmo ano, o centro médico já foi fundado com o objetivo de proporcionar serviços médicos de elevada complexidade, tornando possível o acesso a saúde para a população carente. O HGV conta com diversos serviços de Ambulatórios e Internações nas clínicas: Médica, Cirúrgica, Ortopédica, Ginecológica, Neurológica, Nefrológica, Pneumológica, Dermatológica, Urológica,

Oftalmológica, Otorrinolaringológica e Cardiovascular.

No decorrer do tempo, esses serviços tiveram destaques por meio dos avanços tecnológicos e pela capacidade dos técnicos de seus profissionais. Um grande exemplo dessa ascensão é a clínica cardiovascular, que se tornou referência no tratamento de DVC, devido à grande demanda de pacientes que possuem a doença.

O hospital dispõe de uma estrutura que permite a prestação de uma assistência completa, que vai desde consultas ambulatoriais até internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Com 62 consultórios, 19 salas de cirurgias, 349 leitos - leitos cirúrgicos: 176; leitos de terapia intensiva 59; leitos de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência 83; leitos de UTI 20; leitos hospital/dia:11.

A escolha desse local se deu pelo fato de se tratar de uma instituição hospitalar pública de notável importância, por ser, atualmente, referência em tratamento de doenças cardiovasculares em Teresina.

### Período da Pesquisa

O período da pesquisa foi realizado nos meses de agosto e setembro de 2019, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI e da instituição coparticipante, respeitando os aspectos éticos e legais. Todas as etapas do presente projeto foram desenvolvidas pela pesquisadora e pela supervisão da professora orientadora e do coorientador.

### Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos na pesquisa homens e mulheres com idade de 18 anos e mais, internados na clínica cardiovascular do Hospital HGV, mediante o aceite do paciente por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram convidados 20 participantes para participar do estudo, seguindo os critérios de saturação. Foram incluídos na pesquisa pacientes de Teresina e interior da capital e excluídos pacientes que não tiverem condição clínica de participar da entrevista (comatosos, em ventilação mecânica,

quadro de insuficiência respiratória). Para proteger a dignidade dos participantes e o anonimato do seu nome, estes foram nomeados com o nome de país.

### **Coleta de Dados**

Os dados foram coletados por meio de entrevista. Para Marconi e Lakatos (1991), a entrevista é um encontro de duas pessoas, a fim que uma delas alcance informações sobre determinado assunto. É um instrumento que permite coletar dados, investigar a sociedade, com o objetivo de analisar uma problemática e propor uma intervenção.

Esse projeto utilizou a entrevista semiestruturada que permite maior flexibilidade através de perguntas abertas e fechadas sobre o tema em questão, pois levou em consideração que os pacientes pudessem ter limitações relacionados a idade, problemas de visão, audição e/ou respiratórios, assim, interferindo na coleta de dados (GIL, 2017).

A entrevista foi feita no turno da manhã em horário que o paciente não esteja realizando procedimento, por meio de diálogo com perguntas relacionadas ao conhecimento do paciente sobre doença cardiovascular, terá duração de 30 minutos. O paciente foi entrevistado e sua fala foi gravada em gravador MP3 no leito para garantir seu conforto, desde não houvesse outra pessoa próxima para evitar constrangimento ao responder os questionamentos. Caso o paciente tivesse que ser medicado durante a entrevista, acontecia uma pausa até que o mesmo estivesse disponível para continuar.

### **Análise de Dados**

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo que para Minayo (2012), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, dos “significados” (análise temática).

Os dados passarão por três etapas: Pré-análise corresponde nesta etapa à leitura flutuante retomando o objeto e objetivo do estudo para aprofunda-se na temática, caracteriza-se como o primeiro contato com os textos obtido durante a entrevista (BARDIN, 2011). Obtendo dados gerais

sem maiores preocupações ou distrações sobre os possíveis resultados, as principais ações desta etapa destacam-se em:

A Construção inicial de indicadores para Constituição do corpus e escolha de palavras chaves: seguir normas de validade: a análise: definição de unidades de 1- Exaustividade - dar conta do roteiro; pré- análise registro - palavras-chave ou frases; e 2- Representatividade - dar conta do universo pretendido; de unidade de contexto - delimitação 3- Homogeneidade - coerência interna de temas, técnicas do contexto (se necessário) (MINAYO, 2012).

Na segunda etapa chama-se exploração do material que condiz na teorização e fundamentação dos índices e desmembramento do texto em unidades/ categorias, em detrimento deste ocorre à exploração recortes do texto e elaboração das categorias reagrupando os dados e alinhando-os. Na terceira etapa constitui-se pela interpretação dos dados brutos, inferências com uma abordagem variante, no que tange a significação em detrimento as informações no lugar de tratamento, pondo em relevo as interpretações informações fornecidas pelas análises (MINAYO, 2012).

Assim, os dados foram analisados por meio de categorias temáticas, que compreende a análise temática. A análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação cuja presença ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2011).

### **Aspectos Éticos e legais**

De acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), toda pesquisa que envolve seres humanos deve oferecer aos participantes segurança, atenção, cuidado e sigilo sobre as informações fornecidas pelos convidados. Para fornecer segurança aos participantes, será aplicado o TCLE, que registrará consentimento do participante, informações da pesquisa com linguagem direta e clara. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi e da coparticipante, sob CAAE:16405319.0.0000.5210.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte do estudo 20 participantes, 13 homens e 07 mulheres. Dos homens todos eram hipertensos, 06 diabéticos, 06 com DAOP, 06 tiveram IAM e 01 tinha ICC. Os pacientes possuíam idade de 50 a 79 anos, com a idade média de 66 anos e em relação ao estado civil, 12 eram casados e apenas 1 era solteiro.

Dentre as mulheres, 06 hipertensas, 05 diabéticas, 04 com DAOP, 04 sofreram infarto e 01 com ICC. A faixa etária era de 60 a 80 anos, com a idade média de 71 anos. Em relação ao estado civil, observou-se que 03 eram casadas e 04 eram viúvas.

Os resultados evidenciaram 02 categorias: O desconhecimento sobre sua doença do coração e da veia e a busca pela consulta e o uso de medicação como dificuldade para seguir o tratamento.

### O desconhecimento sobre sua doença do coração e da veia

Nessa categoria, nota-se que a maioria dos pacientes são idosos, não dispõem conhecimento prévio sobre o que possuem, algumas das justificativas são relacionadas a falta de explicação adequada e o entendimento dos pacientes sobre o caso é na maioria das vezes relacionado a sua alimentação, a um mal-estar, a uma dor, a uma doença crônica que eles possuem e/ou até associam a morte.

[...] O médico já até explicou, mas eu não entendo, só entendo na hora que ele fala, depois não entendo nada. Eu acho que a gente comer gordura é o que causa” (CHILE).

[...] Eu não entendo quase nada, mas pra mim é um mal estar e estão dizendo que eu tenho um aneurisma na aorta [...] (ARGÉLIA).

“Não tenho não, só sei que é sério essas doenças aí, porque o médico explica, e não entendo o que ele fala, é muito complicado” (ESLOVAQUIA).

[...] não sei nem falar, mas eu sei que é comida que causa isso aí, na minha opinião é gordura que causa problema na veia” (IRLANDA).

“Eu sei que comer e beber demais dá a doença no coração e isso leva a ter que fazer a cirurgia e as vezes não dá nem tempo de fazer cirurgia, porque a doença do coração mata rápido” (MARROCOS).

“[...] Eu só sei que uma doença desse tipo é bem ruim” (ANGOLA)

“Rapaz o que eu entendo é que ela mata ligeiro demais e que se não cuidar direito morre” (COREIA DO SUL).

As doenças crônicas são porta de entrada para hospitalização no sistema público de saúde, o que resulta em altos gastos para o sistema, já que a maioria dos casos de internação são resultados da evolução dessas doenças. A AB é o primeiro ponto em que os pacientes recorrem para o tratamento dessas doenças, então acredita-se que a AB possa evitar essas complicações que levam a internação.

A AB é o local primordial para os pacientes compreenderem o que possuem, como deve ser tratado e conseguir controlar a doença com o auxílio da equipe de saúde, mas é o local onde menos eles compreendem o que é a doença em si, como tratar e onde não há eficácia no controle da pressão arterial e dos níveis glicêmicos desses pacientes (SBD, 2018). A idade cronológica é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes (CESSE; FREESE, 2006 *apud* POZZOBON *et al.*, 2014).

O envelhecimento da população mundial e o número elevado de doenças crônicas não transmissíveis passaram a constituir uma problemática de grande relevância, já que é uma das primeiras causas de morte no mundo. Percebe-se que o conhecimento sobre as suas patologias influencia no seu tratamento, dessa forma, sem a compreensão não há como ter um tratamento eficaz.

“Eu não entendo nada, porque eu não fumo, não sou de farra e aconteceu essa doença comigo. Meu pai morreu com 63 anos e eu nunca ouvi que minha família tinha alguma doença do coração, então eu não sei como tenho uma doença dessa, não consigo entender como é esse tratamento” (JAPÃO).

“Não entendo nada não, fiz exame, aí não deu nada, não sei se foi por causa dos remédios que deu isso aí, entendo não” (CAMARÕES).

“Sei não, nunca me explicaram, aí eu não entendo, pensei que ia só fazer exame, mas terminei ficando para fazer mais coisas” (BANGLADEXE).

A descoberta precoce da HAS e DM é fundamental para o controle, pois é a partir do reconhecimento que é feito o acompanhamento

constante de forma integral, respeitando as limitações desses pacientes. Os estudos apontam que a maioria dos casos não são acompanhados, que os pacientes não entendem a gravidade dessas doenças e que não fazem o tratamento adequado (BRASIL, 2012).

Diante disso, percebe-se que há fragilidades nos atendimentos em relação a educação em saúde, fato este fundamental para o não desenvolvimento de doenças crônicas. O que de fato se vê é a grande preocupação com a doença em si, porém a prevenção deixa a desejar, quando sabemos que prevenir evita não só a doença e se já instalada a doença é possível evitar as complicações.

O elevado número de pacientes com HAS e DM que evoluem para uma doença cardiovascular pode significar que há uma falha no tratamento e controle dessas doenças. Essa falha pode ser relacionada a duas situações: a dos membros da AB que não dão devida atenção a esses pacientes durante e/ou pós consulta ou aos próprios pacientes que relutam ir à Unidade de Atendimento para fazer exames de check up e/ou quando sentem os primeiros sintomas.

“Eu não entendo nada, não entendo o que o médico explica, muito complicado, eu só sei que elas entopem com gordura, fumo, aí entope na mesma da hora” (ALBÂNIA).

“Eu não entendo muito não. Eu não entendo por isso, quer saber por quê? Porque eu não sinto problema em membro nenhum, nem veia e nem coração. Eu não sinto cansaço, nem falta de ar, não sinto dor [...] Foi fizeram um exame nessa perna aqui, aí descobriram que tem um problema na veia do coração, né” (BARBADOS).

“Não entendo não, nunca me explicaram sobre essas doenças aí” (COSTA DO MARFIM).

“Não entendo não, nunca me explicaram sobre essas doenças aí” (EQUADOR).

“Não sei, nunca me explicaram direito, não sei não” (CAMBOJA).

De acordo com as falas dos convidados, nota-se que não há conhecimento sobre as patologias que possuem, este fato é devido à carência de explicação adequada para os pacientes. Os mesmos não apresentavam vasto conhecimento de como se desenvolve as doenças crônicas ou o que contribuía para o agravamento das mesmas.

“Eu entendo que é através da pressão alta, né não? Que faz o coração ficar doente e o

sal também faz o coração ficar assim” (INDONÉSIA).

“Eu não entendo é nada, não sei como é que tem isso, só entendo na hora que o médico fala” (TURQUIA).

“Entendo é porque o coração não tá aguentando, aí qualquer esforço que a gente faz o coração fica cansado, aí tá doente. Aí o doutor já disse que tem que tratar logo” (CROÁCIA).

“Assim, eu fiz o exame dessa perna, aí acusou uma veia entupida, pois é, aí eu to esperando o tratamento, porque é sério né [...]” (BANGLADEXE)

O controle de DM e HAS vai além do tratamento medicamentoso, a mudança de estilo de vida é fundamental para diminuir as chances dos indivíduos desenvolverem uma DCV. É válido ressaltar que a participação dos pacientes dentro da unidade de saúde é importante para o desenvolvimento do autocuidado, já que é local onde há a oportunidade de compreenderem o que possuem, como a doença se desenvolve, como pode ser grave e como podem evitar que a doença avance.

“ [...] Uma dificuldade que eu tenho é em controlar a diabetes, porque a diabetes é uma doença traiçoeira, a gente pensa que tá controlada e num tá. Quando chega no médico ou na enfermeira, aí ela tá alta, vem e mede hoje e tá alta, amanhã ela vem tá baixa. Comparo com uma balança quando a gente tá pesando as coisas, ela sobe e desce, do mesmo jeito a diabetes. A hipertensão a gente até controla, né? [...]” (BARBADOS).

### **A busca pela consulta e o uso de medicação como dificuldade para seguir o tratamento.**

Já nessa categoria, nota-se que os pacientes possuem dificuldades em dar continuidade ao tratamento medicamentoso e ao acompanhamento nas consultas de rotina. As suas justificativas giram em torno da dificuldade financeira para comprar os remédios e para se deslocar até as consultas, já que a maioria desses pacientes possuem um baixo poder aquisitivo e não residem na cidade que está localizado o hospital.

“[...] a única coisa que sinto dificuldade é em me locomover para as consultas, já que moro em outra cidade” (ARGÉLIA).

“Eu tenho dificuldades em ir para as consultas, em comprar os remédios porque é caro [...]” (GONA).

“Tenho dificuldade em tomar esses remédios, alguns eu consigo ter e outros não, porque nem sempre tem dinheiro pra

comprar né, aí dificulta ficar bom” (EQUADOR).

“Eu não tenho dificuldade em entender o que o médico e a enfermeira diz aqui sobre meus procedimentos não, porque eles explicam claramente, a minha dificuldade é só em ir para as consultas e comprar meus remédios mesmo” (IRLANDA).

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza em sua política de saúde um conjunto de ações que possibilitem a execução dos seus princípios (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização) e incentivo a comunidade ser ativa dentro do sistema de saúde. O acesso da comunidade e a forma de recebê-los constitui estratégias impactantes para garantir a continuidade do cuidar, mas em alguns casos não é possível esse acesso, assim, nota-se uma falha na atuação dos princípios e na organização dos serviços de saúde que as unidades oferecem (CAMPOS, 2016 *apud* LOPES, 2015).

Diante o número de indivíduos que possuem HAS e DM, o atendimento é essencial para esse público. A dificuldade de marcar consultas, a exposição do indivíduo até a unidade de saúde e a parte econômica é o que dificulta o acesso aos cuidados.

“[...] é só seguir o que o médico tá falando aqui dentro, agora quando eu sair daqui e ter que comprar os remédios né, aí vai ficar é mais complicado” (JAPÃO).

Dentro da Atenção Básica no Brasil, há o Programa Saúde da Família (PSF) que se destaca como uma extensão de cobertura e vigia em saúde para os grupos que possuem vulnerabilidade, dentro desse programa há o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) que possibilita o desenvolvimento de ações contínuas, permitindo o monitoramento do tratamento e criar vínculos com os pacientes com objetivo de distribuir medicações aos usuários da rede, a fim de dá continuidade ao tratamento, visando diminuir agravos no quadro por falta de assistência (BRASIL, 2019).

Percebe-se que os pacientes não possuem conhecimento sobre programas para portadores de HAS e DM. É notório a problemática do financeiro

dos pacientes o que implica garantir a integralidade e a continuidade do planejamento do cuidar. Nota-se que as orientações são relativas e pouco eficazes sobre a mudança de estilo de vida, sobre o tratamento farmacológico e sobre programas voltados para essas doenças. A mudança de hábitos na alimentação e no sedentarismo são fatores fundamentais para o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, o que poderia gerar diminuição no uso de fármacos, mas a maioria dos pacientes não consegue deixar os hábitos nocivos devido ao seu psicológico (ansiedade, depressão ou estresse) (LIMA *et al.*, 2011).

Apesar do programa existir ainda existem lacunas na aplicação dos mesmos, pois era pra todos alcançarem e participarem do programa e das consultas de acompanhamento. Há, entretanto, necessidade de comunicação e informação na comunidade para que todos sejam atendidos e aqueles que não conseguem receberiam a visita domiciliar para orientação e acompanhamento.

O Ministério da Saúde disponibiliza a AB para prestação de cuidados integral aos pacientes da comunidade, seja na promoção ou na parte de tratamento. Esse cuidado deve ser feito pela equipe multiprofissional da unidade de saúde que são responsáveis pelo acompanhamento com o agendamento de consultas de rotina (BRASIL, 2011).

A equipe da AB tem papel fundamental para acompanhar o agendamento de consultas, além de atuar no papel de orientar os pacientes sobre suas comorbidades, dando enfoque a essa atuação. O enfermeiro tem extrema importância devido aos seus conhecimentos na parte nutricional e psicológica, assim, podendo orientar o indivíduo quanto sério é sua doença e as consequências que a evolução do seu quadro clínico pode trazer ao seu organismo.

“Não tenho dificuldade não, é só seguir o que o médico e a enfermeira tá falando aqui dentro [...] como a enfermeira mais assim, aí eu entendo” (ESLOVAQUIA).

“A minha dificuldade é em mudar de vida né, porque eu gosto de comer, de beber minha cervejinha e o doutor e a enfermeira

já disse que eu não posso tá fazendo essas coisas, né? (MARROCOS)

“Não tenho dificuldade não, porque eu entendo o que o médico me diz todo dia e quando eu sinto algo eu falo logo pra enfermeira” (ÁLBANIA).

“[...] Graças a Deus tá dando tudo certo. Eu entendo direitinho o que os médicos e a enfermeira vem falar [...]” (IRLANDA).

“Até por hora não, o doutor já explicou e a enfermeira sempre vem aqui.” (CROÁCIA).

A falta de atenção no ato do cuidado ao usuário retrata a carência na comunicação entre os profissionais e a comunidade, impossibilitando que as necessidades dos indivíduos sejam atendidas, dificultando o funcionamento das práticas de atenção à saúde e dificultando a organização dos serviços de gestão.

“A dificuldade é mais sobre a internação, já faz 60 dias que tamo aqui e nada de se resolver, é difícil ficar longe tudo para tá aqui” (INDONESIA).

“Acho que tem é dificuldade em fazer esse tratamento, porque os dias que eu to bolando em cama. Se eu tivesse pago no lugar lá, já tinha feito, no particular é mais rápido, como não teve o pagamento, aí eu vim para cá [...]” (CHILE).

“ [...] a dificuldade que eu tenho é dessa doença do pé, porque eu não sei quando vai sarar, não sei por que não fecha, aí fica ruim né” (ÂNGOLA).

Os pacientes que possuem HAS e DM que evoluíram para uma DCV precisam de mais recursos, intensificando a necessidade de assistência, já que há uma menor qualidade de vida para esse indivíduo e para seus familiares. Em alguns casos os pacientes não compreendem a gravidade do seu caso e a consequência disso é em alguns serem reincidentes nas internações e/ou ficarem inválidos, o que reflete em mais gastos para o sistema.

“Tenho dificuldade não, é só fazer os exames e cabo” (CAMARÕES).

“Não tem não, eu tomo os remédios, vou para consultas e pronto, né” (CAMBOJA).

“ [...] é só fazer a cirurgia e receber os remédios daqui e pronto” (COREIA DO SUL)

O impacto socioeconômico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é crescente, levando em consideração que se tornou um problema de saúde pública devido ao número de pessoas que desenvolvem quadros clínicos avançados. As internações prolongadas, as mortes prematuras, as amputações, o psicológico afetado e os danos que são causadas pelo tratamento tardio ou ineficaz

interfere na renda do indivíduo, dos seus familiares e diretamente na sua atividade dentro da sociedade (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

“[...] Agora de tá aqui no hospital a dificuldade é em ficar aqui esperando o dia de ir para casa, eu não aguento mais” (TURQUIA).

“A dificuldade é mais sobre a internação, já faz 60 dias que tamo aqui e nada de se resolver, é difícil ficar longe tudo para tá aqui” (INDONÉSIA).

“ [...] Agora de tá aqui no hospital a dificuldade é em ficar aqui esperando o dia de ir para casa, eu não aguento mais” (COSTA DO MARFIM).

“ [...] outra dúvida é quando eu vou para casa, já que eu já fiz o procedimento” (COREIA DO SUL).

As doenças cardíacas forçam aos indivíduos limitações à qualidade de vida, sejam física, social, psicológica e/ou financeira. O tratamento para essas doenças tem um custo elevado e com as limitações que acarretam a pouca ou até mesmo a falta produtividade no trabalho, o que interfere diretamente no tratamento eficaz, já que sem condições financeiras não há como manter as medicações e desse modo interfere no bem-estar e na saúde do paciente (STEVENS *et al.*, 2018).

As DCV demonstram que as consequências são altas demais quando o tratamento é tardio, ou quando não se é tratada, ou quando o tratamento é interrompido por motivos externos. Os custos e as perdas são impactantes na vida dos pacientes e como esse número cresce cada vez mais, é necessário que seja uma prioridade da saúde pública do Brasil.

## CONCLUSÃO

As DCNT levam complicações quando não são tratadas adequadamente, na maioria dos casos os pacientes desenvolvem DCV que poderiam ser evitadas se os mesmos tivessem entendimento sobre sua patologia e compreendessem a importância do tratamento adequado.

O estudo aponta que os participantes desconhecem por falta de acompanhamento dentro da AB, o que leva a crer que há falta de orientação pelos profissionais da saúde sobre a patologia, como é feito o tratamento, o que pode causar se não tiver o tratamento adequado e sobre os programas que

existem para a população portadora de DM E HAS. A falta de orientação implica na vida do indivíduo como um todo, já que as consequências são físicas, psicológicas e sociais. Desse modo, ocasiona grandes custos para a economia brasileira, já que as complicações levam o indivíduo a internações prolongadas, cirurgias, amputações e em alguns casos podendo haver óbito.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso em: 18 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/gera/l/pnab.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIPERDIA: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. DATASUS, 2019. Brasília: MS, 2019. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>. Acesso em: 18 nov. 2020.

FALUDI, A. A. *et al.* Diretriz brasileira baseada em evidências sobre prevenção de doenças cardiovasculares em pacientes com diabetes: posicionamento da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). **Arq bras Card**, v. 109, n. 6, p. 1-10, 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LIMA, S. M. L. *et al.* Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad Saúde Pú**, v. 25, n. 1, p. 1-12, 2011.

LOPES, A. S. *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, v. 39, n. 1, p. 114-123, 2015.

MALACHIAS, M. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Rev bras Hipertensão**, v. 24, n. 1, p. 1-11, 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Doenças cardiovasculares**. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso: 04 abri. 2020.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. São Paulo: Papyrus Editora, 2019.

POZZOBON, A.; HOERLLE, J. L.; CARRENO, I. Prevalência e perfil sociodemográfico de diabetes e hipertensão em indivíduos do sistema de informação da atenção básica. **Rev bras Promoção da Saúde**, v. 27, n. 3, p. 295-302, 2014.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2018.

SIQUEIRA, A. S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G.; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arq bras Cardiologia**, v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017.

STEVENS, B. *et al.* Os Custos das Doenças Cardíacas no Brasil. **Arq bras Cardiologia**, v. 111, n. 1, p. 29-36, 2018.