



AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DO ‘HIPERDIA’: UM ESTUDO VOLTADO À EDUCAÇÃO PROFISSIONAL CENTRADA NA PESSOA

Mariana Beatriz Silva Torres Galindo ¹
Moab Duarte Acioli ²

RESUMO

O SUS através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cria um mecanismo de acolhimento e acompanhamento voltado aos usuários diagnosticados com Hipertensão e Diabetes, o HiperDia. Contudo, compreender e ter profundidade de detalhes sobre qual grupo se está conduzindo se faz essencial para uma boa prática em saúde. A presente pesquisa busca analisar o perfil socioeconômico, cultural e observar a qualidade de vida dos usuários do Programa HiperDia da UBS Cohab-Peixinhos, situado no município de Olinda – Pernambuco. Com isso, conseguir dar propriedade aos profissionais de saúde que direcionam esse grupo de usuários, a partir de uma formação interna voltada ao cuidado mais centralizado na pessoa. Trata-se de uma amostra por conveniência, formada por 63 (sessenta e três) indivíduos de ambos os sexos que participam desse grupo. São profissionais dessa equipe: três enfermeiros, três médicos, dois técnicos de enfermagem e vinte e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foi aplicado um Questionário Sociodemográfico e a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36). Sujeitos da pesquisa: Sexo: Feminino (73%). Idade: 61 a 70 anos (39%). Grau de instrução: Fundamental incompleto (38%). Renda: Classe E (82%). Interferência física e emocional nas atividades sociais: Moderada (33%). Interferência da dor corporal na vida social: Pouca/moderada (54%). Estado mental nas últimas quatro semanas: Deprimida alguma/pequena parte do tempo (41%). Com isso, sob uma perspectiva mais abrangente, a otimização da educação profissional resulta no desenvolvimento de mecanismos de busca e abordagem ativa sobre o acompanhamento e seguimento desses usuários.

Palavras-chave: Educação em saúde; Qualidade de vida; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A ausência de doença se mostra como um dos pontos que conceitua a saúde, mas não em absoluto. Assim, esse conceito apresenta relações com a noção de qualidade de vida (MINAYO, 2000).

¹ Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Católica de Pernambuco - Unicap, mariana.2016130928@unicap.br ;

² Professor orientador: Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto do Curso de Medicina e do PPG Ciências da Linguagem Universidade Católica de Pernambuco, moab.acioli@unicap.br.



A criação do Hiperdia – programa da Atenção Básica na Estratégia de Saúde da Família (ESF) vigente –, apresenta-se como de caráter imprescindível no acompanhamento que garante ao paciente com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus uma posição mais ativa em seu tratamento (MIRANZI, 2008).

O enfoque apresentado está na imersão e na ênfase da Clínica Ampliada, ou seja, na melhoria da qualidade de vida do paciente. A Clínica Ampliada é uma ferramenta de articulação e inclusão de diferentes situações do dia a dia no tratamento (COUTINHO, 2013). Daí está presente a importância e necessidade da Educação em Saúde Continuada.

A presente pesquisa tem como objetivo analisar o perfil socioeconômico, cultural e observar a qualidade de vida dos usuários matriculados no Programa HiperDia de uma Unidade Básica de Saúde situada no município de Olinda, Pernambuco. Como meta, conseguir dar propriedade e proporcionar aprendizado aos profissionais de saúde que direcionam esse grupo de usuários, a partir de uma formação interna voltada ao cuidado mais centralizado na pessoa.

As diretrizes da educação para a saúde foram definidas, pelo Ministério da Saúde, em 1980, como atividades planejadas que tinham como objetivo criar condições para produzir transformação de comportamento (GAZZINELLI, 2006). Naquele momento, tais atividades eram voltadas para a cura, estimulando a medicalização da sociedade em busca de respostas para a doença.

A necessidade de uma reorientação no conceito de educação em saúde, em conformidade com o princípio da integralidade, evidenciou respaldo para criação destas diretrizes (ALVES, 2004). Nota-se que a abordagem do profissional deve ser participativa, evitando a redução à assistência curativa, desenvolvendo ações de promoção e construindo práticas que possibilitem um modelo assistencial que seja integrado, humanizado, visando responder às necessidades individuais e coletivas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e analítica. O campo foi a Unidade Básica de Saúde Cohab-Peixinhos, localizada no município de Olinda Pernambuco.



Em relação à amostra, esta foi de conveniência, formada por 63 (sessenta e três) indivíduos de ambos os sexos que participam do Grupo Hiperdia (Hipertensos e Diabéticos) das três equipes da Unidade, que conta com convênio com a Universidade Católica de Pernambuco (Unicap). São profissionais dessas equipes: três enfermeiros, três médicos, dois técnicos de enfermagem e vinte e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Foi aplicado um Questionário Sociodemográfico (sexo, parentesco na família, estado civil, idade, grau de instrução, religião, ocupação e renda familiar) e a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36).

Em termos dessa Versão Brasileira do SF-36, é um conjunto de doze perguntas de múltipla escolha, contando com subtemas internos, e que abordam as capacidades, estados e limitações envolvendo esferas de vida como capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

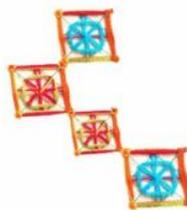
REFERENCIAL TEÓRICO

O sentido de qualidade de vida enfoca o grau de bem-estar de forma holística, ou seja, no cumprimento pelos indivíduos de suas potencialidades, de sua integração com a identidade cultural e pela atuação efetiva como agente social (NETTO, 1994). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), ela é a percepção pelo indivíduo de sua posição na vida e no contexto coletivo do sistema de valores, na ocupação integrada de um território, realizando projetos e estando resiliente diante do estresse.

A partir da utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), proposta que pressupõe várias mudanças na prática do profissional de saúde, uma delas é transformar a visão hierárquica de que o usuário do serviço é um sujeito passivo e que o profissional detém todo o poder no processo saúde-doença daquele indivíduo (STEWART et al. 2017). O profissional necessita em seu cotidiano se colocar em papel de aprendiz em conjunto com o usuário, daí entra a Educação em Saúde Continuada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico dos sujeitos entrevistados (n= 63)



CATEGORIA	NA	%
PERFIL FAMILIAR	DONA DE CASA	
	46	73%
	ESPOSO	
	11	17%
	GENITOR	
	2	3%
	OUTROS	
	4	6%
	TOTAL	
	63	100%
SEXO	FEMININO	
	46	73%
	MASCULINO	
	17	27%
ESTADO CIVIL	CASADO	
	37	58%
	SOLTEIRO	
	9	14%
	VIÚVO	
	15	23%
	SEPARADO	
	1	1%
	AMASIADO	
	1	1%
IDADE	31 A 40 ANOS	
	3	4%
	41 A 50 ANOS	
	7	11%
	51 A 60 ANOS	
	18	28%
	61 A 70 ANOS	
	25	39%
	> 70 ANOS	
	10	15%
GRAU DE INSTRUÇÃO	ANALFABETO	
	5	7%
	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	
	24	38%
	FUNDAMENTAL COMPLETO	
	8	12%
	MÉDIO INCOMPLETO	
	5	7%
	MÉDIO COMPLETO	
	17	26%
	SUPERIOR INCOMPLETO	
	1	1%



	SUPERIOR COMPLETO	
	3	4%
RELIGIÃO	CATÓLICA	
	23	36%
	EVANGÉLICA	
	31	49%
	KARDECISTA	
	1	1%
	AFROBRASILEIRA	
	1	1%
	AGNÓSTICA	
	4	6%
OCUPAÇÃO	ATIVO	
	12	19%
	INATIVO	
	13	20%
	APOSENTADO TEMP. SERVIÇO	
	14	22%
	APOSENTADO POR INVALIDEZ	
	9	14%
	BISCATE	
	2	3%
	DO LAR	
	13	20%
RENDA	CLASSE D	
	11	17%
	CLASSE E	
	52	82%
	TOTAL	
	63	100%

A educação em saúde é uma forte ferramenta que valoriza os contextos sociais, econômicos e culturais da comunidade, aliados ao processo de promoção da saúde (CERVERA, et al. 2011). Assim, compreender o grupo e suas identidades permite ao profissional ter um aprofundamento de vínculo e, com isso, garantir uma abordagem terapêutica mais direcionada.

No devido estudo, o perfil epidemiológico dos indivíduos com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), caracterizou-se pelo predomínio do sexo feminino (73%), o que ao nível mundial, a população feminina é maior do que a masculina de modo geral (MIRANZI, 2008). Outro fator é o cultural pois o machismo existente na sociedade atual, afasta os homens da busca pelo cuidado em decorrência do preconceito presente que os aponta como indivíduos frágeis ao realizar essa procura por



acompanhamento. Esse fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres acometidas e diagnosticadas, vindo a procurarem mais frequentemente os serviços de saúde. A idade dos indivíduos variou entre 31 a mais de 70 anos, com maior porcentagem para os pacientes entre 61 e 70 anos (39%), estando pertinente com a condição crônica das patologias em foco, haja vista que a DM e a HAS têm maior prevalência em indivíduos acima de 35 anos.

Quanto à escolaridade, 7% é analfabeto e 38% tem o 1º grau incompleto. Segundo o Informe de Atenção Básica de 2001, a adesão ao tratamento tende a ser menor em indivíduos com baixa escolaridade, o que eleva a responsabilidade das ESFs em desenvolverem atividades educativas, com ênfase para o controle da doença e promoção da saúde. Do total de entrevistados, 58% é casado; 23% viúvo; 14% é solteiro e 2% é amasiado/separado. A OMS refere que o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar e no autocuidado (MIRANZI, 2008). Para os idosos, a composição familiar pode ser um fator decisivo pela falta de estímulo a este autocuidados e para o asilamento.

Quadro 2 – Autopercepção do estado geral (n= 63)

	NA	%
EXCELENTE	3	4,8
MUITO BOA	3	4,8
BOA	37	58,7
RUIM	12	19
MUITO RUIM	8	12,7
TOTAL	63	100

O estado de saúde geral pode ser abordado como a capacidade física e psíquica a qual interfere no hábito de vida, tanto na modificação da alimentação, como controle de medicação e estilo de vida. Esse processo é alterado em decorrência na doença crônica que o indivíduo vem a possuir (MIRANZI, 2008). Ao se tratar da autopercepção do estado geral da saúde, 58,7% considerou boa e 31,7% considerou ruim/muito ruim. A autopercepção positiva da saúde possibilita maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e ao controle da doença. Os dados coletados indicam que há



otimização da autopercepção do indivíduo, mostrando efetivação do processo de acolhimento da unidade local.

Esse resultado mostra-se superior a outro estudo, realizado pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), no qual apenas 26,7% tiveram uma autopercepção como boa do seu estado geral. A avaliação positiva da saúde resulta em maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e ao controle da doença. Por isso, o Hiperdia se apresenta como amenizador e fator de manutenção da qualidade de vida dos pacientes (MIRANZI, 2008).

Quadro 3 – Autoavaliação da capacidade funcional

	NA	%
MUITA DIFICULDADE	18	29
POUCA DIFICULDADE	35	56
NENHUMA DIFICULDADE	10	16
TOTAL	63	100

A dimensão capacidade funcional avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física (CHAVES, 2015). O comprometimento dessa capacidade tem implicações importantes para todo o contexto de vida, incluindo a família, a comunidade e o próprio sistema de saúde, podendo ocasionar maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida.

Em se tratando do grupo estudado na presente pesquisa, com idade média de 60 anos, os resultados indicam percepção de pouca dificuldade na capacidade funcional (56%) superior a muita dificuldade (29%). Pode estar relacionado, inclusive, a orientações em termos da realização de atividades físicas.

Quadro 4 – Interferência de problemas físicos e emocionais nas atividades sociais

	NA	%
DE FORMA NENHUMA	9	14,3
LIGEIRAMENTE	16	25,4
MODERADAMENTE	21	33,3
BASTANTE	17	27
EXTREMAMENTE	0	0
TOTAL	63	100



Estudos apontam que pacientes com diagnóstico de doenças crônicas têm maior probabilidade de desenvolver formas patológicas de sintomas emocionais (RAMOS, 2011). Tais estudos sugerem que esses indivíduos, ao serem expostos a situações aversivas, de cunho emocional, apresentariam dificuldades no manejo da doença comprometendo a adesão ao tratamento e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

Ao se estudar a percepção dos indivíduos sobre a relação entre problemas físicos e emocionais nas atividades sociais, registrou-se que 60,3% dos indivíduos percebem uma interferência moderada/bastante de problemas físicos e emocionais relacionados às atividades sociais.

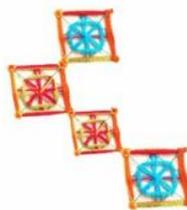
Quadro 5– Intensidade e interferência da dor corporal na vida social durante as últimas 4 semanas

	NA	%
NENHUMA	10	15,9
POUCA	17	27
MODERADA	17	27
BASTANTE	12	19
EXTREMAMENTE	7	11,1
TOTAL	63	100

A dor, além de ser um fator limitante de funções, aumenta o risco de estresse emocional, podendo levar, em casos mais acentuados, ao isolamento social. A dor influencia nas atividades cotidianas, nos altos níveis de inabilidade funcional, na maior fragilidade e em níveis aumentados de comorbidades nesses pacientes. Ao ser analisadas as interferências da dor corporal na vida social do grupo, verificou-se que existe uma maior percepção de interferência pouca/moderada da dor corporal na vida social nas últimas 4 semanas (54%).

Em pacientes mais idosos do que a média desta pesquisa, a dor é altamente prevalente e causa incapacidades e inabilidades prolongadas, podendo ser vista como uma doença, e não somente um sintoma, resultando em diversas conseqüências importantes que afetam a qualidade de vida (LEITE, 2012).

Quadro 6 – Comparação autopercebida do estado de saúde com o ano anterior (n=63)



	NA	%
MUITO MELHOR	6	9,5
UM POUCO MELHOR	17	27
QUASE A MESMA	23	36,5
UM POUCO PIOR	9	14,3
MUITO PIOR	8	12,7
TOTAL	63	100

Ao serem questionados sobre como as doenças interferiam em sua qualidade de vida em relação ao ano anterior, a maioria, 63,5%, percebe que sua saúde encontra-se um pouco melhor/quase a mesma. Por outro lado, 27% percebe que está um pouco pior/muito pior.

Os usuários cadastrados recebem orientação para a promoção de saúde, informações que possibilitam uma melhoria significativa nos indicadores de qualidade, seguido de uma maior efetividade do Programa Hiperdia, o que resulta em melhores condições de saúde e de vida (ROSA, 2015).

Quadro 7 – Autopercepção de vitalidade nas últimas 4 semanas (n=63)

	NA	%
TODO O TEMPO	0	0
A MAIOR PARTE DO TEMPO	2	3,2
UMA BOA PARTE DO TEMPO	38	60,3
ALGUMA PARTE DO TEMPO	12	19
UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	11	17,5
NUNCA	0	0
TOTAL	63	100

Em se tratando da autopercepção da vitalidade nas últimas 4 semanas, a maioria do grupo (60,3%) respondeu estar presente em boa parte do tempo, uma resposta intermediária entre a maior parte e uma pequena parte.

Considerando um estudo em que a vitalidade é avaliada pelo nível de energia e fadiga (FERREIRA, 2015), foi considerado uma nota padronizada de 0 a 100, na qual a mínima correspondia a ausência de vitalidade e a máxima a constante presença da mesma. Com isso, foi obtido que a média de notas atribuídas para a vitalidade dos indivíduos estudados corresponde a um valor mediano (48,6), tornando-se significativo a porcentagem obtida, no devido estudo, mostrando que 60,3% dos entrevistados considera que sua vitalidade se encontra presente em boa parte do tempo.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando do perfil sociodemográfico, é um grupo majoritariamente formado por donas de casa (73%), casado (58%), na sexta década de vida (39%), com escolaridade fundamental incompleta (38%), evangélico (49%), aposentado por tempo de serviço/inativo (42%) e da classe E (82%). Percebe-se a relevância de programas de saúde para o gênero feminino, a penetração das igrejas evangélicas nas classes populares, o que pode ser um fator de aliança ou de conflito com os serviços de saúde

No caso da autopercepção da qualidade de vida, 58,7% considerou bom o estado de saúde geral, 63,5% percebe que sua saúde encontra-se um pouco melhor/quase a mesma que no ano anterior, 56% percebe pouca dificuldade na capacidade funcional, 60,3% cumpre menos tarefas do que gostaria por conta das limitações físicas. Em se tratando das limitações emocionais no desenvolvimento das tarefas, 57,1% percebe não estar prejudicado. Ao se abordar a interferência dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais, 60,3% percebeu uma interferência moderada/bastante. Para 54% houve uma interferência pouca/moderada da dor corporal na vida social durante as últimas 4 semanas, assim como para vitalidade, na qual houve uma autopercepção para 60,3% de estar presente em boa parte do tempo.

A análise dos resultados mostra um impacto positivo da atuação do Programa HiperDia sobre o tratamento e acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Sob uma perspectiva mais abrangente, a otimização da cobertura do programa Hiperdia deve, ao longo dos anos, resultar em melhorias na qualidade de vida da população, na sua morbimortalidade e no sistema de saúde.

Resta desenvolver mecanismos educacionais de busca e abordagem ativa sobre o acompanhamento, assim como aprimorar o desenvolvimento do MCCP na unidade atuante para melhor cumprimento da atividade profissional desenvolvida com o grupo em questão. Saber e ter propriedade sobre características particulares dos usuários aos quais estão sendo atendidos pelo profissional, garante, para aquele indivíduo, uma abordagem mais direcionada e efetiva no seu processo saúde-doença.



A educação em saúde pode ser entendida como prática norteadora do processo saúde-doença, representando uma importante ferramenta para a prevenção da doença e promoção da saúde. Ela se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe e comunidade, que se constituem como sujeitos do processo.

Cabe ressaltar que não bastam teorias e informações que possam assegurar saúde aos usuários, é preciso entendê-los na sua singularidade, cada um com seus problemas e suas diferenças, com seus valores e suas crenças, inseridos numa comunidade, no coletivo e no ambiente.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. V. **Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface (Botucatu) 2004; 9(16):39-52.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família.** Princípios básicos. Brasília (DF); 2003.

BRASIL. Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. **Informe de Atenção Básica.** Brasília (DF): MS; 2001.

CERVERA, D. P. P. et al. **Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG).** Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1547-1554, 2011.

COUTINHO, Aline Torres et al. **Integralidad del cuidado con el anciano en la estrategia de salud de la familia: visión del equipo.** Esc. Anna Nery vol.17 no.4 Rio de Janeiro Sept./Dec, 2013.

CHAVES, A. S. et al. **Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos.** Rev. bras. geriatr. gerontol; 18(3): 545-556, jul.-set. 2015.

FERREIRA, J. S. et al. **Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS.** Rev. Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 792-801, jul-set 2015.

GAZZINELLI, M. F. et al. **Educação em saúde: conhecimentos sociais e experiências da doença.** Cad Saude Publica 2005; 21(1):200-206.



LEITE, M. T et al. **Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência.** Rev Bras Geriatr Gerontol 2012;15(3):481-92.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. **Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 2000.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9 .

NETTO, Rufino A. **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia,** pp.11-18, 1994. In MFL Lima e Costa & RP Sousa (orgs.). Coopmed/ Abrasco, Belo Horizonte.

RAMOS, L.; FERREIRA, E. A. P. **Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes.** Rev. bras. crescimento desenvolvimento humano. vol.21 no.3 São Paulo 2011.

ROSA, Y. R. M. **De la Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Bela Vista do Piató,** Assú/RN. 2015.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.** 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017.

WHO. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: WHO; 2011** [acesso em 30 de Agosto, 2020]. Disponível em:< http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>