

Vidas em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: sentimentos e comportamentos

Living under treatment for Systemic Hypertension and Diabetes Mellitus: Feelings and behaviors

Vidas en Tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus: sentimientos, comportamientos

Naiara Pinto Alves Pereira^I

ORCID: 0000-0002-6530-7324

Fernanda Moura Lanza^{II}

ORCID: 0000-0001-8250-180X

Selma Maria da Fonseca Viegas^{III}

ORCID: 0000-0002-0287-4997

^I Prefeitura de Matozinhos. Matozinhos-MG, Brasil.

^{II} Universidade Federal de São João Del-Rei.

Divinópolis-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Pereira NPA, Lanza FM, Viegas SMF. Living under treatment for Systemic Hypertension and Diabetes Mellitus: Feelings and behaviors. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(1):102-10.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0500>

Autor Correspondente:

Selma Maria da Fonseca Viegas
E-mail: selmaviegas@ufsj.edu.br



Submissão: 18-10-2016 **Aprovação:** 18-07-2018

RESUMO

Objetivo: Compreender os sentimentos e comportamentos de pessoas em tratamento para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). **Método:** Estudo qualitativo embasado na Teoria Fundamentada nos Dados e no Interacionismo Simbólico, com 27 participantes em tratamento para HAS e DM acompanhados pela equipe Estratégia Saúde da Família. Procedeu-se a codificação aberta, axial e seletiva que originaram três categorias teóricas e a categoria central. **Resultados:** O cotidiano de vida está explícito no (des)cuidado de si com a doença crônica e sentimentos de tristeza e ansiedade são expressos como motivos condicionantes para o descontrolo da doença. Aponta que as pessoas se cuidam movidas pelo medo das complicações, reforçou a necessidade de orientação sobre o uso da medicação e do empoderamento do doente crônico para o autocuidado e cuidado do outro. **Considerações finais:** Conhecer comportamentos e sentimentos das pessoas com HAS e/ou DM permite uma atuação profissional além da condição crônica.

Descritores: Doença Crônica; Adesão à Medicação; Emoções; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

ABSTRACT

Objective: To understand the feelings and behaviors of people being treated for Systemic Hypertension (SH) and Diabetes Mellitus (DM). **Method:** A qualitative study based on Grounded Theory and Symbolic Interactionism, with 27 participants in treatment for SH and DM followed up by the Family Health Strategy team. Open, axial and selective coding was performed, giving rise to three theoretical categories and the central category. **Results:** The daily life is explicit in the (lack of) care of the self with the chronic disease and feelings of sadness and anxiety are expressed as reasons for the lack of control of the disease. It points out that people take care of themselves because of fear of complications, reinforced the need for guidance on the use of medication and the empowerment of the chronic patient for self-care and care for the other. **Final considerations:** Knowing behaviors and feelings of people with SH and/or DM allows a professional performance beyond the chronic condition.

Descriptors: Chronic Disease; Medication Compliance; Feelings; Diabetes Mellitus; Hypertension.

RESUMEN

Objetivo: Comprender los sentimientos y comportamientos de personas en tratamiento de la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la diabetes mellitus (DM). **Método:** Estudio cualitativo basado en la Teoría Fundamentada en los Datos y en el Interaccionismo Simbólico, con 27 participantes en tratamiento de la HAS y DM, y acompañados por el equipo Estrategia Salud de la Familia. Se procedió a la codificación abierta, axial y selectiva que originó las tres categorías teóricas y la categoría central. **Resultados:** El cotidiano de la vida está explícito en el (des) cuidado de sí con una enfermedad crónica. Los sentimientos de tristeza y ansiedad se expresan como motivos condicionantes para el descontrol de la enfermedad. Se señala que las personas se cuidan movidas por el miedo a las complicaciones. Se reforzó la necesidad de orientación sobre el uso de la medicación y del empoderamiento del paciente crónico para el autocuidado y cuidado del otro. **Consideraciones finales:** Conocer los comportamientos y sentimientos de las personas con HAS y/o DM permite una actuación profesional más allá de la condición crónica.

Descriptorios: Enfermedad Crónica; Adhesión a la Medicación; Emociones; Diabetes Mellitus; Hipertensión.

INTRODUÇÃO

Apesar de haver muitos avanços na saúde pública, doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) estão entre as mais comuns, dispendiosas e evitáveis de todos os problemas de saúde. Ainda há muito a ser feito na prevenção e controle da morbimortalidade por essas doenças⁽¹⁻²⁾.

Uma das funções essenciais que foram identificadas como críticas para a prática de saúde pública nos países das Américas é a garantia de serviços de saúde de qualidade⁽³⁾. Dentro dos elementos básicos para medir a qualidade dos serviços está o uso da avaliação das intervenções de saúde com o mais alto nível de rigor científico. Em relação à qualidade das intervenções na atenção às doenças crônicas, pode-se associá-la a diferentes fatores e, em particular, aos elementos que formam uma parte essencial para a atenção integral à saúde, que é considerar o que as pessoas em condições crônicas sentem, desejam e sofrem⁽⁴⁾.

Destarte, os determinantes sociais podem influenciar os resultados de saúde relacionados ao gradiente social, e estes podem ser classificados como mais proximal ao indivíduo ou mais distal do indivíduo. A maioria dos determinantes sociais distais são oportunidades e recursos socioeconômicos que afetam ambientes de vida e de trabalho. Os determinantes mais proximais afetam diretamente a saúde de um indivíduo, que são comportamentos e nível de acesso aos cuidados em saúde^(1,3). Embora a maior parte da variação na saúde é explicada ao nível individual, o próprio ambiente social deve ser considerado como uma possível influência relevante sobre a saúde dos doentes crônicos⁽⁴⁾.

As doenças crônicas HAS e DM apresentam altas taxas de morbimortalidade, com repercussões econômicas, sociais e comportamentais. Para o enfrentamento e aceitação dessas doenças, além de habilidades e conhecimentos para lidar com o complexo tratamento, é preciso que o indivíduo reavalie seus pensamentos, sentimentos e comportamentos frente à doença⁽⁵⁾.

Por serem doenças crônicas, podem despertar sentimentos de culpa, ansiedade, medo e dificuldades comportamentais de compreender o universo dos sentidos e emoções que surgem com o impacto do diagnóstico. É imprescindível que os sentimentos despertados sejam superados para que o doente crônico adquira confiança no processo de mudança de comportamentos e aprenda a viver com a doença sem medo⁽⁶⁾.

Reelaborar os sentimentos relacionados ao processo do adoecimento facilita a ocorrência do empoderamento por meio de mudança de comportamento, de suporte para a aceitação da doença, crescimento e realização pessoal, preservando a autonomia das pessoas adoecidas. A educação em saúde e o empoderamento são as principais intervenções da equipe multiprofissional na prática de promoção da saúde das pessoas que convivem com condições crônicas⁽⁷⁾.

Para que ocorram intervenções efetivas e com bons resultados de saúde, o profissional deve conhecer os embates que o indivíduo possui em relação à doença crônica, monitorar e acompanhar a prática do autocuidado na busca de falhas e potencialidades e, a partir dessa percepção, proporcionar conhecimentos atualizados sobre a doença, comunicação efetiva, escuta e compreensão, bem como a capacidade de negociação e obtenção de metas⁽⁸⁾. Destarte, justifica-se este estudo pela relevância da compreensão

dos sentimentos e comportamentos frente às experiências vividas pelas pessoas com HAS e/ou DM.

São vários fatores que podem contribuir para o comportamento desses indivíduos, destacando-se os que caracterizam a doença, como a cronicidade e as complicações; ao tratamento, como os efeitos indesejáveis dos medicamentos e os esquemas terapêuticos complexos; ao paciente, como a idade, o sexo, a escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e as crenças de saúde, sendo que as mudanças comportamentais são essenciais para o seguimento ideal do tratamento⁽⁹⁾.

Neste contexto questiona-se: Como é viver em tratamento para as condições crônicas de HAS e DM? Quais os sentimentos e comportamentos de pessoas em tratamento para a HAS e DM?

OBJETIVO

Compreender os sentimentos e comportamentos de pessoas em tratamento para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo foi desenvolvido mediante as diretrizes e normas regulamentadoras definidas na Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012. A coleta de dados se deu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del-Rei, Campus Centro-Oeste.

Referencial teórico-metodológico

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, segundo os referenciais da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)⁽¹⁰⁾ e do Interacionismo Simbólico⁽¹¹⁾.

A intenção principal da análise qualitativa é a compreensão. Para esse fim, levou-se em consideração a singularidade de cada uma das pessoas participantes, pois a subjetividade é uma manifestação do viver total, neste contexto, com as doenças HAS e/ou DM. A experiência e a vivência de um indivíduo acontecem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas pela cultura do grupo em que ele está inserido⁽¹²⁾.

A TFD visa compreender a realidade a partir da percepção ou significado que certo âmbito ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação e a interação dos participantes frente ao objeto pesquisado. Os procedimentos de análise na TFD têm o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos. Assim, esse referencial metodológico trabalha com o conceito de amostragem teórica⁽¹⁰⁾ que se refere à possibilidade de o pesquisador buscar seus dados por meio do depoimento de pessoas que indicam deter conhecimento acerca do objeto e da realidade pesquisada.

Este estudo foi fundamentado na teoria do Interacionismo Simbólico que traduz o significado como um dos mais importantes elementos na compreensão do comportamento humano,

das interações e dos processos, para alcançar uma compreensão plena do processo social⁽¹¹⁾.

O Interacionismo Simbólico vê o uso do significado, não apenas como a reprodução ou aplicação de significados já existentes, mas acredita que esse uso é feito a partir de um processo de interpretação. Esse processo consiste em duas etapas: Na primeira, o indivíduo especifica para si mesmo quais os elementos que possuem significado para ele, e estabelece-se uma comunicação ou interação do indivíduo com ele mesmo. Na segunda, o indivíduo transforma significados de acordo com a situação em que ele se encontra e a direção de seus atos. Desse modo, a interpretação é um processo formativo, onde significados são utilizados para orientar e formar ações⁽¹¹⁾.

Sendo assim, o Interacionismo Simbólico preocupa-se em entender a conduta humana baseada em seus aspectos internos, compreendendo como cada um lida com os fatos ou a realidade em torno de si e como isso influenciará sua realidade, que neste estudo referem-se à vivência de pessoas em tratamento da HAS e/ou DM.

Procedimentos metodológicos

O estudo foi realizado em um município de grande porte da Macrorregional Sanitária Oeste do estado de Minas Gerais, Brasil. São contabilizados no município 47 estabelecimentos públicos de saúde e possui 32 equipes da Estratégia Saúde da Saúde (ESF) implantadas. Outros estabelecimentos privados/filantrópicos participam de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles 03 hospitais e 16 serviços especializados.

A fonte de evidências foi a entrevista aberta, intensiva, individual, com roteiro semiestruturado que incluiu a coleta das características sociodemográficas dos participantes do estudo e as questões norteadoras, contextualizando o objeto em estudo. Na TFD, a entrevista aberta é empregada quando se desejam informações em profundidade por meio da exploração de experiências narradas com a finalidade de compreender o objeto em estudo. As questões inicialmente elaboradas propiciaram oportunidades para motivar e esclarecer o participante, permitiram flexibilidade ao questionar o respondente, ao determinar a sequência e ao escolher as palavras apropriadas⁽¹⁰⁾, o que proporcionou maior controle sobre a situação e maior avaliação da validade das respostas mediante a observação do comportamento não verbal do participante.

Participaram do estudo 27 usuários cadastrados em equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) que convivem com as doenças HAS e/ou DM. Desses 27 participantes, 24 são mulheres, a média de idade é de 64 anos, a renda média é de 1 e ½ meio salário mínimo, e a maioria deles são aposentados. Como critérios de inclusão do participante, adotou-se: Pessoa com HAS e/ou DM dos Tipos I e II, maior de 18 anos de idade, cadastrada e acompanhada pela equipe ESF, cenário da pesquisa; e de exclusão: Pessoas impossibilitadas, temporariamente ou permanentemente, de responder legalmente por seus atos. A amostragem foi por saturação teórica voltada "para o desenvolvimento, a densificação e a saturação das categorias".

Coleta, organização e análise dos dados

Os dados foram coletados e analisados concomitantemente, descrevendo, portanto, as primeiras reflexões no início da fase de coleta. Esse processo denomina-se análise constante. O método da

TFD é circular e, por isso, permite ao pesquisador certa flexibilidade para buscar outras direções reveladas pelos dados e aprofundar, nas entrevistas subsequentes, o foco do objeto em estudo frente à realidade vivida pelos participantes até ocorrer a saturação teórica⁽¹⁰⁾.

Os depoimentos foram captados, no período de fevereiro a julho de 2015, por meio de entrevista aberta, em horário de escolha dos depoentes, gravada mediante autorização dos participantes, com duração média de 20 minutos. A coleta de dados foi realizada nos domicílios dos participantes do estudo e atendeu ao critério metodológico de saturação teórica: Ocorrida quando nenhum dado relevante ou novo emergiu; percebida pela densidade de dados para o desenvolvimento da categoria central, e pelas relações entre as categorias subsidiárias estabelecidas e validadas em torno da categoria central⁽¹⁰⁾.

As etapas da análise consideraram a transcrição das entrevistas e a leitura minuciosa do texto para identificação das unidades de análise e o estabelecimento da codificação aberta, nesta fase foi elaborado um quadro com os 12 códigos *in vivo* e os dados. Em seguida, esses códigos foram separados por afinidade e semelhança, pela relação ou complementação de ideias ou expressões, configurando a codificação axial e a definição conceitual das categorias por meio da organização de suas propriedades e dimensões, relacionando-as. Para compreender o significado dos dados, efetuou-se o reagrupamento dos dados fragmentados na codificação aberta para determinar as condições causais, o contexto, as estratégias e as consequências para o fenômeno em estudo. Na codificação seletiva, foi atribuído um conceito para cada agrupamento de dados realizados, código por código, denominando as três categorias: "Vidas em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus"; "Quem precisa de cuidado se vê na condição de cuidador"; "Precisou adoecer para se cuidar". Assim, a descrição analítica dos relatos dos participantes da pesquisa levou à categoria central "Comportamentos e sentimentos no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus", que é o cimento condutor que coloca e mantém juntos todos os componentes da teoria⁽¹⁰⁾, ou seja, a categoria central torna explícita a experiência vivenciada pelos participantes da pesquisa no tratamento da HAS e/ou DM.

RESULTADOS

O paradigma da análise se constituiu das categorias: "Vidas em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus"; "Quem precisa de cuidado se vê na condição de cuidador"; "Precisou adoecer para se cuidar". Essas categorias foram comparadas, relacionadas e interconectadas de acordo com o modelo paradigmático⁽¹⁰⁾, definindo os elementos da análise pela condição determinante, contexto, estratégia e consequência do viver com a HAS e/ou DM. Os 12 códigos *in vivo* marcam o discurso dos participantes e denotam os incidentes comuns, as dificuldades, os comportamentos, os sentimentos.

Esse viver com a HAS e/ou DM implica: O tratamento medicamentoso *versus* tratamento não medicamentoso; a reeducação alimentar; o trabalho; a necessidade de orientação/informação sobre o uso da medicação; sobre a preocupação com a doença; o medo da doença; o autocuidado e o cuidado do outro. Os participantes da pesquisa declararam que precisaram adoecer

para se cuidar. A experiência vivida pelas pessoas com HAS e/ou DM determinam a categoria central: "Comportamentos e sentimentos no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus", apresentado na Figura 1.

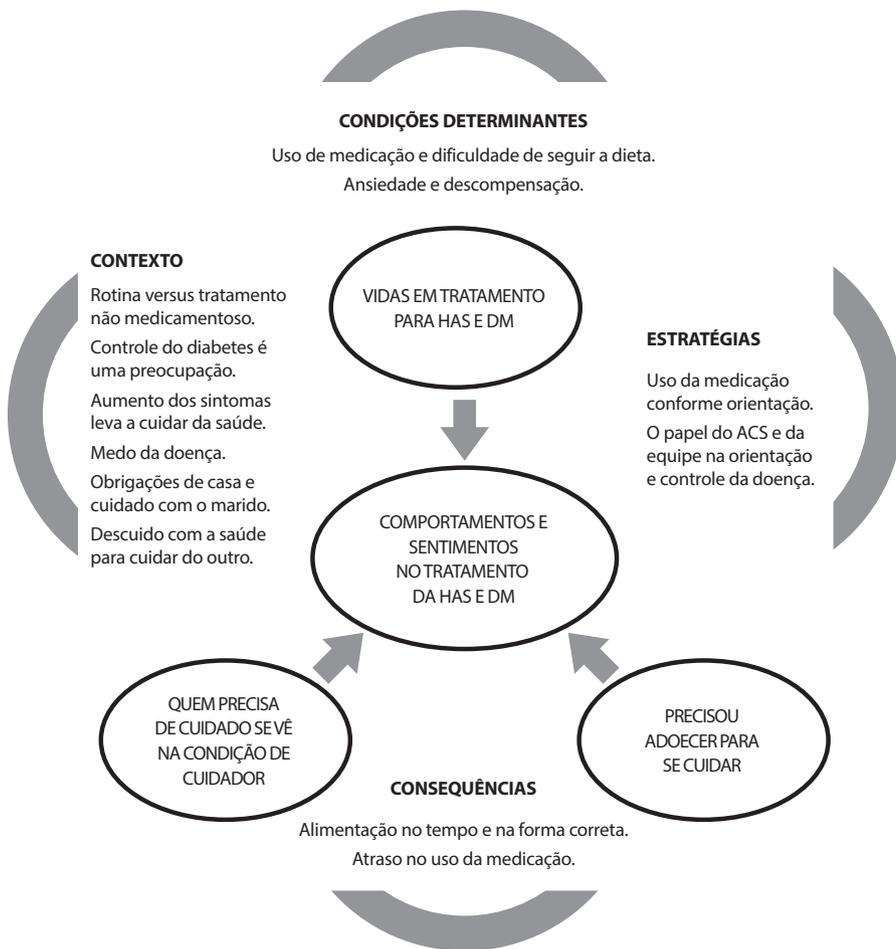


Figura 1 - Comportamentos e sentimentos no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

As três categorias trazem a representatividade e a ocorrência dos dados na amostragem teórica. Mediante o paradigma da análise, tornou-se explícita a experiência vivenciada pelos participantes, conforme os depoimentos abaixo:

Vidas em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

Condição determinante:

A ansiedade influencia na doença sim, porque eu fico nervosa e acabo sentindo palpitação e, às vezes, quando isso acontece eu olho e ela está alta. (E₂₁)

Quando eu estou ansiosa minha glicose sobe ou abaixa muito, na pressão também influencia. Eu sou muito carente, e isso influencia sim. Quando eu estou alegre eu olho a glicose e ela está boa, mas quando eu estou ansiosa ela está alterada. (E₂₃)

Contexto:

Eu estou tomando o Losartana, um de manhã de 50 mg, por minha conta sem passar pelo médico. Até estou programado para consultar com a médica para ver se ela arruma isso. (E₈)

Eu não cuido da minha saúde. Às vezes, aparece alguma coisa e tomo um dorflex ou um outro remedinho por minha conta mesmo, eu não sou de ficar procurando médico. (E₂₇)

Já que tenho o problema da diabetes tenho que fazer caminhada, aí sempre ou de manhã ou de tarde eu vou. [...] Eu já fui até na nutricionista para ela passar a dieta certinha para mim. (E₁)

São importantes os medicamentos que a gente recebe, principalmente agora que está tudo caro, tudo muito difícil! Se conseguir fazer uma economia de 100 reais já ajuda bem, mas mesmo que encontre só a metade dos medicamentos já ajuda. Agora se tiver paciência consegue consultas, exames e o atendimento é muito bom! Ajudar a cuidar, orientar. (E₉)

Tomo o remédio, até então não estava fazendo regime não, mas de vez em quando eu faço, para a pressão tem que diminuir o sal, mas eu não sigo sempre não. (E₂)

Eu tomo um remédio só, mas tem dia que tomo mais de um, quando sinto que a pressão está alta. (E₂₆)

Estratégia:

A médica pediu para seguir da forma que está na receita, ela coloca em detalhes para eu não esquecer como tomar o remédio, por exemplo, meia hora antes de se alimentar, depois do almoço. A função do Posto é isso: acompanhamento da médica e as orientações feitas pela médica, pela ACS e pela enfermeira. (E₂)

Guardo [os medicamentos] do jeito que o médico mandou, numa caixinha de madeira. A insulina eu guardo numa caixinha de louça dentro da geladeira, mais embaixo [...] Me ajuda muito, esse aqui [ACS] então... nosso Deus! Toda hora que precisa dele ele vem fazer as visitas direitinho, porque ele é meu Agente! (E₃)

É mais o regime, a medicação tomada na hora certa. Tem a insulina, eu tenho que alimentar primeiro para depois tomar. (E₁)

Eu me cuido bem, eu tomo o remédio direitinho. É não comer exagerado, comer de três em três horas como já me orientaram, tem dia que como assim, tem dia que faço só três refeições por dia. (E₁₀)

Vou comprar aquele aparelho de glicemia, porque se eu sentir esse mal estar eu olho e confirmo se está ficando alta mesmo, e aí tem que avisar o médico. Mas quando eu sinto que está mais alta eu tomo mais um comprimido de 150 mg. (E₁₄)

Consequência:

Eu evito o estresse, quando fico estressado, preocupado, ansioso demais ela sobe (a pressão arterial), quase toda doença se ficar angustiada a saúde fica comprometida (E₉).

Minha pressão é muito emocional devido ao meu serviço, é só eu ficar ansiosa que ela sobe, eu diminuo o sal sempre quando vejo que ela esta alterada e aumentei a pimenta, tomo muita água e tomo o remédio todos os dias (E₁₁).

Eu não como muito sal e nem gordura, só mais leve mesmo. O estresse não tem jeito, eu evito, mas é complicado, tem hora que sobe a pressão (E₂₁).

Eu sou muito ansiosa e acho que me prejudica. A ansiedade... Se você não come desconta tudo no cigarro! A pressão sobe quando eu estou com raiva (E₂₂).

Minha vida melhorou, eu ficava só deitada, hoje tenho mais energia, eu pensava que ia sofrer alguma coisa, eu sentia muita tonteira, mas melhorou muito. O remédio, não é? Se eu tomar o remédio e não fazer o regime não adianta, tem que comer pouco sal e evitar o doce, mesmo que seja difícil! Eu faço doce para eles, mas nem como, faço exercício físico quando dá e eu me sinto mais disposta (E₁₂).

Precisou adoecer para se cuidar

Condição determinante:

Eu descobri que era diabética quando fui à ginecologista e deu glicose na urina [...] Ela passou a dieta e eu pensei assim: vou fazer direitinho porque assim eu vou sarar. Eu era muito gorda, não fazia nada, passei a fazer dieta depois que descobri e consegui emagrecer quinze quilos. Antes de eu descobrir eu não me cuidava (E₂₅).

Eu pensava assim: eu não tenho medo de morrer eu quero morrer, estava tão difícil minha vida! Eu ia varrer a casa ou passar pano e não dava conta, eu estava muito gorda, pesando 94 quilos [...] Aí fui à doutora e ela me encaminhou para nutricionista. Primeiro a doutora falou comigo «você tem que emagrecer», mas eu dei conta? Comia muito, só comendo, aquela ansiedade, eu tomo fluoxetina para a ansiedade e eu engordando, engordando... (E₂)

Eu me senti mal, eu não tinha nada e descobro que estou doente, não tomava remédio nenhum, fiquei triste, tive medo, dependente de remédio, sabe? Percebi porque eu tinha dor na nuca. A médica olhou minha pressão e estava alta, a gente não quer nem para gente nem para ninguém (E₂₁).

Contexto:

Eu ando muito descuidado de mim, eu não ando me importando, mas agora está alterado e vou me cuidar mais (E₈).

Eu fiquei mais tranquila com a medicação, era muito agitada e nervosa, achando que minha vida não tinha graça nenhuma, eu tinha tudo e não tinha nada, hoje eu tenho a responsabilidade de cuidar de mim (E₁₀).

Estratégia:

Agora eu cuido direitinho, antes largava para lá, só queria saber de trabalhar, mas por conta dos problemas que eu tive, sigo direito o que o médico me passou. (E₁)

Se sinto alguma coisa vou ao posto, a ACS vem aqui e sempre dá as informações, marca exame, eu meço a pressão e a glicose. (E₂)

Eu sempre comi muita gordura, muita carne assada, muita fritura, só depois que eu adoeci que eu resolvi comer menos, diminuir mesmo, sabe? (E₂₆)

Agora outra coisa é a alimentação, eu como arroz integral, como fruta, tenho dia que me excedo eu como uns docinhos, mas agora tudo é diet, eu não posso fazer se não eu como tudo! A minha filha que traz. (E₃)

Consequência:

Controlei a diabetes que me preocupa muito. Lá no posto o pessoal me deu o aparelhinho e me ensinou a usar e controlar a glicose. (E₁)

Controlou a pressão e a glicose, a gente fica com medo, tem que cuidar! (E₂)

Eu tenho medo de perder a visão, morro de medo! Minha tia ficou cega devido à diabetes. (E₂₅)

Às vezes, eu me esqueço de manhã de tomar a medicação, mas quando lembro tomo na mesma hora. Agora o metformina eu tomo só um, ele passou dois, mas ele me deixa bamba e com o intestino solto, quando tomo dois nem consigo ir à igreja. (E₁₂)

De uns tempos para cá a pressão está ficando controlada, então não estou tomando medicamento à noite. (E₁₃)

Às vezes, onze horas eu costumo lembrar que não tomei o remédio e tenho que tomar sete horas da manhã. Tem dia que eu esqueço eu tomo meio dia, onze horas [Cuida das netas]. À noite eu tomo sempre nove horas, não me esqueço porque eu tenho medo de morrer. (E₄)

Quem precisa de cuidado se vê na condição de cuidador

Condição determinante:

Eu tenho que arrumar para ele [marido] aí eu arrumo para mim. Eu me lembro porque às oito eu tenho que arrumar a dele e aí eu já tomo antes que eu me esqueça. (E₃)

Contexto:

Uai... eu levanto seis e meia, vou cuidar dele [marido], trago a água para ele lavar o rosto, trago o café, remédio, insulina. Depois que eu vou cuidar de mim, vou medir minha glicose, fazer a minha insulina, medir a pressão, eu tenho que medir todo dia, anotar elevar para a médica, aí vou tomar meus medicamentos. (E₅)

Estratégia:

Eu estou precisando ir ao posto, consultar, medir a pressão que não estava muito alta não, mas a diabetes estava. Para mim é difícil,

sabe? Na parte da manhã eu fico com ela [neta], à tarde eu vou falar a verdade eu tenho desânimo de sair! [...] Eu não faço quase nada, eu não sigo, só o café com o adoçante, quando eu fui ao grupo lá no posto eu comecei a tomar adoçante. Tem dia que eu como muito arroz, eu tenho que parar com esse arroz, mas não como sal, quando coloco um pouco a mais de sal eu fico esquisita, já sei que foi o sal. (E₁₆)

Consequência:

Uai... eu estava muito relaxada com minha saúde, tudo era ele [marido], eu não queria que ele adoecesse, não queria que ele morresse, tudo era ele, eu não estava nem aí para mim, estava pensando em mim não, aí eu fui deixando, fui deixando... Minha diabetes ficou alta, engordei muito! Aí foi quando eu pensei: gente eu tenho que parar e cuidar de mim, porque se eu morrer quem vai cuidar dele, como é que eu faço? (E₅)

A vivência dos participantes da pesquisa simbolicamente denota seus sentimentos e comportamentos no tratamento da HAS e/ou DM que permeiam suas atitudes e seus fazeres em busca de soluções.

DISCUSSÃO

Na primeira categoria "Vidas em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus" os participantes desvelam os sentimentos e os comportamentos frente a essas condições, a Interação Simbólica da influência do adoecimento em seu viver e as relações que estabelecem para adequarem ao tratamento. Evidenciam o foco de prevenção primária e secundária e denotam as condições para o descontrole da Pressão Arterial (PA) e da glicemia.

A implementação de medidas de prevenção na HAS e DM representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos⁽¹³⁻¹⁴⁾.

As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: Alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

Quanto à DM tipo 1 (DM1), não tem uma base racional que se possa aplicar a toda população, as proposições mais aceitáveis baseiam-se no estímulo do aleitamento materno e em evitar a administração do leite de vaca nos primeiros três meses de vida, essas intervenções têm se baseado em imunomodulação ou imunossupressão. Em relação à DM tipo 2 (DM2), a prevenção primária baseia-se em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes, particularmente nos com tolerância à glicose diminuída⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Sentimentos, como ansiedade e preocupação são expressos como motivos condicionantes para o descontrole da PA e da glicemia. O estresse pode ser considerado qualquer força ou vivência que rompe o equilíbrio psicológico, logo provocará desequilíbrio homeostático em um organismo, elevando os níveis pressóricos. Esta elevação pode levar a descompensação da doença e aumento do risco de sequelas e mortes⁽¹⁵⁾. Modificações no estilo de vida,

incluindo terapias complementares, como a prática de yoga, podem diminuir a ansiedade e melhorar os índices pressóricos de indivíduos por meio da redução do estresse, aumentando a ativação parasimpática e alterando a sensibilidade dos barorreceptores. Uma revisão sistemática de todos os estudos publicados sobre yoga e HAS (totalizando 6.693 participantes) relatou que o yoga reduziu efetivamente a PA em populações normotensas e hipertensas. Esses estudos sugerem que o yoga é uma terapia adjunta eficaz para HAS e digna de inclusão em diretrizes clínicas⁽¹⁶⁾.

Em relação ao comportamento frente à doença, grande parte dos participantes da pesquisa afirma que se automedicam em busca do controle dos parâmetros e que não possuem o costume de procurar a unidade de saúde mediante sintomas. O comportamento de automedicar-se deve ser identificado pelos profissionais como um desafio a ser trabalhado. A maioria das pessoas não possui experiência e conhecimento adequados para avaliar a gravidade da doença, e um recurso terapêutico inadequado pode gerar efeitos adversos e mascarar sinais e sintomas de evolução da doença^(3,7,9).

Houve relatos de comportamentos dos participantes que favorecem sua saúde e diminuem o risco dos danos gerados pela descompensação da doença crônica. Referem-se ao uso adequado do medicamento, à alimentação balanceada, sem adição de açúcar e diminuição de gordura e sódio, e à prática de exercícios físicos regularmente. As medidas farmacológicas e as não farmacológicas são indicadas para evitar manifestações clínicas de descompensação e outras comorbidades⁽¹⁷⁾. Porém, a alimentação adequada foi expressa por alguns participantes dentro da ótica da privação, do 'regime', das proibições e restrições impostas às condições de adoecimento, o que expressa a condição de sofrimento frente a essas restrições.

A HAS e o DM impactam no aumento do encargo social e econômico para a sociedade, pois essas condições são afetadas por fatores ambientais, dentre eles a alimentação. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e a Estratégia Global compartilham do mesmo propósito central, que é fomentar a responsabilidade associada entre sociedade, setor produtivo e público para efetuar as mudanças necessárias no âmbito socioambiental, que favoreçam as escolhas saudáveis em níveis individual e coletivo, estímulo ao aleitamento materno, incentivo à alimentação saudável, à atividade física e combate ao sedentarismo, ao tabagismo e ao consumo de bebida alcoólica⁽¹⁸⁾.

Ao investigar os determinantes sociodemográficos e clínicos de 327 indivíduos com DM2 descontrolada que frequentam cuidados de saúde primários no distrito de OR Tambo, África do Sul, um estudo identificou elevada prevalência (83,8%) do DM2 descontrolada entre os pacientes, possivelmente atribuíveis ao sobrepeso/obesidade, vida sedentária, menor renda e falta de informação sobre diabetes. A abordagem desses determinantes vai exigir re-engenharia dos cuidados de saúde primários no distrito⁽¹⁹⁾.

Alguns participantes enfatizam que só alcançam um tratamento eficaz da HAS e do DM, pois estão amparados com a orientação e acompanhamento da equipe multidisciplinar, por ações de educação em saúde, associada ao controle periódico dos níveis de PA e/ou glicemia, aos exercícios físicos e à reeducação alimentar. A gestão do estilo de vida é um aspecto fundamental do tratamento do DM e inclui educação e apoio para o seu autotratamento, terapia nutricional, atividade física, aconselhamento sobre cessação do tabagismo e atenção psicossocial. Pessoas

nessa condição e prestadores de cuidados devem concentrar-se em como otimizar o estilo de vida desde o momento do diagnóstico, em todas as avaliações e acompanhamento subsequentes, e durante a avaliação de complicações e manejo de comorbidades para melhorar o tratamento do DM. A educação se concentra no apoio ao empoderamento das pessoas com DM, fornecendo as ferramentas para tomar decisões informadas de autogerenciamento⁽²⁰⁾.

A condução satisfatória do tratamento só se estabelece com uma postura ativa da pessoa. Esse enlace visa mudanças de comportamentos e o reforço positivo de atitudes corretas para o cuidado da saúde. O conhecimento das doenças está associado com a melhora da qualidade de vida, e proporciona maior aceitação da doença⁽²¹⁾. A visita domiciliar do ACS foi referida, pois profissional contribui para o acesso aos cuidados e facilita o uso adequado dos recursos da saúde disponíveis⁽²²⁾.

A segunda categoria "Precisou adoecer para se cuidar", identifica que alguns dos participantes da pesquisa só começaram a cuidar da sua saúde a partir da descoberta da doença e pelo medo das consequências de não se tratar.

A maioria dos entrevistados afirmou que não se cuidava antes da descoberta da doença. Um estudo apontou que pessoas que desconheciam o diagnóstico de HAS negligenciam o cuidado com a saúde antes de ter conhecimento da doença e adotaram medidas de autocuidado após orientação⁽²³⁾.

O sentimento de medo e tristeza levou os participantes a evitar danos e as complicações. Estudo abordou que as pessoas com diabetes estão sujeitas aos seus próprios medos e ao desamparo. Alcançar um bom controle da doença depende não só do paciente ou de cuidados de saúde prestados, pois o apoio da família também é indispensável para incluir no âmbito das estratégias e intervenções o controle e prevenção de complicações⁽²⁴⁾. Outro estudo realizado com pessoas em condições de HAS apresenta que o apoio social da família foi positivamente associado com a adesão à medicação e regular avaliação para o tratamento da doença⁽²⁵⁾.

Estudo sobre associação entre a sensibilidade à ansiedade e adesão à medicação para o tratamento da HAS descobriu que a sensibilidade alta à ansiedade foi fortemente associada ao abandono da medicação para HAS, mesmo após o ajuste para fatores de confusão conhecidos. Os resultados sugerem a educação dos pacientes que têm HAS não controlada e utilizar de suas estratégias adaptativas para gerir a sensibilidade à ansiedade, o que pode ajudar a melhorar a adesão à medicação e, portanto, menor risco cardiovascular⁽²⁶⁾.

O tratamento e adaptação às doenças crônicas é um processo lento, pois é preciso estabelecer o diálogo entre o saber das pessoas nessas condições com as possibilidades de promover o cuidado com a saúde, lidar com a doença e prevenir danos. São necessárias campanhas e ações educativas, mudança do estilo de vida, aceitação e implementação das medidas farmacológicas e não farmacológicas⁽²⁷⁾.

Baseado na educação em saúde, na solicitação de exames e nas ações assistenciais pela equipe multidisciplinar, um estudo descreve que a partir das demandas das pessoas com HAS e DM elas demonstram uma mudança de comportamento por meio da confiança depositada nas orientações dos profissionais e em seguir corretamente a conduta estabelecida. O conhecimento sobre a doença crônica pode influenciar o comportamento da

pessoa e proporcionar mudanças efetivas, capacitando as pessoas adoecidas para que, por meio dos seus próprios meios, desenvolva mecanismos para identificar e prevenir complicações⁽²³⁾.

A categoria "Quem precisa de cuidado se vê na condição de cuidador" evidencia que alguns participantes da pesquisa mesmo convivendo com a doença crônica são responsáveis pelo cuidado do outro, membro da família. Demonstra em segundo plano o cuidado de si como doente crônico, ou esse cuidado passa a ser, algumas vezes, ineficiente em virtude da sobrecarga vivenciada como cuidador do outro.

As participantes que possuem companheiros acamados ou que cuidam de netos declaram que antes de cuidar de si, cuidam deles. Há atraso no uso da medicação por esquecimento, já que todo o tempo é consumido no cuidado ao outro. No caso das avós, pode ocorrer queda na qualidade da saúde física e emocional das mesmas, com aumento dos casos de depressão e baixa capacidade de perceber o descontrole da doença como um risco. Pode haver conflitos na vida familiar, distanciamento da vida social, o que possivelmente acarreta cansaço, esgotamento emocional e físico⁽²⁸⁾.

O processo de conviver e cuidar de um familiar com doença crônica que possui grau de incapacidade também é uma tarefa árdua. Pode acarretar, para quem cuida, uma sobrecarga que é potencialmente promotora de estresse, ansiedade, medo e sofrimento, evoluindo, na maioria das vezes, para um processo de rompimento do equilíbrio hemodinâmico, problemas físicos, psicológicos ou emocionais e o descuido com a própria doença⁽²⁹⁾.

Estudo realizado em comunidade chinesa com 318 pessoas com HAS demonstrou que cerca de 22,3% e 15,4% dos participantes relataram sintomas de ansiedade e depressão, respectivamente⁽²⁵⁾.

Estudo com 178 pacientes, 20-70 anos de idade, que iniciaram o tratamento anti-hipertensivo, sem outras condições crônicas, e não tomavam drogas modificadoras de humor, detectou que o risco de não adesão foi de 52,6% em 12 meses. Após o ajuste para outros fatores de risco, os indivíduos com pelo menos leve depressão e aqueles com, pelo menos ansiedade leve foram 2,48 e 1,59 vezes mais chances de se tornar não aderentes nos 3 meses seguintes, respectivamente. O rastreamento para os sintomas de depressão e ansiedade pode ser usado para identificar pacientes de alto risco⁽³⁰⁾.

Para o envolvimento ativo da pessoa com HAS na adesão ao tratamento, monitoramento da PA, e melhora do comportamento de autogestão e dos resultados clínicos, o uso da tecnologia de telefonia móvel e de ferramentas de monitoramento fornece aos indivíduos motivação para melhorar a sua gestão de saúde, com um benefício adicional acima e além da motivação por si só⁽³¹⁾.

Deve-se considerar que os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que eles atribuem a essas coisas, que são derivados de, ou é anterior à interação social que uns têm com outros e com a sociedade. Esses significados são controlados em, e modificados por um processo interpretativo usado pelas pessoas interagindo entre si e com as coisas que elas encontram⁽²¹⁾.

O mundo simbólico só se constrói por meio da interação entre duas ou mais pessoas e, portanto, o simbolismo não é resultado de interação do sujeito consigo ou mesmo de sua interação com a doença crônica, objeto deste estudo. Apesar de este estudo ter apresentado um sentido individual dos participantes e o significado da vivência com a doença crônica, considera-se uma base para todos e quaisquer sentidos que cada um dá às suas próprias ações, pois ela é fundada nas interações do indivíduo, ou naquilo que o "eu"

faz, sendo regulado pelo que “nós” construímos socialmente. Dessa forma, os participantes da pesquisa demonstram em seus depoimentos como devem se tratar, explicitam as condutas profissionais, o que entendem pela doença e o que se vive socialmente, já que o tratamento medicamentoso e não medicamentoso já faz parte do seu conhecimento e é divulgado por vários meios em sociedade.

Limitações do estudo

A limitação deste estudo se situa na restrição do cenário, um município de grande porte. Embora o estudo tenha discutido os significados individuais do viver com a HAS e DM, os resultados evidenciam significados básicos que podem compartilhar da vivência de outras pessoas frente ao tratamento para essas condições crônicas.

Contribuições para a área da Enfermagem e da Saúde

Este estudo possui importantes subsídios para que os profissionais da Saúde e da Enfermagem possam ter um olhar sobre os significados bem singulares de indivíduos vivendo em tratamento para a HAS e/ou DM, configurados na interpretação dos sentimentos e comportamentos de cada um dos participantes, em uma visão sociológica de vidas em adoecimento. Como também, para intervenções eficazes e eficientes para tornar menos desgastante o tratamento da condição crônica e obter melhores resultados de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo desvelou os comportamentos e sentimentos dos participantes da pesquisa, revelando suas atitudes no dia a dia

em relação ao cuidado com a doença, seus sentimentos, como tristeza, ansiedade, medo e que esses sentimentos interferem no controle dos parâmetros aceitáveis no quadro desses adoecimentos.

Os participantes conhecem que o tratamento deve ser medicamentoso e não medicamentoso, que a equipe multiprofissional deve estar preparada para lidar com essas pessoas, orientando-as. O tratamento da HAS e DM só será efetivo caso a pessoa entenda a história da doença e a importância de seguir as orientações para o autocuidado.

O tratamento da pessoa com DM e/ou HAS e a adoção de atitudes para mais qualidade de vida é, ainda, um grande desafio. Depende do diagnóstico precoce, de condutas estabelecidas frente às pessoas acometidas e que dotam de autonomia e liberdade de escolhas para viverem a condição crônica.

Estratégias de suporte para essas pessoas em adoecimento crônico devem ser estimuladas. As intervenções realizadas devem ter o objetivo da construção compartilhada de conhecimentos que permitam auxiliar essas pessoas na reorganização da estrutura emocional, de adaptação e de tratamento diante da condição crônica. Dar suporte à pessoa em condição crônica facilita a manutenção do bem-estar e do equilíbrio físico e mental por meio da autonomia e do conhecimento.

Essas considerações defendem uma saúde pública com garantia de serviços de saúde de qualidade e intervenções efetivas para impactar sobre a morbimortalidade por HAS e DM, como também uma abordagem política expansiva que considere como os determinantes sociais afetam diretamente a saúde de um indivíduo, sobretudo, nos comportamentos e no nível de acesso aos cuidados em saúde e que podem ser modificados para melhorar a saúde das populações.

REFERÊNCIAS

1. Shaw KM, Theis KA, Self-Brown S, Roblin DW, Barker L. Chronic Disease Disparities by County Economic Status and Metropolitan Classification, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2013. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 29];13:160088. Available from: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.160088>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chronic Disease Prevention and Health Promotion [Internet]. Atlanta (GA): CDC-INFO; 2018 [cited 2016 Jul 20]. Available from: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm>
3. Avalos García MI, López Ramón C, Morales García MH, Álvarez HRP, Pérez SMGG, Foster NRC. Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes. *Aten Primaria* [Internet]. 2017 [cited 2016 Aug 29];49(1):21-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.012>
4. López-Ramón C, Ávalos-García MI. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Rev Cubana Salud Pub* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 29];39(2):331-45. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_2_13/spu13213.htm
5. Almeida AM, Nunes FA, Rezek GSS, Novo NF, Schnaider TB. Qualidade de vida, autoestima, depressão e espiritualidade em pais cuidadores de menores diabéticos. *Rev Med Res* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 02];14(2):94-100. Available from: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/248/238>
6. Martins EMCS, Ataíde MBC, Silva DMA, Frota MA. Vivência de mães no cuidado à criança diabética tipo 1. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 02]; 14(1):42-9. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3323/2561>
7. Guedes NG, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL, Lopes MVO, Ximenes LB, NFC Vieira. Nursing interventions related to health promotion in hypertensive patients. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 12];25(1):151-56. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/en_v25n1a26.pdf
8. Carvalho TH, Afonso RI, RC, Faria P. [Telephone-based monitoring: an educational strategy for diabetes self-care at the primary health care level]. *Ciênc Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 28];19(1):95-105. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100009> Portuguese.

9. Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2012; [cited 2015 Sep 21];20(1):67-72. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3979>
10. Corbin J, Strauss. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage. 2008. 456 p.
11. Blumer, Herbert. *Symbolic Interactionism: perspective and method*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1969. 208 p.
12. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Rev Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 12];17(3):621-26. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/en_v17n3a07.pdf
13. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010 [cited 2018 Oct 28];95(1 supl.1): 1-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>
14. Standards of medical care in diabetes--2015: summary of revisions. *Diabetes Care*. 2015;38 Suppl:S4. doi: 10.2337/dc15-S003.
15. Lopes NP, Salzbron CA, Barroso MC, Ribeiro SJP, Webber JS, Rosa PCL, Borges BE, Heimbecher C. Perfil de fatores determinantes da HAS de uma população específica em uma região delimitada de Curitiba-PR. *Rev Curso Enferm Curitiba*, 2015;1(1):1-11.
16. Tyagi A, Cohen M. Yoga and hypertension: a systematic review. *Altern Ther Health Med* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 12];20(2):32-59. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24657958>
17. Gomes MA, Cruz FAO, Fragoso VMS, Pinto GC. Análise da automedicação em pacientes com diabetes. *Vivências* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 12];9(16):193-200. Available from: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_016/artigos/pdf/Artigo_20.pdf
18. Martinez S. A nutrição e a alimentação como pilares dos programas de promoção da saúde e qualidade de vida nas organizações. *Mundo Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 21];37(2):201-7. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/nutricao_alimentacao_pilares_programas_promocao.pdf
19. Adeniyi OV, Yogeswaran P, Longo-Mbenza B, Ter Goon D, Ajayi AI. Cross-sectional study of patients with type 2 diabetes in OR Tambo district, South Africa. *BMJ Open*. 2016;296(7):e010875. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010875
20. American Diabetes Association. *Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes 2018*. *Diabetes Care*. 2018;41(Suppl.1): S38-S50. doi: 10.2337/dc18-S004
21. Santos L, Torres HC. Educational practices in diabetes mellitus understanding the skills of health professionals. *Text Context Nursing* [Internet]. 2012 Jul-Sep [cited 2015 Sep 21]; 21(3): 574-80. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a12.pdf
22. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. [Community health worker: a core element of health actions]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 25]; 18(7):2147-56. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030> Portuguese.
23. Souza NPG, Oliveira GYM, Girão ALA, Souza LM, Maniva SJCF, Freitas CHA. [Conceptions of illness from hypertension and Diabetes Mellitus among a group of hospital inpatient]. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 12];23(1):52-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.15579> Portuguese.
24. López-Ramón C, Ávalos-García MI, Morales-García MH, Priego-Álvarez HR. Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: un estudio cualitativo. *Salud Tabasco* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 12];19(3):77-84. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48730715002>
25. Hu HH, Li G, Aro T. The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *J Hum Hypertens*. 2015;29(3):198-203. doi: 10.1038/jhh.2014.58
26. Alcántara C, Edmondson D, Moise N, Oyola D, Hiti D, Kronish IM. Anxiety sensitivity and medication nonadherence in patients with uncontrolled hypertension. *J Psychosom Res*. 2014;77(4):283-6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.07.009
27. Alves BA, Calixto AATF. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde do interior paulista. *J Health Sci Inst* [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 12]; 30(3):255-60. Available from: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf
28. Mainetti AC, Wanderbroocke ACNS. Avós que assumem a criação de netos. *Pensando Fam* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 21]; 17(1):87-98. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100009
29. Manuel MF, Teston EF, Waidman MAP, Decesaro MN, Marcon SS. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 21];17(2):346-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200020>
30. Bautista LE, Vera-Cala LM, Colombo C, Smith P. Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. *Am J Hypertens*. 2012;25(4):505-11. doi: 10.1038/ajh.2011.256
31. Kim JY, Wineinger NE, Steinhubl SR. The Influence of Wireless Self-Monitoring Program on the relationship between patient activation and health behaviors, medication adherence, and blood pressure levels in hypertensive patients: a substudy of a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2016;18(6):e116. doi: 10.2196/jmir.5429