

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MÁRCIA DAMIANA ISOTON

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DIABÉTICOS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA ARAÇÁ I ACERCA DO AUTOCUIDADO

PORTO ALEGRE

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MÁRCIA DAMIANA ISOTON

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DIABÉTICOS DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA ARAÇÁ I ACERCA DO AUTOUIDADO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial
para obtenção do Certificado de
Especialização em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paul Douglas Fisher

PORTO ALEGRE

2010

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãos pelo apoio e carinho.

Aos diabéticos moradores da Vila Anair que se mostraram interessados em colaborar na pesquisa, principalmente aos que participaram da entrevista, pelo tempo dispensado.

Ao Professor Doutor Paul Douglas Fisher, pelo incentivo e orientação.

A todos os colegas de unidade Araçá I, pela compreensão.

À Sandra Maia pela colaboração na coleta dos dados.

À Flávia Campos pelas “horas” dispensadas em escutar.

À Carla Tarasconi pela ajuda de sempre.

Aos colegas de turma pela companhia nos sábados à tarde.

Aos professores do curso, pelo conhecimento repassado.

À Raquel Barreto pela disposição em colaborar.

À Helena Lermenh por servir de inspiração.

“Ser diabético significa vivenciar uma profunda transformação em seu mundo, aprender a viver com certas limitações e situações que exigem domínio físico e psíquico de si mesmo. Poucas doenças crônicas requerem do paciente um grau tão elevado de atenção e automonitorização quanto o diabete” (Baptista, 1992).

RESUMO

O presente trabalho é um estudo quanti-qualitativo descritivo sobre as percepções que os diabéticos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) possuem acerca do seu autocuidado. A pesquisa foi composta de duas etapas. Na primeira etapa da pesquisa ocorreu a aplicação de questionário sobre o conhecimento e hábitos dos diabéticos para 76, dos 90 diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde da Família da Família Araçá I. A segunda etapa constou de uma entrevista semi-estruturada com 10 diabéticos escolhidos por conveniência, sendo 5 mulheres e 5 homens. Nas entrevistas buscou-se conhecer de forma mais aprofundada as percepções e valores presentes no cuidado com o diabético. A análise quantitativa ocorreu por meio dos dados obtidos através das planilhas das respostas dos questionários, e a qualitativa foi realizada por métodos de análise de conteúdo das entrevistas realizadas. A amostra de diabéticos demonstrou que a escolaridade, a convivência com a família e a comunidade, e o vínculo com a equipe de saúde interferem diretamente na percepção que os diabéticos possuem do cuidado. Através dos questionários ficou demonstrado que os diabéticos estudados possuem dúvidas e poucos esclarecimentos sobre a doença e as suas complicações. As entrevistas mostraram comportamentos e hábitos pouco saudáveis e dificuldades em alterá-los. Os padrões de comportamento são comuns, independente se analisados por sexo, faixa etária ou tempo de diagnóstico da doença.

Unitermos: percepção, autocuidado, diabete mellitus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Composição da amostra segundo a faixa etária	19
Figura 2 - Composição da amostra segundo a escolaridade.....	20
Figura 3 - Composição da amostra segundo o estado civil.....	20
Figura 4 - Composição da amostra segundo o tempo de diagnóstico da doença.....	21
Figura 5 - O diabetes é um problema de saúde?.....	21
Tabela 1 - O diabete atinge que órgãos?.....	22
Tabela 2 - São fatores que pioram o diabete:.....	22
Figura 6 - Quais complicações possui?.....	23
Tabela 3 - Estes alimentos auxiliam a diminuir a quantidade de açúcar e gorduras no sangue?.....	24
Tabela 4 - Assuntos tratados na Unidade de Saúde da Família:.....	25
Figura 7 - Você busca ou buscou na Unidade de Saúde da Família algumas das seguintes atividades?.....	25
Figura 8 - A equipe de saúde colabora no seu tratamento?.....	26
Figura 9 - A equipe de profissionais é responsável pela sua saúde?.....	26
Figura 10 - Você é responsável pela sua saúde?.....	27
Figura 11 - Você sente-se bem com o seu peso?.....	28
Figura 12 - Você consegue manter o controle alimentar nas festas?.....	29
Figura 13 - Você deixa de ir a eventos sociais porque terá que cuidar da alimentação?.....	29
Figura 14 - Sabendo que você é diabético as pessoas oferecem alimentos que ajudam a controlar o açúcar no sangue?.....	30
Tabela 5 - Quais as mudanças de comportamento mais difíceis de serem cumpridas?.....	30
Tabela 6- Em que circunstâncias você procura aprender sobre o diabete?.....	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	8
1.2 JUSTIFICATIVA	10
1.3 OBJETIVOS.....	11
1.3.1 Objetivo geral	11
1.3.2 Objetivos específicos	11
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	11
2.1 COLETA DE DADOS.....	12
2.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	13
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
3.1 O DIABETE.....	13
3.2 O AUTOCUIDADO.....	15
3.3 PRÁTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	17
4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS	19
4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA.....	19
4.2 CONHECIMENTOS E PERCEPÇÃO DA DOENÇA.....	21
4.3 DIABÉTICO E A EQUIPE DE SAÚDE: A INTERAÇÃO É POSSÍVEL?.....	24
4.4 O COMPORTAMENTO E O AUTOCUIDADO.....	27
4.5 AS ENTREVISTAS.....	31
4.5.1 Conhecimento sobre o Diabetes e comportamentos presentes	31
4.5.2 Percepções da doença, do cuidado e de si próprio	36
4.5.3 Utilização dos serviços de saúde e expectativas dos usuários	37
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
5.1 A ESCOLARIDADE.....	39
5.2 PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS: UMA CONDIÇÃO OU HÁBITO?.....	40
5.2.1 Alimentação	42
5.2.2 Medicação	43
5.2.3 Atividade física e participação em grupos comunitários	43
5.2.4 O papel familiar	44
5.2.3. O profissional de saúde e o diabético	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48
ANEXO A (QUESTIONÁRIO).....	50
ANEXO B (ENTREVISTA).....	54
ANEXO C (MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO DO QUESTIONÁRIO).....	55
ANEXO D (MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO DA ENTREVISTA).....	56

1 INTRODUÇÃO

O diabetes melitus (DM) do tipo II é um grupo heterogêneo de problemas anatômicos e químicos, que ocorre devido a pouca absorção ou produção da insulina, é caracterizado pelo elevado nível de glicose sanguínea. Diferencia-se do diabetes do tipo I por não ser insulino dependente em todos os casos e por ser adquirido por fatores, na maioria das vezes, comportamentais e de estilo de vida. Existem fatores de risco modificáveis tais como: sobrepeso, fatores dietoterápicos, sedentarismo, tabagismo, estresse e outros inerentes a sociedades urbanas e industrializadas.

As complicações do diabetes e das doenças associadas são desgastantes e onerosas, tanto financeiramente, como fisicamente. As mais comuns são: a retinopatia diabética, a doença coronariana, a isquêmica cerebral, a neuropatia e a nefropatia diabética. As medidas preventivas podem atuar também diminuindo as complicações.

O diabetes diminui a expectativa de vida e gera alto custo aos cofres públicos e aos doentes. Devido a isso, é considerado um grave problema de saúde pública e necessita de esforços conjuntos entre o profissional de saúde, o paciente e a comunidade profissional da saúde e a comunidade para que as intervenções sejam produtivas. A identificação precoce e o vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde são imprescindíveis para o sucesso do controle deste agravo.

O portador de doença crônica, e especialmente o diabético, está inserido na família e na comunidade. Sendo assim os mesmos influenciam na condição de saúde do diabético. Outro fator que influencia é o acesso aos serviços de saúde e as políticas existentes para os portadores do diabetes. É necessário que se veja o diabético como portador de uma patologia multifatorial, que necessita de suporte complexo que abrange: apoio familiar e da comunidade conhecimento da sua doença, integração da rede de atendimento, melhorias das condições socioambientais, e principalmente, mudanças nos hábitos cotidianos.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo de atenção à saúde planejada em nível central, e implantada, desde 1994, em determinadas localidades com áreas específicas de atuação. Caracteriza-se pela ação na atenção básica e pela inserção

em comunidades de risco. Os profissionais que atuam na ESF criam vínculos e maior acompanhamento da situação de doença e saúde da comunidade.

O município de Cachoeirinha, no Rio Grande do Sul, pertence à região metropolitana de Porto Alegre. A população de Cachoeirinha é de cerca de 120 mil moradores, destes 18% são cobertos pela ESF em 8 equipes de saúde.

Dos programas do Ministério da Saúde (MS) para o paciente diabético, o Programa HIPERDIA é o mais abrangente. Em Cachoeirinha estão cadastrados 3150 pacientes.

A Unidade de Saúde da Família da Família Araçá I foi inaugurada em 2004, em uma área carente localizada na vila Anair. São cadastrados nessa unidade, no programa HIPERDIA, 90 pacientes. A comunidade caracteriza-se: com baixas condições econômicas, com prática preventiva inadequada e escolaridade baixa. Os hábitos de vida existentes são pouco saudáveis, não há locais propícios para atividade física e a alimentação é feita à base de produtos industrializados. Uma grande parte das famílias sofre com violência e stress, por ser moradores em local de tráfico de entorpecentes.

Na Unidade de Saúde da Família são realizados grupos comunitários com o intuito de educar para a saúde e de oferecer atividades e programas para que os moradores sejam parceiros em seu cuidado. Porém, a adesão aos mesmos é pequena.

Nessa comunidade existe uma falta de integração entre a equipe, o portador de diabete, e a sua família e comunidade. A saúde é vista, pelos pacientes, como curativa e pouco preventiva, e pelos profissionais de saúde, como algo impositivo, no momento em que o conhecimento científico é colocado em prática. Os profissionais não estão preparados para atuar preventivamente, e o atendimento da demanda espontânea fica em contraposição à promoção em saúde e a qualidade de vida do diabético.

Em muitas situações executadas pelos profissionais da ESF, observa-se o predomínio da falta de vínculo entre o usuário e a equipe de saúde. Os profissionais não estão preparados para atuar preventivamente, e o atendimento da demanda espontânea fica em contraposição ao trabalho educativo.

As definições de qualidade de vida são vinculadas à felicidade, independência, controle, bem estar, satisfação e outros fatores. O que realmente vai definir a qualidade de vida de uma pessoa é a percepção da sua própria vida, no contexto dos seus valores e em relação as suas expectativas. Buscamos, com a realização deste trabalho, conhecer o diabético e a sua comunidade e determinar a importância de seu meio ambiente social e dos serviços de saúde no controle e a adesão ao tratamento da sua patologia. A

hipótese é que o nível de escolaridade, a integração com a equipe profissional, e o apoio familiar e da comunidade interferem diretamente no auto cuidado do diabético.

1.2 JUSTIFICATIVA

Para melhorar o atendimento ao portador do diabetes é preciso estar atento para o gênero, a idade, a escolaridade, pois são fatores importantes na condução de qualquer orientação ou fala de agentes promotores de saúde. Trabalhar com a comunidade, procurar conhecê-la, ser participante da mesma, se faz necessário. A interação e confiança entre profissional x paciente é essencial para que ocorra a melhora da situação de saúde. Perceber o usuário, reconhecer as suas dúvidas, oferecer conhecimentos de forma simplificada, é fundamental para atuar em saúde pública.

Este trabalho justifica-se, pois será para esta comunidade uma forma de expressão, e através dos dados, poderemos em conjunto com a equipe multiprofissional (re)pensar a forma de atuação revendo as ações em saúde. O ciclo que se pretende formar com este estudo é através da percepção do usuário, buscar nas suas necessidades e interesses uma forma de co-responsabilização no cuidado, e mostrar que os mesmos são agentes transformadores da sua situação de saúde.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Descrever a percepção que os diabéticos da Unidade de Saúde da Família Araçá I possuem acerca do auto cuidado, da relação com a equipe de profissionais, dos comportamentos e hábitos existentes.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Conhecer como os diabéticos da ESF Araçá I entendem sua doença.
2. Determinar o impacto do Diabete na vida e no bem estar do paciente.
3. Esclarecer como o paciente diabético percebe o seu papel e do sistema de saúde no controle da doença.
4. Aprofundar sobre as questões do autocuidado e entender as suas percepções relacionadas à divisão de responsabilidades entre si e o sistema de saúde.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo descritivo quali-quantitativo. A abordagem quantitativa é uma análise das respostas a um questionário estruturado (anexo A) sobre conhecimento da patologia e fatores de risco, o comportamento do portador, as percepções do portador em relação á suas responsabilidades e as do serviço de saúde. A abordagem qualitativa é um aprofundamento das opiniões através de entrevistas em quais existe uma liberdade maior de expressão. O resultados quantitativos e qualitativos foram analisados em conjunto para criar um contexto pessoal e socioambiental do diabético e os desafios cotidianos enfrentados em relação ao controle da sua condição.

2.1 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada com 76 pacientes diabéticos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), referente a ESF Araçá I. A amostra representa 84% da população local de diabéticos. Para serem incluídos na amostra, além do cadastro no SIAB, os pacientes deveriam estar sendo acompanhados pela agente de saúde e ter pelo menos 30 anos de idade.

A abrangência da totalidade dos diabéticos na etapa quantitativa não aconteceu, pois os mesmos não foram localizados no domicílio, embora várias tentativas tenham sido feitas para atingir a totalidade.

O questionário (anexo A) foi composto por questões fechadas, previamente definidas, caracterizando um levantamento. As questões se dividiram em perguntas sobre a patologia, sobre os comportamentos, hábitos existentes e o vínculo com a equipe de saúde. Essa etapa foi realizada no domicílio do diabético, pela pesquisadora e por uma agente de saúde treinada, no período de 02 de fevereiro a 02 de março de 2010.

A entrevista semiestruturada (anexo B) foi feita com 10 pacientes diabéticos que responderam ao questionário. As entrevistas duraram em média, 60 minutos e foram audiogravadas. A amostra foi definida por afinidade, sendo metade escolhida pelo vínculo dos pacientes com os profissionais de saúde, e a outra parcela por não possuí-lo. O sexo também foi fator de escolha, sendo 50% masculino e 50% feminino. As entrevistas foram previamente agendadas, e realizadas nos domicílios dos pacientes. Procurou-se, durante as entrevistas, que o ambiente fosse o mais propício (dentro dos limites viáveis), sem interferências ou situações que comprometessem a fala ou a individualidade. Essa etapa foi realizada somente pela pesquisadora, no período de 10 de março a 10 de abril 2010.

Em relação aos procedimentos éticos, foram entregues termos de consentimento livre e esclarecido (anexo C) ao moradores antes da aplicação dos questionários, para que os diabéticos soubessem quais seriam os fins da pesquisa, bem como seus direitos assegurados quanto à preservação da sua identidade, à autorização do uso do material coletado e ao poder de recuar da decisão. Para os diabéticos que participaram da entrevista, também, realizou-se o mesmo procedimento (anexo D).

2.2 ANÁLISE DE DADOS

Nas respostas as perguntas do questionário, que envolvem mais de uma escolha, foram consideradas todas, sem grau de preferência ou pontuação. Os dados foram digitados em uma planilha Excel, transformados e sumarizados em gráficos e tabelas segundo sexo, tempo de diagnóstico da doença, e faixa etária da amostra. Segundo Neves (1996), os dados quantitativos tem um aspecto descritivo importante na sua realização.

Para os dados qualitativos foi utilizado o método de análise de conteúdo, ou seja, as mensagens e observações foram interpretadas de modo a tornar possível a compreensão dos significados dos resultados e fenômenos encontrados. A análise dos dados quantitativos e qualitativos foram feitos separadamente para, após, utilizar-se do método de triangulação. As triangulações podem estabelecer ligações entre descobertas de diferentes fontes, ilustrá-las e torná-las mais compreensíveis. Na triangulação são utilizados múltiplos métodos para estudar um determinado problema de investigação. É um método complexo que consiste em colocar cada método em confronto com outro para a maximização da sua validade (Morse, 1991).

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 DIABETE

O diabetes vem se transformando em doença crônica não transmissível, com perfil epidemiológico diferenciado. Segundo Carvalho (2009), está ocorrendo transição epidemiológica, na qual doenças endêmicas de possíveis incidências em áreas rurais e urbanas convivem com o incremento de doenças crônicas não transmissíveis. Como fatores contributivos para o aumento da incidência do diabetes estão a mudança na base da pirâmide da faixa etária e a elevação do número de idosos, que estão mais predispostos a estas doenças.

O diabetes é uma doença multifuncional, com inúmeras consequências para os portadores, com alta prevalência em todos os continentes. O diabetes está se tornando a epidemia do século, e já afeta cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. Até

2025 a previsão é de que esse número chegue a 380 milhões. A ocorrência média de diabetes na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, o que representa 6.399.187 de pessoas que confirmaram ser portadoras da doença no Brasil. (Brasil, 2007).

Conforme dados do Ministério da Saúde (2007), as consequências para o diabético são devastadoras: 4 milhões de mortes anuais, que representam 9% da mortalidade mundial. O maior custo recai sobre os portadores, suas famílias e seus amigos. A redução da expectativa de vida é em torno de 15 anos, para o diabetes tipo I, e 5 a 7 anos para o diabetes tipo II. Os adultos com diabetes possuem risco 2 a 4 vezes maior de contrair doença cardiovascular e isquemias cerebrais. O diabetes hoje, é a causa mais comum de amputação de membros inferiores. Representa 62,1% de diagnóstico primário em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. No Brasil, o diabetes em conjunto com a hipertensão arterial sistêmica é a maior causa de internações hospitalares e mortalidade em adultos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima, através de estudos, que após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos pela patologia estarão cegos e 10% com deficiência visual grave. Além disso, estima-se que no mesmo período da doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 20 a 35% de neuropatias e 10 a 25% terão desenvolvido doenças cardiovasculares.

O diabetes do tipo II é uma síndrome plurimetabólica de etiologia decorrente da falha de insulina, podendo evoluir para a hiperglicemia crônica e dislipidemia. É classificado conforme a função das células beta do pâncreas. No diabetes tipo I ocorre a destruição total destas células, e a não produção de insulina. No diabetes tipo II ocorre baixa produção de insulina ou resistência a esta, sendo a forma mais comum da doença, envolvendo 85 a 90% dos casos, e a incidência é maior a partir dos 40 anos.

O impacto do diabetes no incremento da morbimortalidade está relacionado às complicações advindas do processo crônico de acúmulo de glicose na corrente circulatória. Estas complicações poderão ser macrovasculares (sistema cardíaco, cerebral, periférico) e microvasculares (nefropatias, retinopatias e neuropatia periféricas).

A resistência à insulina pode estar associada a um conjunto de alterações no perfil lipídico (síndrome metabólica) em que a taxa de triglicerídeos, colesterol,

obesidade e valores da pressão arterial elevados influenciarão diretamente na instalação e prognóstico desta patologia.

A obesidade, que é gerada pelo sedentarismo e má alimentação, favorecem a resistência à ação da insulina. O tabagismo por sua vez aumenta a concentração da gordura abdominal, e reduz a sensibilidade à insulina, além de provocar alterações cardíacas.

O tratamento do diabetes, além de farmacológico, deve envolver fatores de risco modificáveis, tais como: obesidade, fatores dietoterápicos e sedentarismo.

Medidas de glicose e hemoglobina glicosilada realizadas com frequência sistemática são importantes, pois fornecem os subsídios para a efetividade do tratamento do diabetes (Montagnana, Lippi, Guidi, Finlayson, Cronin, Choudhary, 2008).

Hood (1992) comenta que a conduta terapêutica do diabetes é manter o mais próximo do normal o nível da glicose sanguínea, ao mesmo tempo em que permite ao portador de diabetes a manutenção do estilo de vida saudável. Ainda, os pacientes precisam assumir a responsabilidade por seu autocuidado, o qual será obtido através do vínculo paciente/família/serviços de saúde, desde que todos estejam concentrados no foco de ação e interesse, compartilhando os conhecimentos.

3.2 O AUTOCUIDADO

Boehs (2002) comentou que o fator cultural na saúde e doença, recentemente, tem começado a receber mais atenção dos profissionais da área da saúde e dos cientistas sociais. A maioria dos mentores de programas de saúde parte do pressuposto que a informação gera transformação automática. Por outro lado os profissionais, principalmente aqueles que se preocupam com a prevenção, foram aos poucos constatando que não basta somente colocar a informação à disposição; e sim fazer a clientela utilizá-la, revelando desta forma que o cliente faz sua própria valoração e decide sobre a convivência ou não, com os serviços de saúde.

Leininger (1978) desenvolveu a teoria do cuidado transcultural, no qual considera que o cuidado com o ser humano é universal, isto é, o ser humano para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa ser cuidado. Porém, cada cultura, de acordo com o seu ambiente e estrutura social, terá sua própria visão de saúde, doença e cuidado. Além do sistema constituído cientificamente, existe também o sistema popular

no qual está inserido o paciente, a família e a comunidade, em que a cultura está intrínseca ao ato de cuidar e ao autocuidado.

Segundo Briggs (2003), o conceito de cuidado está vinculado à atividade que, normalmente seria executada pelo profissional de saúde, transferida para o paciente, família ou amigo, sendo supervisionada pelo profissional.

O cuidado deve ser sentido e vivido, e para que aconteça são necessários que sejam naturais ao cuidador, os preceitos da dignidade, sensibilidade e respeito fundamentado pela atitude ética (Silveira, Martins, Lunardi, Lunardi, Wilson, 2009).

Ayres (2004) vê o cuidado como uma compreensão ampliada que não se refere ao conjunto de recursos e medidas terapêuticas, tampouco aos procedimentos auxiliares que possibilitam efetivar a aplicação de uma terapêutica, mas ao cuidado entendido como um construto filosófico, com uma atividade prática frente às ações de saúde.

O autocuidado também está relacionado com as percepções que o diabético possui. O contexto é o fator mais importante na percepção, pois os sujeitos são resultados dos sistemas sociais, políticos, educacionais e ideológicos que estão inseridos (Lynch, 1999). Apesar de a percepção ser algo pessoal, pode haver um consenso entre pessoas do mesmo grupo, o que pode gerar comportamentos semelhantes em uma determinada comunidade.

Embora o conhecimento sobre a sua patologia seja um pré requisito, não assegura que os pacientes implementarão o cuidado. Observa-se a inadequação da abordagem tradicional. O conhecimento é passado de forma impositiva, e os pacientes que não seguem as regras são considerados inaptos, ou não comprometidos. Nessa abordagem, o paciente deve seguir os objetivos e planos que são definidos por critérios exclusivamente técnicos. Em suma, o paciente, que é o participante essencial torna-se o ausente na visão tradicional (Silva, Oliveira, Silva, Polaro, Santos, Santana, 2006).

Rever esta forma de atuação, não invalida o conhecimento teórico, mas leva a pensar em uma forma mais eficaz de agir e planejar o cuidado.

È visto esforços no sentido de valorizar as experiências dos indivíduos e das noções sobre o diabete, a fim de obter uma melhor compreensão da riqueza e sutileza das questões envolvidas no autocuidado (Anderson, Fitzgerald, Funnell, Feste, 1997).

Referindo sobre o autocuidado é importante salientarmos que o momento em que o indivíduo deixa de ser um portador de doença aguda para ser portador de uma doença crônica, é um marco na vida cotidiana, exigindo mudanças e adaptações. Laplantine (1991) menciona que a transformação na rotina das pessoas com doenças

crônicas vai além das dimensões que diretamente se relacionam com o desconforto de seus sintomas e sensações corporais. É visto como uma ruptura “biográfica”, ou seja, uma ruptura na maneira como suas vidas foram progredindo até o determinado tempo desta transformação.

Isso abre a possibilidade de reconhecer que o fenômeno saúde/doença e o cuidado em si devem ter o pluralismo da expressão cultural nos diferentes contextos sociais e momentos da vida. Levando em conta tal afirmação, o ser cuidado deverá criar habilidades e mudar padrões de comportamento para adequar-se ao novo estilo de vida.

As práticas de autocuidado adotadas por indivíduos são a expressão dos sentidos produzidos em relação à sua identidade e autoestima, e em relação às suas próprias idéias sobre o seu estado de saúde/doença.

Sob esta perspectiva, as orientações dadas aos pacientes devem incluir o reconhecimento das ferramentas do autocuidado como forma de expandir a liberdade e a autonomia do paciente na sua vida cotidiana. Para o diabético a mensagem que deve ficar implícita é que o controle do diabete não deve deixar dominar a vida, devendo o cuidado ser flexível e pensado individualmente (Anderson, Fitzgerald, Funnell, Feste, 1997).

Briggs (2003) coloca que técnicas de resolução de problemas e motivação são competências necessárias para o autocuidado. Através disso, os pacientes tornam-se capazes de controlar as dificuldades que virão. São componentes importantes para o autocuidado efetivo: a capacidade de resolver problemas, as orientações e conhecimento recebidos e a experiência adquirida para resolver dificuldades futuras.

A dificuldade ainda permanece em conhecer melhor o ser cuidado, suas necessidades, e adaptar as atividade e ações viáveis aos mesmos. Deve-se oferecer o apoderamento do cuidado, oportunizando a escuta , facilitando o vínculo, passando conhecimentos; para que os mesmos tenham condições de serem os responsáveis pela sua condição de saúde.

3.3 PRÁTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

O SUS (Sistema Único de Saúde) teve suas raízes no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, como um programa abrangente de mudança social, e foi formulado com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988. Em 1990, a legislação do SUS incluiu as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990), que definiram

competências dos gestores, e determinaram princípios fundamentais tais como a universalidade de acesso, a equidade, a integralidade e a descentralização.

Neste novo pensar da Atenção Básica, está a ESF, como uma iniciativa de territorialização e reorganização das ações básicas de saúde. Incorpora os conceitos de responsabilidade e participação comunitária, os quais são fundamentais para a criação de um pensamento crítico na população (Rodrigues, Lima, Roncalli, 2008).

O modelo médico assistencialista, que é amplamente difundido, possui raízes profundas no sistema de saúde brasileiro, na formação dos profissionais e na própria concepção de saúde disseminada na sociedade. Essa concepção se baseia numa atenção fragmentada do atendimento por especialidades, na utilização exacerbada de tecnologias de alto custo e medicalização do atendimento. Segue o modelo ‘hospitalocêntrico’, no qual os hospitais são supervalorizados (Campos, 2006).

Nesse sentido, a ESF é o contraponto, um modelo de saúde fundamentado na prevenção, com condições de tratar 80% dos problemas de saúde da população, pois busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, melhor conhecimento da clientela e acompanhamento dos casos.

Atualmente a ESF e as Unidades Básicas possuem ações e planejamentos embasados em programas e políticas oriundos do Ministério da Saúde, direcionados para os diabéticos e hipertensos. O Programa HIPERDIA é o que possui maior visibilidade e organização, sendo um sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores do diabetes e hipertensão. Criado em 2002, o Programa HIPERDIA, tem por objetivo cadastrar, organizar e quantificar o número de hipertensos e diabéticos, que são atendidos (MS, 2007). Paralelamente existe o Programa de Assistência Farmacêutica para hipertensos e diabéticos, o qual fornece medicações essenciais, usando o mesmo banco de dados do Programa HIPERDIA. Estes programas, embora não sejam assistenciais, são importantes pois servirão de norte no momento da alocação, programação e divisão de recursos.

È função dos serviços de saúde realizar a prevenção de agravos, e os grupos comunitários são uma ferramenta importante para execução de tal ação. Os mesmos (se bem trabalhados) promovem momentos de interação entre profissionais e comunidade, criando vínculos e promovendo a saúde.

No entanto falhas ocorrem, e o que se observa é que a rede de informações nem sempre é fidedigna, a qualificação dos profissionais que são responsáveis pelos

programas nem sempre é a ideal, alguns gestores não estão empenhados em alavancar o programa, e o incentivo em infraestrutura muitas vezes é insuficiente.

Para que essas políticas de saúde sejam eficazes, se faz necessária a adesão e o comprometimento dos gestores em todas as esferas de poder, dos profissionais, na aplicação e avaliação da efetividade das políticas, e do paciente e da comunidade no uso consciente das instituições e programas de saúde.

4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA

A pesquisa contou com a participação de 76 usuários diabéticos da ESF Araçá I, sendo 47 mulheres (62 %) e 29 homens (38%).

A idade dos diabéticos da amostra varia de 30 a 79 anos, com predomínio da faixa etária de 50 a 59 anos. A faixa etária dos 30 aos 39 anos é considerada pouco definidora em termos quantitativos por possuir somente dois diabéticos (figura 1).

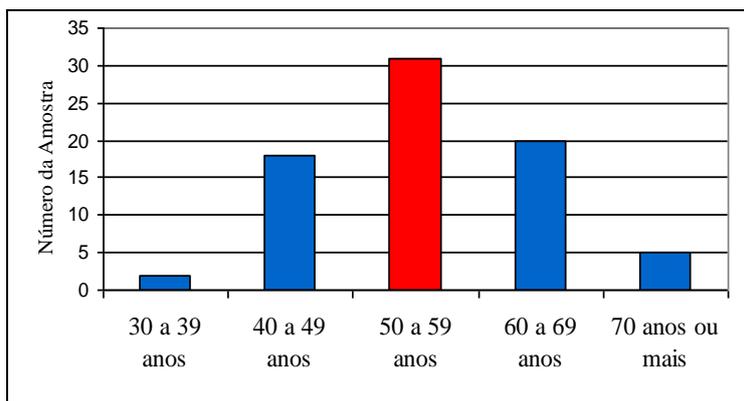


Figura 1– Composição da amostra segundo a faixa etária

A maioria dos homens trabalha na informalidade, e alguns estão aposentados ou afastados por invalidez. As mulheres trabalham no serviço doméstico, seja ele formal ou não.

A escolaridade é um fator que influencia diretamente nos resultados, sendo constituída, basicamente, pelo nível fundamental em 75% dos pacientes entrevistados. A maior parte estudou até 4º ano do ensino fundamental. Apenas 2 pacientes possuem o ensino médio completo (figura 2).

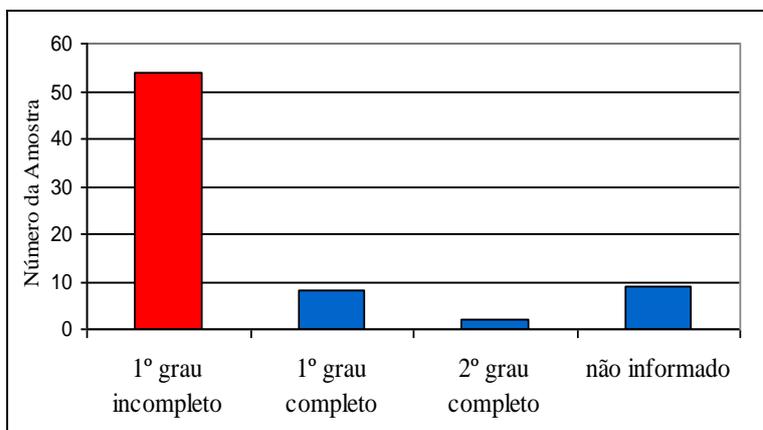


Figura 2 – Composição da amostra segundo a escolaridade

O estado civil da amostra é caracterizado pelo maior número de moradores casados e viúvos, e pelo pequeno número de solteiros (figura 3).

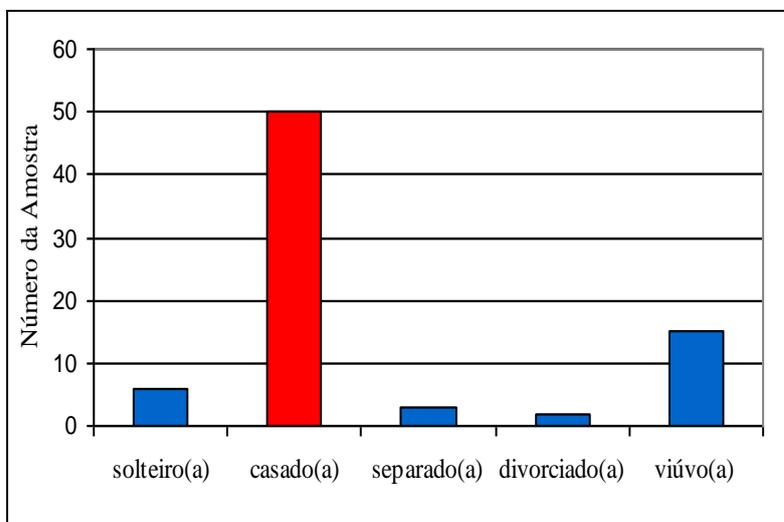


Figura 3 – Composição da amostra segundo o estado civil

O fator tempo de diagnóstico da doença é uma característica que irá definir alguns padrões da amostra. Observa-se que 75% da amostra possui mais de 3 anos de diagnóstico do Diabete, sendo um tempo possível para detectar complicações (figura 4).

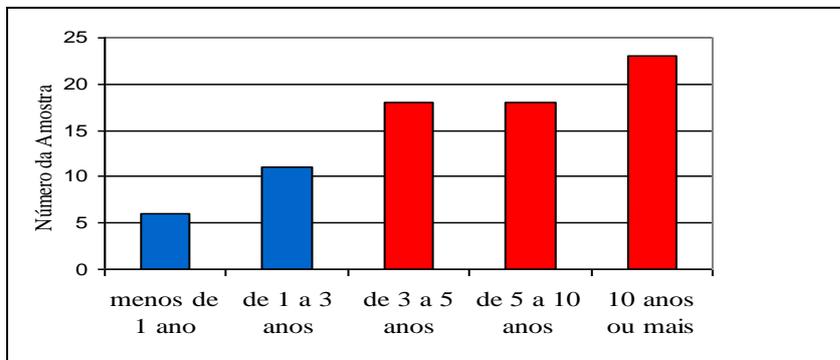


Figura 4 – Composição da amostra segundo o tempo de diagnóstico da doença

4.2 CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DA DOENÇA

As perguntas iniciais do questionário remetem à percepção que os diabéticos possuem a respeito da sua doença. É constatado que, na fase inicial do diagnóstico, os pacientes não possuem a percepção que a doença é um problema de saúde. Com o tempo de evolução da mesma, é notado que mais de 50% dos pacientes diabéticos passam a percebê-la como problema de saúde. Quando se analisa o sexo, observa-se que menos da metade dos homens definem o Diabete como um problema de saúde (figura 5)

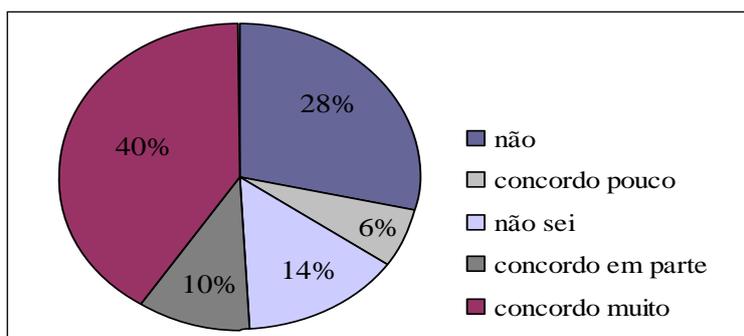


Figura 5 – O Diabete é um problema de saúde?

No questionamento, “Que órgãos o diabetes atinge?”, frequentemente cita-se olhos e rins. Em menor número de vezes, é citado o pâncreas. Não há diferenças nas respostas dadas, com relação ao sexo, tempo de diagnóstico da doença e faixa etária (tabela 1).

Tabela 1: O Diabetes atinge que órgãos?

Órgão	Sim	Não	Não Informado
Olhos	82%	13%	5%
Rins	65%	30%	5%
Pâncreas	53%	42%	5%
Vasos sanguíneos	37%	58%	5%
Cérebro	33%	62%	5%
Coração	30%	65%	5%
Fígado	25%	70%	5%
Pele	25%	70%	5%

Quando se menciona, “Que fatores pioram o Diabetes?”, observa-se que na faixa etária dos 30 aos 39 anos, o cigarro é citado em 20% das respostas, e 50% dessa faixa etária considera a falta da atividade física como complicador da doença. Para os homens, a ansiedade é tida como fator complicador (60%). Quanto menor o tempo do diagnóstico da doença, menos é citada a falta de atividades físicas como fator que piora o Diabetes (20%). Conforme aumenta o tempo do diagnóstico, mais é citada a bebida alcoólica e o cigarro como fatores complicadores do diabetes (tabela 2).

Tabela 2: São fatores que pioram o Diabetes?

Ação	Sim	Não	Não Informado
Tomar medicação errada	92%	7%	1%
Ingerir alimentos gordurosos/sal	91%	8%	1%
Ingerir bebidas alcoólicas	65%	33%	2%
Não realizar atividades físicas	63%	36%	1%
Ansiedade /Estresse	58%	40%	2%
Fumar	40%	58%	2%

Se questionado, “Você possui complicações do diabetes?”, 71% confirmam possuir. Os homens (4 diabéticos) referem a impotência, mas quanto maior a faixa etária menos é citada essa complicação. Apenas 3 mulheres referem o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Problemas renais e diminuição da visão são os mais citados, quanto maior for o tempo de evolução do Diabetes. Entretanto, na faixa etária de 40 a 69 anos a doença renal foi pouco citada. É necessário mencionar que essa é entendida pelos diabéticos da amostra como qualquer patologia relacionada ao rim (figura. 6).

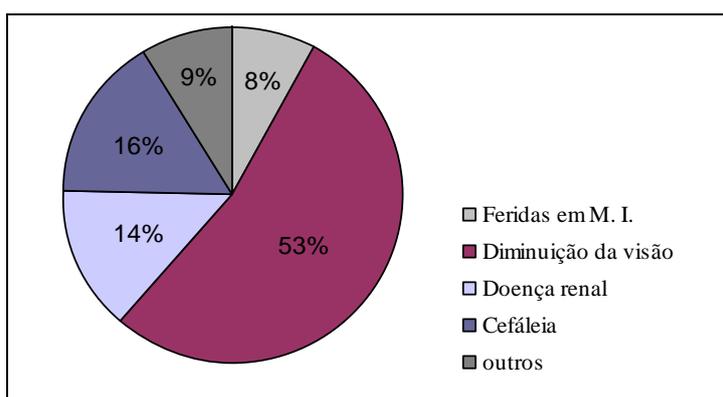


Figura 6 - Quais complicações possui?

Na questão, “Estas complicações afetam a sua vida?”, 70% afirmam que não afetam ou afetam pouco. Novamente é observado que esta visão está relacionada com o tempo de diagnóstico, quanto maior o tempo mais esta percepção está presente.

A questão alimentar foi abordada no seguinte questionamento: “Estes alimentos auxiliam a diminuir a quantidade de açúcar e gordura no sangue?”. A maior parte da amostra, 90%, afirmam que carboidratos, lipídios e açúcares não diminuem a quantidade de açúcar e gordura na corrente sanguínea, conforme se pode verificar na tabela 3. Observou-se que, independente de faixa etária, sexo ou tempo da doença, os pacientes não conseguem definir com clareza o valor calórico das frutas, pois o maior número de respostas se relaciona a “não sei” ou a “não informado”, totalizando 22%. O questionamento a respeito dos alimentos que os diabéticos gostariam de consumir, obteve como citações, massas e pães (64%), churrasco (64%) e chocolate (40%).

Tabela 3: Estes alimentos auxiliam a diminuir a quantidade de açúcar e gordura no sangue?

Alimentos	Não/pouco (%)	Não sei/não informado (%)	Sim/sim muito (%)
Carnes/gorduras	93	7	-
Doces	97	3	-
Frutas	35	22	43
Verduras/hortaliças	-	-	100
Massa/pães	97	3	-
Bolachas	93	7	-
Salgadinhos	88	9	3

4.3 O DIABÉTICO E A EQUIPE DE SAÚDE: A INTERAÇÃO É POSSÍVEL?

A questão inicial da discussão “Quando você vai à unidade de saúde, os profissionais esclarecem sobre a sua doença?”, mostra uma separação de opiniões. É mencionado por 42% dos diabéticos, que os profissionais de saúde não esclarecem ou esclarecem pouco sobre a doença, e 36% dos pacientes afirmam que os profissionais esclarecem quase sempre ou sempre. Se analisarmos o tempo de diagnóstico da doença, os diabéticos com 3 a 5 anos de diagnóstico são os que mais assinam não receber esclarecimento. A faixa etária que afirma receber mais informações é a entre 50 a 59 anos.

Quando se questiona sobre os assuntos que foram comentados na unidade de saúde, observa-se a alimentação, o controle de glicose, a pressão e o uso das medicações. Na faixa de diagnóstico da doença até 1 ano estão os diabéticos que menos sabem informar os assuntos que são abordados na unidade de saúde.

Na faixa etária de 70 anos ou mais, o assunto mais comentado é a qualidade de vida, e para os diabéticos que estão entre 40 a 49 anos é o alcoolismo (tabela 4).

Tabela. 4: Assuntos tratados na unidade de saúde.

Assuntos citados no questionário	%
Controle de glicose e pressão arterial	81
O uso correto das medicações	78
Controle da alimentação saudável	75
A prática da atividade física	56
Feridas no pé diabético	50
Sintomas da hiperglicemia	44
Alcoolismo	38
Ansiedade	35
Assuntos citados espontaneamente	%
Qualidade de vida	14
Tabagismo/Diabete	11

Na questão, “Você buscou ou busca alguma das seguintes atividades na unidade de saúde?”, percebe-se que o recebimento de medicações e a consulta médica são os grandes motivos para a utilização dos serviços de saúde. Os diabéticos que procuram a consulta com a enfermeira estão situados na faixa de maior tempo de diagnóstico, que é 10 anos ou mais. As consultas odontológicas são mais realizadas na faixa de diagnóstico entre 5 a 10 anos de doença (figura 7).

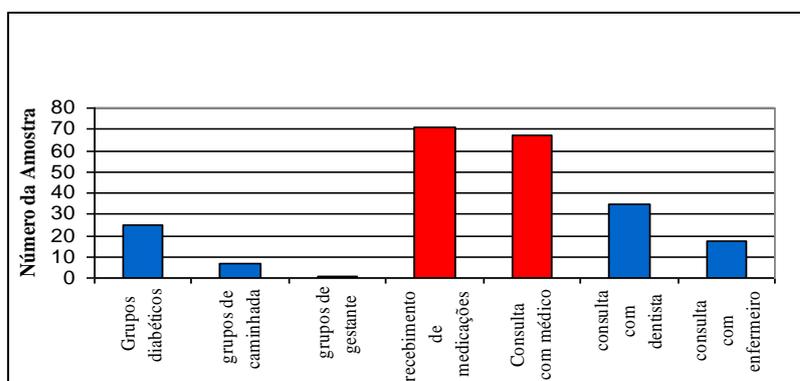


Figura 7. Você busca ou buscou na unidade de saúde alguma das seguintes atividades?

Segundo os diabéticos, a equipe de saúde pode colaborar no tratamento das seguintes maneiras: ensinando a tomar as medicações, encaminhando para especialistas e ensinando a ter dieta balanceada. Com relação à participação nos grupos comunitários, a faixa etária que mais cita a importância da equipe de saúde encontra-se com 10 anos ou mais anos de diagnóstico (figura 8).

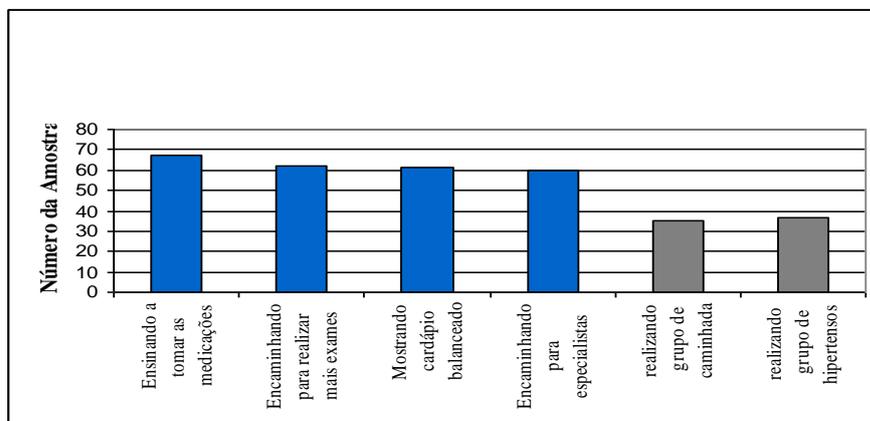


Figura 8. A equipe de saúde colabora no seu tratamento?

A responsabilidade da equipe de profissionais pela saúde do diabético é citada por 70% da amostra como importante ou muito importante. Para o sexo masculino, essa afirmação é menos observada. O restante da amostra acredita que a equipe pouco interfere na sua saúde (figura 9).

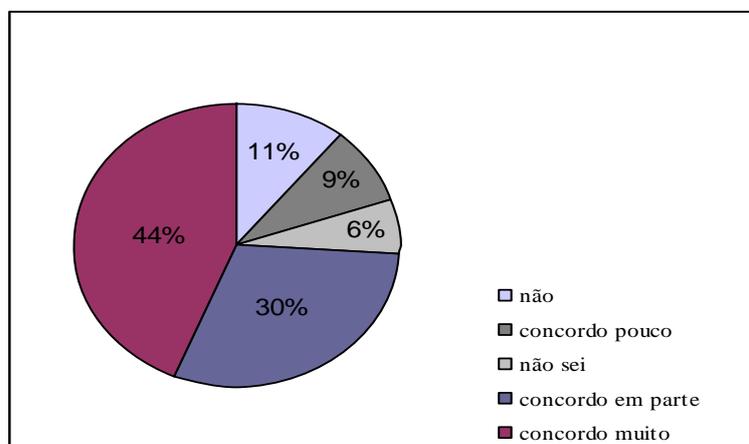


Figura 9. A equipe de profissionais é responsável pela sua saúde?

4.4 O COMPORTAMENTO E O AUTOCUIDADO

Quando se questiona a responsabilidade do autocuidado na saúde, observa-se que 90% dos diabéticos respondem que são em parte ou muito responsáveis. Na faixa etária de 70 anos ou mais, 20% respondem não saber definir se são ou não responsáveis pela sua saúde (figura 10).

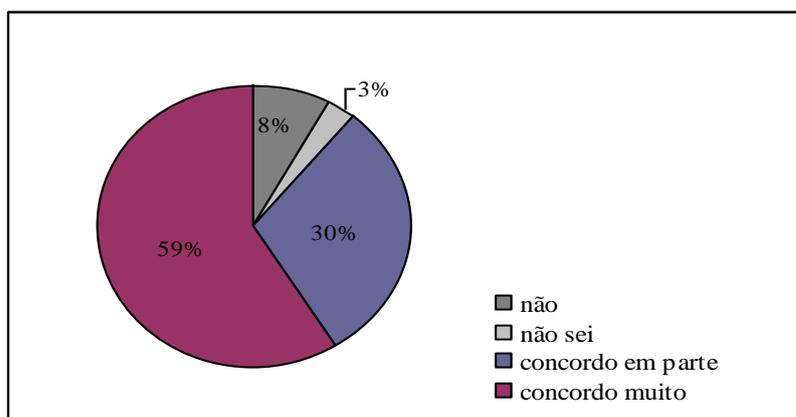


Figura 10. Você é responsável pela sua saúde?

A participação nos grupos comunitários é mencionada, porém observa-se que 70% dos pacientes não participam dessa atividade. Os 30% que participam, não possuem assiduidade. Observam-se os seguintes percentuais: participam uma vez por semana, 14%, uma vez a cada quinze dias, 1%, uma vez ao mês, 10%, e uma vez a cada três meses, 2%.

Com relação à questão, “Você sente-se bem com o seu peso?”, percebe-se que 50% da amostra dos diabéticos refere que nunca ou poucas vezes sente-se bem com o seu peso. Não é notada diferença com relação ao sexo. Para controle do peso, os diabéticos realizam alguns cuidados. Em 86% da amostra, os diabéticos realizam controle alimentar para a perda de peso.

Menos citadas estão a prática da caminhada (33%) e a consulta com o profissional nutricionista (12%). A maior procura pelo nutricionista ocorre no grupo com 5 a 10 anos de diagnóstico da doença (figura 11).

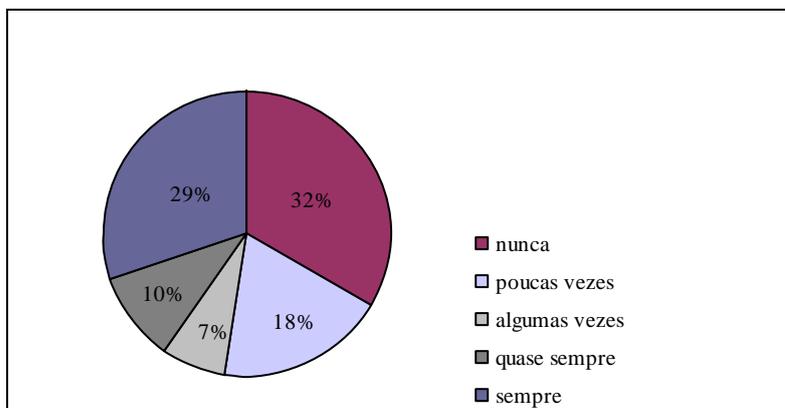


Figura 11. Você sente-se bem com o seu peso?

Como fator comportamental importante está a prática de atividade física. Entretanto, 71% relatam não realizar nenhuma prática esportiva. Dos diabéticos que afirmam realizar atividade física, 24% o fazem uma vez por semana.

O controle da pressão arterial e da glicemia capilar é questionado na pergunta “Você vai à unidade da saúde para verificar a pressão arterial e a glicose?”. Obtém-se como resposta o controle por parte de 76% dos diabéticos. Desses, 26% realizam a verificação da pressão arterial e da glicose uma vez por mês e 21% verificam uma vez por semana. O mesmo objeto de resposta é observado pela análise do tempo de diagnóstico da doença, sexo e faixa etária.

A família e a comunidade são fatores que podem alterar comportamentos. As figuras 12 e 13 referem-se a esses questionamentos. Em relação ao tempo da doença, observa-se que os diabéticos que mais conseguem realizar controle alimentar em festas estão na faixa de 10 anos ou mais de diagnóstico.

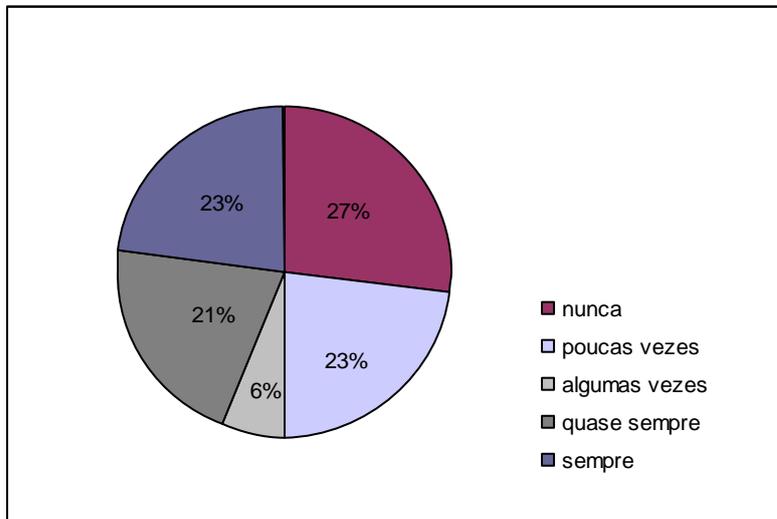


Figura 12. Você consegue manter o controle alimentar nas festas?

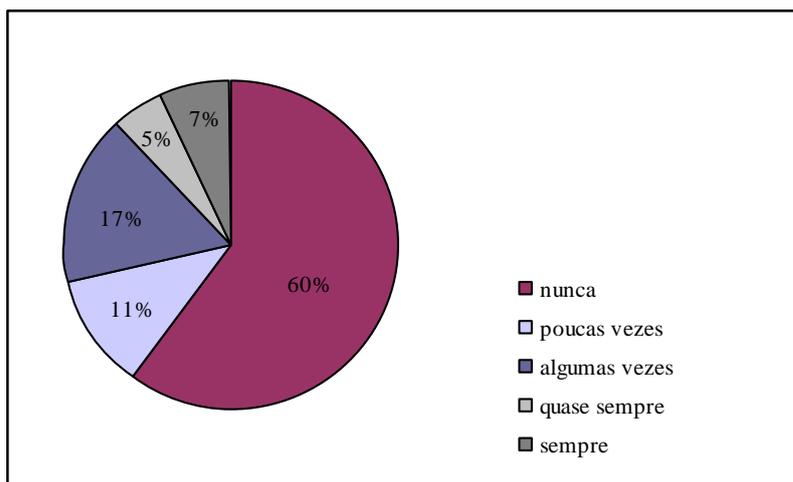


Figura 13. Você deixa de ir a eventos sociais por que terá que cuidar da alimentação?

À respeito da relação controle alimentar/família, perguntou-se: “Sabendo que você é diabético, as pessoas oferecem alimentos e bebidas que ajudam a controlar o

açúcar no sangue?”. Os diabéticos acima de 70 anos mencionam, na maioria, que a família controla a alimentação com maior atenção (figura 14).

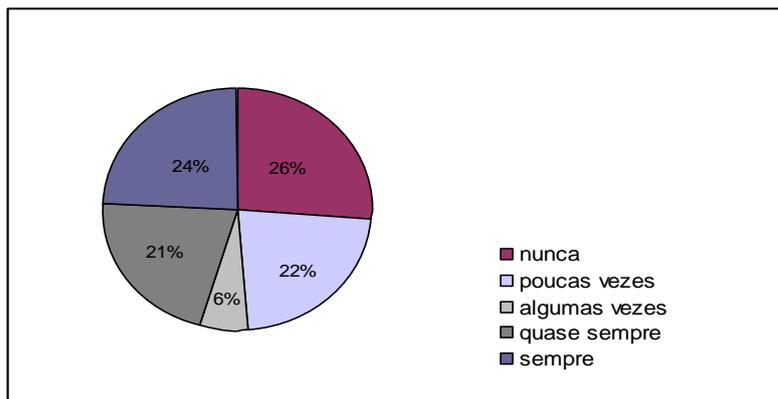


Figura 14. Sabendo que você é diabético, as pessoas oferecem alimentos que ajudam a controlar o açúcar no sangue?

Entre as mudanças de comportamento mais difíceis, o controle alimentar é o mais citado, independente de qualquer variável. A faixa etária que mais refere dificuldade em participar dos grupos comunitários foi de 70 anos ou mais (tabela 5).

Tabela 5. Quais as mudanças de comportamento mais difíceis de serem cumpridas?

Situações	Diabéticos (n*)	%
Controle da alimentação	61	80
Participação em grupos comunitários	54	71
Prática de atividade física	53	70
Ser mais calmo(a)	46	61
Ir à unidade para verificação de pressão arterial e glicemia	32	42
Ir à unidade para as consultas de rotina	24	32
Tomar as medicações corretamente	18	24
Todas, pois não consigo realizar nenhuma	9	12
Nenhuma, pois realizo todas	6	8

*n= número de indivíduos

A busca pela informação foi questionada pela seguinte pergunta: “Você procura aprender sobre a sua doença?”. Os dados obtidos demonstram que 50% dos diabéticos não buscam informações. A faixa etária pertencente aos 70 anos ou mais não menciona a busca pela informação. Pelo tempo do diagnóstico, a faixa que menos busca informação está entre 1 a 3 anos (tabela 6).

Tabela 6: Em que circunstâncias você procura aprender sobre o Diabete?

Situações	Amostra (n*)	Total (%)
Consultas Médicas	38	50
Outros pacientes	36	47
Televisão	27	35
Grupos Comunitários	18	24
Jornais	12	16
Consultas de enfermagem	11	14
Folders educativos	7	9
Revistas de saúde	6	8
Livros	4	5
Internet	4	5

*n= número de indivíduos que fizeram a citação

4.5 AS ENTREVISTAS

4.5.1 Conhecimento sobre o Diabete e comportamentos presentes

O conceito de Diabete mais referenciado é de uma doença que atua em determinado órgão e não como tendo uma ação sistêmica. Como demonstra a seguinte fala de E., diabética, 58 anos, viúva: “A doença é a glicose alta e que dá problemas de pâncreas , baço, que sei compromete também o coração e rins”.

O não conhecimento da doença também é observado pela fala de C.: “A doença é perigosa, traiçoeira. A gente nunca sabe quando está bem ou quando está mal. Mas sobre a doença em si, eu não sei”. (C., 59 anos, separado, diabético há 10 anos, com deficiência visual).

Outro diabético, N., tem dificuldade de definir a doença: “O Diabete é, não sei se é excesso de insulina ou falta no sangue, alguma coisa, não sei bem” (N., 56 anos, diabética há 6 anos, viúva).

A percepção da “não realização do cuidado” é vista de várias formas. Foi exposta pelos diabéticos a falta de comprometimento com a própria saúde e a descrença que a doença poderia ocorrer.

Porque deixam para se cuidar quando estão morrendo. Porque não acreditam que possa acontecer com eles. Preocupam-se quando já estão com complicações. O exemplo sou eu, procurei o médico somente quando já estava com a Diabete (S., 48 anos, casado, diabético a 4 anos).

A fala de C. reforça a percepção do descomprometimento: “Você sabe, toda a fruta roubada é a melhor (risos), é isso aí, quando a gente sabe que não pode, aí sim é que dá vontade”.

Outra afirmação traz à tona o aspecto do prazeroso, e como isto remete à falta de autonomia:

É difícil deixar de lado e disser que não faz parte da vida da gente. A gente acha que é mais divertido, que tem que aproveitar. Hoje pode estar aproveitando, tomando, comendo, mas e amanhã? Daí, vou deixar a minha família preocupada, amanhã ou depois posso estar cega, o que é que os coitados vão fazer por mim? Sendo que eu poderia ter evitado (M., 43 anos, diabética há 5 anos).

Afirmção parecida diz F., 49 anos diabética, deficiente visual: “Muitas vezes não querem se privar de ir num baile, de deixar de tomar uma cerveja, e com isso vão piorando a doença”.

Hábitos e comportamentos foram vistos nas entrevistas, alguns foram expostos de forma espontânea, outros buscados através de questionamentos.

A participação em grupos comunitários é referida como importante, mas poucos são os diabéticos que conseguem ver a mesma como uma colaboradora na prevenção

das complicações: “O grupo é importante, porque vai conseguir esclarecer as dúvidas e com isto conhecer a evolução da sua doença” (P., 52 anos, casado, diabético há 2 anos).

Ainda relacionando a participação em grupos comunitários, a diabética N. fala que: “Não vou porque fico um pouco deprimida, é aquela coisa que te falei, a gente gosta muito de comer. Adora doce, né. Então quando a pessoa diz assim: não! É palavra forte para quem gosta, né”.

O grupo comunitário é tido, também, como um momento de interação com outras pessoas, conforme C.: “A gente aprende tanta coisa, e vê gente pior que a gente, pode conversar um com os outros. É importante, também, para ajudar outras pessoas, porque quando a gente conhece pode ensinar”.

Outro comportamento referenciado é a respeito da verificação da glicemia e da pressão arterial. Observa-se a falta de um acompanhamento sistemático. P. afirma que: “A verificação do açúcar é importante, o que acontece é que eu vejo quando eu sinto tonturas, cansaço, não consigo ir toda vez que o médico mandou”.

A fala de C. demonstra que a dificuldade financeira interfere na verificação da glicemia: “Sim, tenho ido, mas faz mais de 15 dias que não vejo no posto. Eu verifico no posto, mas é mais difícil. Eu tenho aparelho e gostaria de ver todos os dias, mas não tenho fitas para isso, acabo vendo menos vezes”.

Algumas falas demonstram as vivências que os diabéticos possuem a respeito da atividade física: “Eu me preocupo, acho que a pessoa para ter saúde é bom caminhar um pouco. Eu até tento mas dizer que vou ficar legal, é mentira, eu não consigo. Eu tenho medo de caminhar e de repente ter um enfarto” (S., diabético há 4 anos). Ainda, relatam os benefícios da atividade física: “Dormia até às 10 horas. Agora, quando eles acordam já estou de pé pra fazer a minha comida. Hoje eu me sinto muito melhor, com mais ânimo” (I., 54anos, casada, diabética há 13 anos).

Observa-se que a falta de colaboração dos amigos, familiares e comunidade, em geral, pode levar à desistência da atividade física pelo diabético. E. nos diz: “Ultimamente não, ando meio parada, sabe preguiça e desleixo. Caminhava mais ou menos 1 hora, quase todos os dias com uma amiga. Mas a amiga não pode mais, aí eu sozinha não tenho vontade”. Os diabéticos elegeram a caminhada como o exercício principal.

Na maioria das vezes, os pacientes diabéticos tomam as medicações corretamente, embora não conheçam realmente a sua ação no organismo. A organização para a utilização dos medicamentos é muito particular. Foram observadas várias formas

de separação e armazenamento dos medicamentos, algumas estão condizentes outras demonstram a necessidade de orientação.

O recebimento da medicação é um fator citado pelos diabéticos, que justifica a ida dos mesmos até a unidade básica de saúde.

Controlar o peso é visto como um fator estressante, pois demonstra a fragilidade do cuidado. Os diabéticos da amostra não estão satisfeitos com o seu peso. Alguns conseguem determinar que o peso interfere na evolução da doença, como exemplifica a fala de E.: “Sei que estou gorda. Isso pode piorar o meu Diabete, me deixa mais cansada”.

Outra fala denota a dificuldade em aceitar o acompanhamento com profissionais, como diz P.:

Eu tenho dificuldade em emagrecer, não gosto do meu peso, mas é difícil mudar a minha dieta. Uma vez, fui à endocrinologista, ela me deu uma dieta para perder peso. Achei que seria fácil, mas em dois meses perdi 1,8 quilos, sabe o que eu fiz? Não retornei lá.

Novamente é referenciada a questão financeira como influenciadora da alimentação. A. diz: “Tem tanta coisa que não posso comer. Se eu pudesse comprar as comidas que posso comer, até compraria. O alimento diet, se vê no supermercado, até tem várias coisas, mas o preço é lá em cima. Tento substituir por alguma coisa caseira, não posso esbanjar”.

A tentativa de diminuição de carboidratos ocorre com a maioria dos diabéticos, como vemos com F.: “Tento comer menos comida pesada, estou comendo menos feijão, aipim, polenta, mas às vezes eu tô com vontade e como um pouco, mas no dia a dia tento não comer”.

E. traz a situação de ser a responsável pelo preparo da alimentação da família. A mesma comenta que é desgastante ter que preparar as refeições e não poder saborear com a família.

A fala dos diabéticos com relação ao controle alimentar em festas é controverso. É o caso de T., 57 anos, com diagnóstico a menos de um ano: “Eu consigo me cuidar em festas, eu não como doce, se dá muita vontade tomo um copo de água bem gelada”. No entanto I. nos diz: “Não vou mentir, lá tem salgadinho, bolo, eu como. O pessoal fica com pena e me oferece. Eles pensam, ela vai ficar com vontade”.

Outro aspecto relatado vem da fala de C.:

No início da doença, você tem que cuidar mais, mas depois que estabiliza você pode comer um pouquinho mais. Quando eu vou em festas eu paro de tomar a medicação , e aí posso comer um pouco, depois eu volto a tomar”.

O mesmo paciente refere que deixa de ir a eventos sociais, pois não gosta de ouvir cobranças a respeito da alimentação.

Nota-se que os diabéticos não deixam de ir a eventos, conforme percebido na fala de N. “Eu não deixo de ir, o que faço é não comer de tudo, só um pouquinho”.

O cuidado empírico é também um fator comportamental observado. A prática de utilização de ervas (na forma de chás) é uma realidade para alguns diabéticos. É importante ressaltar que foi mencionado por mulheres e não na totalidade destas. A utilização de chás não impede o tratamento convencional, na visão dos pacientes entrevistados:

Tomo chá de insulina, pata de vaca, muita gente disse que ajuda, não vai resolver mais ajuda um pouquinho. E outro que estou controlando é com berinjela com limão, daí eu faço todos os dias. Bato no liquidificador e tomo antes das refeições, e olha tá me ajudando bastante” (M., diabética há 5 anos).

A questão da informação é mencionada na fala dos usuários. O observado é que espontaneamente poucos diabéticos procuram informações. Como referido por A.: “Eu não sinto necessidade de me informar, o que acontece é que muitas vezes fico com a dúvida para mim”.

E. refere que a busca pelas informações acontece durante a consulta médica e nos encontros com outros diabéticos. Complementa com a seguinte fala: “Eu também busco me informar com os profissionais do posto, principalmente, na consulta com o médico. Não adianta pedir informações para a pessoa que não sabe”.

A diabética I. traz outro aspecto em sua fala: “Assisto à TV para saber alguma coisa e vou nos grupos , lá tem folhetos que explicam , só isto que eu procuro para conhecer”.

4.5.2 Percepções da doença, do cuidado e de si próprio

O Diabete é uma condição crônica que os pacientes e familiares necessitam enfrentar e adaptar-se. As percepções acontecem sob vários olhares e formas, e são vivenciadas individualmente.

Para os diabéticos, o momento do diagnóstico é decisivo, pois altera a percepção da vida. Sentimentos como, surpresa, negação da doença e tristeza pela sua nova condição, estão presentes. Segundo E.: “A gente fica bem nervosa, em saber que vai ter que se privar de várias coisas. Pensa que com a gente não vai acontecer”.

Outra percepção é vista pela fala de A., 59 anos, casado e diabético há 10 anos: “Prá alertar, se eu tivesse continuado, naquele problema , que meu irmão tem , teria acontecido comigo”. O mesmo comenta que o Diabete serviu como um fator agregador, um alerta contra o alcoolismo.

Quando questionados sobre a forma de terem adquirido o Diabete, na maioria das vezes vem a fala da hereditariedade. F. menciona: “A minha mãe e irmã tem, e aí, é claro, que eu iria ter também”. O diabético S. comenta: “Comia uns 10 a 20 sacolés por dia”, e que isso pode ter influenciado em adquirir a doença.

E. afirma que: “Eu acho que não vou estar bem, porque dieta certa mesmo a gente não faz. A gente tenta evitar, mas alguma coisa sempre faz mal”. Isso reflete a percepção que os diabéticos possuem com relação a evolução da doença.

P. comenta que: “Pode ser que ela venha acarretar alguma coisa para mim, mas eu não penso na Diabete. O que me preocupa é meu joelho, da Diabete acho que vou ficar bem”.

Uma percepção sentida é o medo. O medo para alguns diabéticos está relacionado às complicações possíveis, como diminuição da visão, enfarto e amputações. Para outros, está relacionado ao fato de saber que não aplicando o cuidado corretamente, poderão trazer consequências, maléficas para a sua saúde. Isso é evidenciado conforme relato das entrevistas.

S. reforça a afirmação acima: “Isso sim, medo eu tenho do enfarto, de ficar caído por aí em algum lugar, o enfarto é uma doença que não avisa, mas também é melhor. Se morrer, morre mais ligeiro”. Já a diabética N. afirma: “Medo é o mesmo que todo mundo. Não me cuido bem como devia e aí não sei se isto pode se agravar mais!”.

O diabético C. traz uma afirmação sobre a dificuldade em perceber o diabetes como um problema de saúde: “A diabetes é uma coisa comum, todo mundo tem, toma uns remedinhos e fica bem. E eu ainda por um tempo, deixei de tomar os remédios”.

O que se constata pelos diabéticos é que a família não vê a doença como um fator de preocupação. Procuram incentivar, mas não são atuantes no cuidado. O papel da família é visto como de orientação e cobrança. A fala de E. mostra essa afirmação: “O meu filho mais velho, ele sim me cuida, me cobra pra não comer coisas erradas. Ele diz: a senhora tem que se conscientizar”.

A diabética I. menciona: “A minha família não fica muito do meu lado, mas eu acabo nem reclamando. Eles me controlam muito quando estão perto”. Segundo F., casada, diabética há 5 anos, mãe de 3 filhas e deficiente visual, o cuidado é prestado por uma pessoa da família, que fica sendo a referência: “Meu esposo, ele me ajuda com relação à medicação e alimentação. Não adianta dizer que não é ele porque é só ele que me ajuda. No fim mesmo só ficamos eu e ele”.

Para algumas entrevistadas, o cuidado pode ter uma concepção preventiva, haja vista a fala de M.: “Procuro fazer o pré câncer e mamografia. Tô procurando fazer exames mais aprofundados é importante para a saúde”.

4.5.3 Utilização dos serviços de saúde e expectativas dos usuários

Observa-se que os pacientes diabéticos utilizam os serviços de saúde para suprir necessidades básicas de recebimento de medicações, verificação da pressão arterial e glicemia. Também citadas estão as consultas médicas e com outros profissionais. É pouco comentada a utilização dos serviços para a prática preventiva.

E. afirma: “Eu vou nas consultas, busco as medicações (...), gostaria de usar pra dentista também”. É mencionada, também, a necessidade de facilitação do acesso ao atendimento médico, com oferta de livre demanda e receitas médicas renovadas, sem a necessidade da consulta propriamente dita. Isso é observado na fala de A.: “Para mim, o certo é ter mais consultas, quando a gente precisar, sem ter que ficar esperando pra marcar”. Complementado por F.: “Outra coisa é facilitar a consulta médica, eu não vou mandar a minha filha de madrugada somente para ir renovar a receita, então eu gostaria que o médico renovasse sem eu ter que ir consultar”.

A falta de medicamentos é considerada um problema, assim como a demora na liberação de medicações especiais e controladas.

Como expectativa, é referido por alguns usuários a realização de palestras e cursos sobre alimentação saudável e o reaproveitamento dos alimentos. M. traduz essa necessidade em uma fala interessante: “Incentivar mais, dar cursos de alimentação saudável, oferecer mais medicamentos e palestra sobre o reaproveitamento dos alimentos. Porque fazendo, se hoje tem milhões de diabéticos, amanhã ou depois vai diminuir, porque tem orientação”.

Alguns diabéticos mostram a descrença na classe política e nos gestores:

“Se depender do político, eu acredito que não resolve, chega na época de eleição eles lembram, após esquecem. E como a gente vê a saúde sendo mau cuidada. Acho que fiscalização é o caminho. Falta incentivo e pessoas para fiscalizar. O governo até que oferece vantagens, o problema é que elas não chegam até a população” (S., 48 anos, casado, diabético a 4 anos).

Quando colocado aos diabéticos sobre a responsabilidade que os profissionais tem com a saúde, contata-se que a maioria vê a equipe de saúde com uma função de orientar. O papel do diabético é pôr em prática essas orientações. Como menciona P.: “Eu acho que os médicos, enfermeiros, eles vão me dizer aquilo que eu tenho. Como me cuidar, o teu tratamento é esse. Agora, tu tem que te cuidar. Eles não tão o dia todo comigo. Eu acho que a responsabilidade é até descobrir, e dizer agora é contigo”.

C. afirma: “O pessoal da saúde é importante porque quando estamos assim (...) desleixados ou abandonados, nos dão um empurrão.” Isto é valorizado, e vivenciado através da consulta, da visita domiciliar e do apoio emocional.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em termos demográficos a amostra de diabéticos é típica da observada na literatura (Grillo & Gorini, 2007). A maioria é mulher e a faixa etária predominante está entre 50 a 59 anos. A maioria dos diabéticos da amostra não estudou além do ensino fundamental (até a quarta série primária). No RS, 38,5% da população com mais de 10 anos possui 8 anos de estudo (Grillo & Gorini, 2007), tempo superior ao da amostra estudada. As atividades informais, a aposentadoria e o trabalho doméstico são as maiores fontes de renda desta população.

5.1 A ESCOLARIDADE

Um dos maiores problemas encontrados pelos profissionais de saúde no processo de intervenção com pacientes diabéticos é a baixa adesão. Isto pode acontecer pela falta de capacidade do paciente entender a sua doença. Assim, percebem-se na amostra de diabéticos estudados, restrições ao conhecimento da sua condição de saúde por causa da carência de apoio e de práticas educativas.

É de suma importância que a educação em saúde leve em consideração a realidade e a vivência dos pacientes. Neste enfoque, almeja-se transformar o sujeito de uma posição passiva na condução do seu tratamento em um indivíduo participativo e conhecedor da sua realidade. Para que um processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer e entender a “visão do mundo” do paciente e como o Diabete se percebe dentro deste contexto (Péres, Santos, Zanetti, Ferronato, 2007).

O baixo nível escolar de nossa amostra limita a possibilidade da mesma participação em seu tratamento. Isto é observado na medida em que fatores como o pouco conhecimento da doença e das ações que a mesma produz no organismo não são demonstradas em falas concretas.

A pouca valorização das atividades educativas e da participação em grupos, observados nos resultados, é um reflexo da comodidade em não mudar a situação de saúde presente. Podemos neste sentido questionar: quais informações e conhecimentos são relevantes para o diabético? Para a resposta, Freire (1993) nos remete à visão da conscientização de uma forma crítica: “Conscientizar não é somente possuir a informação ou o conhecimento. É usar o conhecimento para efetuar uma mudança de atitudes frente às ações do cotidiano na prática do cuidado”.

Quando questionado aos diabéticos sobre as informações repassadas pela equipe de saúde, 80% mencionaram ter ouvido falar sobre o uso correto dos medicamentos, sobre a importância da verificação da glicose e da pressão arterial. Somente, 3,94% ouviram falar sobre o uso de chás, que é um cuidado complementar, e muitas vezes empírico. Isto demonstra que a equipe de saúde repassa com maior ênfase os aspectos técnicos da doença, em detrimento das questões culturais. Novamente, a fala de Freire

(1993) vai ao encontro do equilíbrio: “Nosso papel não é falar ao povo sobre a nossa visão do mundo, ou tentar impor a eles, mas dialogar com eles sobre a sua e a nossa”.

O nível de escolaridade interfere nas escolhas, pois estas dependem do conhecimento adquirido. Desse modo, pode-se dizer que a construção do conhecimento é um processo contínuo, uma vez que a pessoa em condição crônica de saúde necessita compreender as mudanças que ocorrem consigo para enfrentar o seu cotidiano.

Com relação à busca do conhecimento, pelos diabéticos, observou-se que a baixa escolaridade é fator determinante para esta ação. A afirmação é confirmada quando 50% dos entrevistados responderam não buscar espontaneamente informações sobre a sua doença. Os que buscam a informação, a fazem nas consultas médicas e nas de enfermagem. Mencionadas em menor quantidade estão a troca de conhecimento e experiências com outros diabéticos e a utilização dos meios públicos de comunicação como a televisão, revistas e internet. Cabe ressaltar, que embora existam na comunidade, locais de inclusão digital, como forma de troca de informações, o uso frequente não é hábito na população de diabéticos, sendo utilizada somente por 5,26% da amostra. Supõe-se que isto ocorra devido à idade predominante dos diabéticos da amostra ser superior a 50 anos, o que por si só, nesta realidade já é um fator de exclusão.

O fato de alguns diabéticos buscarem a informação sobre a sua doença fora do serviço de saúde leva a reflexões e questionamentos. A população não busca a informação na Unidade de Saúde da Família porque não vê necessidade ou porque não a vê como importante? Como se está buscando este paciente e passando o conhecimento para o mesmo? As respostas a estes questionamentos serão construídas na medida em que se tenta conhecer a realidade do diabético, e se adapta o saber técnico ao nível cultural, financeiro e educacional.

5.2 PERCEPÇÃO E SENTIMENTOS: UMA CONDIÇÃO OU HÁBITO?

As percepções dos diabéticos são ambíguas. A ambivalência na forma de vivenciar a sua própria doença é a marca característica de muitos pacientes diabéticos. Este conflito consigo (suas possibilidades e impossibilidades) acaba gerando reações emocionais, que poderão ser prejudiciais (Péres, Santos, Zanetti, Ferronato, 2007).

A percepção inicial de alguns entrevistados é que o Diabete não é uma doença grave, principalmente quando os sintomas não estão presentes. A doença ganha importância e valorização quando as complicações e sintomas estão presentes. Isto é observado no momento em que 30% da amostra de diabéticos não vê o Diabete como um problema de saúde. O diagnóstico da doença acarreta, muitas vezes, um choque emocional para a pessoa, e que esta não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica (Péres, Santos, Zanetti, Ferronato, 2007).

Quanto à percepção dos diabéticos, ocorre a dificuldade em reconhecer o Diabete como um problema de saúde sistêmico. Quando levamos este questionamento para o gênero, percebe-se que a mulher ainda se preocupa mais com a sua saúde. Prova disto são as falas que confirmam a realização de exames por parte das mulheres diabéticas. Para o homem, o cuidado ainda gera conflitos, algumas vezes, relacionados à sua masculinidade. Na realidade vivenciada, observa-se que ocorre a dificuldade do homem em manter um acompanhamento com frequência adequada nas consultas médicas.

A doença acarreta mudanças significativas na percepção que o paciente diabético estabelece com o seu próprio corpo, e com o mundo que o cerca. Estas mudanças são mais notadas a partir do momento em que existam sintomas indicativos de alteração corporal (Santos, Zanetti, Otero, Santos, 2005).

Muitos pacientes percebem uma influência positiva da doença em suas vidas cotidianas. Citam como exemplo, a alimentação mais nutritiva da família e a adoção de um estilo de vida mais saudável (Santos, Zanetti, Otero, Santos, 2005).

Na prática vivenciada somente um diabético citou aspecto positivo relacionado à doença. Não houve percepção de melhora na qualidade de vida com o diagnóstico para a grande maioria. Hipoteticamente, isto reflete a falta da autoestima deste grupo de pessoas, pois os mesmos não conseguem visualizar possibilidades de mudanças na sua condição de doença.

Muitas são as percepções e as justificativas para não se cuidar: a pouca valorização do seu próprio corpo, o desconhecimento da doença, a descrença nas complicações e a dificuldade em se moldar num novo padrão. No questionamento “O que é difícil realizar?”, a resposta imprime a dificuldade que os diabéticos possuem em aceitar novos padrões de vida. Quando 70% dos diabéticos nos dizem que emagrecer, que praticar atividade física, que participar de grupos comunitários, são tarefas difíceis de serem realizadas, demonstram claramente a rejeição de novos padrões de vida.

A mudança de vida é um processo lento e difícil. A modificação no estilo de vida não se instala magicamente, mas no decorrer de um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar as suas expectativas para o futuro (Péres, Santos, Zanetti, Ferronato, 2007).

5.2.1 Alimentação

Ao mencionarmos mudanças de hábitos é importante refletirmos sobre a condição de alimentação do paciente diabético. O que foi observado no decorrer destes encontros com os mesmos é que o conhecimento adquirido não é facilmente implantado. Pela análise dos dados é observado que 75% dos diabéticos, em algum momento, já ouviram falar sobre alimentação saudável. No entanto, quando questionados sobre o controle alimentar poucos o aplicam. A pouca mudança no padrão alimentar é justificada pela situação financeira, pela dificuldade em adaptar-se com novos alimentos, pela pouca colaboração dos familiares e pela falta de conhecimento. Em menor escala é comentada que a razão em não realizar o controle alimentar é por sentir-se com perda do poder sobre o próprio organismo. Poucos são os diabéticos que comentaram sobre a substituição dos carboidratos de absorção rápida por alimentos ricos em fibras, pois no padrão cultural desta população, os farináceos, em geral, são considerados alimentos saborosos ao paladar e de fácil aquisição.

Justamente por manterem este padrão alimentar e pela falta da prática da atividade física, ocorre o aumento do sobrepeso e da obesidade, verificado pela média 30 do Índice de Massa Corporal (IMC) desta população de diabéticos, o que sugere que a grande maioria desta população está com sobrepeso.

O desejo alimentar é onipresente na vida do diabético. “O desejo alimentar faz sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer e culpa” (Santos, Zanetti, Otero, Santos, 2005). Por tudo isso é tão valorizado e temido. Esta observação demonstra a dificuldade que qualquer indivíduo possui em alterar padrões pré-concebidos, e para o diabético eleva-se ainda mais esta afirmação.

É necessário conhecer as limitações práticas que os diabéticos possuem em relação à sua alimentação, e partindo desta informação, realizar intervenções factíveis. Exemplos seriam: aulas de reaproveitamento de alimentos, orientação sobre alimentação saudável e suporte para a criação de hortas comunitárias. Ressaltando que alguns destes itens foram mencionados pelos próprios diabéticos, durante as entrevistas.

Uma parcela significativa de diabéticos (50%) afirmou que não deixa de ir a eventos sociais, e não faz controle alimentar durante as festas. Este é um padrão de comportamento que demonstra o pouco comprometimento com o cuidado, mas que reforça também a falta de apoio da comunidade em geral. Esta forma de agir refere a não aceitação de ser diferente. A diferença é vista como algo problemático e o diabético não quer ser diferente e ou se privar dos hábitos e sabores enraizados (Silva, Macedo, Vieira, Pinheiro, Damasceno, 2009).

5.2.2 Medicação

A terapia medicamentosa é vista por esta amostra de diabéticos como sendo a ação mais fácil de ser realizada. As medicações mais usadas são os hipoglicemiantes orais (metformina, glibenclamida), e somente uma diabética faz uso da insulino terapia.

As dificuldades relacionadas à terapia medicamentosa se referem à grande quantidade de medicamentos, crenças e tabus associados ao uso da medicação, proibição de certos produtos e adesão (Anderson, Fitzgerald, Funnell, 1997). Ainda que estes fatores não tenham sido referidos nas entrevistas não significa que os mesmos não sejam relevantes na amostra.

Na prática assistencial, observamos que muitos diabéticos possuem dificuldade em se organizar, em não esquecer os medicamentos e tomam as medicações somente quando julgam necessário. Não mencionar isto durante as entrevistas, pode indicar a não aceitação da própria doença, vergonha em ser portador, a falta de conhecimento, a dificuldade em adaptar-se com a medicação e de falta de apoio familiar.

É importante ressaltar que acompanhar a terapia e esclarecer dúvidas sobre os mesmos são funções contínuas da equipe de saúde.

5.2.3 Atividade física e participação em grupos

A maioria da amostra (70%) não pratica nenhuma atividade física ou não possui um padrão de frequência regular. A participação em grupos comunitários e a prática da atividade física foram identificados como sendo hábitos pouco realizados independente de faixa etária, sexo ou tempo de diagnóstico da doença.

As justificativas para a falta de participação nestas atividades incluem trabalho, estresse, mudanças no clima ou dificuldades físicas.

Os diabéticos que participam dos grupos comunitários mencionaram sentir-se integrados entre si. Disto resulta uma troca de vivências, que possibilita ao diabético entender melhor a sua própria condição de saúde. Francioni & Silva (2007) referem que, é no compartilhar das experiências que se possibilita a criação de novas diretrizes. Visto que, a partir do grupo de convivência podem-se entender os anseios e necessidades que de outra forma não poderia se visualizar.

5.2.4 O papel familiar

A família possui um papel importante no cuidado do paciente. Mas, os diabéticos destacaram a dificuldade em aceitar as cobranças que familiares fazem principalmente relacionadas ao controle alimentar. Tradicionalmente, o apoio familiar vem principalmente na forma de auxílio no recebimento de medicamentos, no acompanhamento das consultas e menos, em atividades preventivas.

Os pacientes referiram que os familiares também passam por um período de adaptação, do qual poderão emergir mudanças no comportamento. Na realidade estudada, a família tem um papel mais de controle, proibitivo e menos educativo. Isto pode ser visto como um reflexo da sociedade na qual estão inseridos. O que foi observado é que a família se percebe mais como uma espectadora do que um participante na vida do diabético.

Para a família poder contribuir no tratamento, deverá servir como fonte de apoio emocional, nos momentos em que o diabético se sente impotente diante dos desafios (Santos, Zanetti, Otero, Santos, 2005). Esta fala não foi dita pela amostra de diabéticos.

O apoio familiar vem na forma de auxílio no recebimento de medicamentos, no acompanhamento das consultas. E menos em atividades educativas e preventivas. Mas há que se referenciar que isto também é um padrão dos diabéticos.

Cabe ao profissional de saúde avaliar quais as cooperações que se estabelecem entre os membros que compõe o sistema familiar, uma vez que, compreendendo os mecanismos utilizados pelos integrantes da família, pode-se atuar nestes, melhorando assim a colaboração da família no cuidado ao paciente.

5.3 O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O DIABÉTICO

Quando questionado: “A equipe profissional é responsável pela sua saúde?”, os diabéticos consideraram a equipe profissional como sendo responsável pelo cuidado à saúde. Salienta-se que a responsabilidade citada pelos diabéticos, tem um caráter assistencialista. O cuidar visto na amostra reflete a postura que muitos usuários do SUS possuem, que é de receber a atenção à saúde já pronta, não tendo que criá-la, e muitas vezes, sendo somente um coadjuvante.

Quanto à pergunta, “Você é responsável pela sua saúde?”, 90% dos diabéticos referem que são responsáveis e que praticam o cuidado. Mas muitas vezes, o diabético espera uma conduta dos profissionais, e não reconhece seus hábitos como agravantes, e nem admite as suas próprias responsabilidades.

Provavelmente esteja aqui o maior desafio dos profissionais em saúde. Transformar o diabético em um ser interessado e conhecedor da sua realidade. É necessário fornecer ferramentas e recursos que permitirão ao diabético repensar o padrão de vida, se valorizar, ser capaz de melhorar a sua autoestima e aceitar a responsabilidade pela sua própria saúde.

Mas para que tal ação aconteça, os profissionais também necessitarão passar por um processo autoreflexivo.

É importante ressaltar que para o atendimento integral dos pacientes diabéticos, o trabalho conjunto com todos os setores de administração da gestão pública se faz necessário. Pois o investimento em infraestrutura, geração de renda e trabalho, escola pública fortalecida, fornecerá suporte para que pacientes consigam realizar de forma mais adequada o seu cuidado.

Alguns diabéticos indicaram a falta de confiança e a preocupação com a baixa valorização da saúde no Brasil.

Os diabéticos mencionaram que as práticas de saúde estão voltadas, principalmente, às consultas médicas. Faz-se necessário criar ações que busquem o paciente para os serviços de saúde, através de educação em saúde, utilizando ferramentas lúdicas que mobilizem a comunidade.

Quando analisados os dados obtidos pelo prontuário, observa-se que não existe uma associação entre a consulta ou outra forma de atendimento na unidade, com a

melhora dos valores glicêmicos. O que faz pensar que o atendimento de saúde para esta população não está alcançando o objetivo de controle. Vários fatores poderão ser a causa desta constatação. A falta de registro no prontuário, a falha na terapia medicamentosa, falta de orientação do diabético ao tratamento.

Em todas estas causas o profissional pode atuar, seja revendo o seu conceito de trabalho, ou trabalhando com percepções e valores que os diabéticos possuem.

O cuidado do diabético é multidimensional. Por ser uma doença crônica que está ligada a mudanças de hábitos e comportamentos, não é de fácil controle.

A Estratégia Saúde da Família se justifica na medida em que os profissionais conseguem detectar as situações de riscos e trabalhar na redução dos mesmos. A realização desta tarefa é complexa e exige do profissional conhecimento técnico, empatia com o paciente e reconhecimento da realidade na qual o diabético está inserido. O trabalho multiprofissional é importante neste contexto, pois serve como um multiplicador de ações na medida em que cada membro trouxer a sua visão do cuidado.

Nas duas etapas da pesquisa pode-se observar que os padrões de comportamentos existentes se repetiam, independente de qual variável observássemos (idade, sexo, tempo de diagnóstico da doença). Estes comportamentos e hábitos são construídos partindo da visão de mundo, do meio em que este diabético está inserido, da relação que ele possui consigo e com familiares e do suporte que a equipe profissional oferece.

O ponto alto deste trabalho aconteceu durante as entrevistas, em que a pesquisadora conseguiu ver o diabético como uma pessoa que possui uma história de vida, que carrega uma carga emocional (por vezes muito pesada), que possui medos, dúvidas e tem dificuldades em compreender e realizar o seu cuidado. Mas que, também, se mantém com vontade para continuar tentando a melhora da sua situação de saúde. É nesta vontade que o profissional tem que atuar. É acreditando na mudança e fortalecendo o diabético e os seus cuidadores que a mudança acontecerá.

Foi percebido no decorrer da pesquisa que a construção do conhecimento é um processo contínuo, dependente de vários fatores e atores sociais. Com isto fica evidenciado que na dinâmica do “viver diabético” é de suma importância orientar e não julgar. Realizar trocas de experiências para que o processo de aprender e ensinar ocorra simultaneamente. Entender que os diabéticos possuem direitos a escolhas mesmo que estas não sejam as mais indicadas pelo profissional de saúde. Procurar encontrar equilíbrio nas condutas, e com isto fortalecer o vínculo entre profissional e diabético.

Na realização destas atitudes, as chances de um atendimento mais humanizado acontecerá.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho demonstrou a percepção que os pacientes diabéticos possuem no seu cuidado. Elas são sentidas de uma forma muito homogênea, independente de faixa etária, sexo ou tempo de diagnóstico da doença. A escolaridade é determinante de um maior senso crítico, porém deste não resulta obrigatoriamente uma maior consciência para o autocuidado.

Os diabéticos, nesta comunidade, possuem uma visão superficial da sua patologia, com comportamentos e hábitos que perpassam as gerações. Estes comportamentos, muitas vezes, entram em conflito com o conhecimento científico, pois nem sempre são os aconselháveis ao tratamento e controle da doença.

Questões como mudança dos hábitos alimentares, participação em grupos comunitários e a prática da atividade física foram relatados pelos diabéticos como sendo de difícil realização. Fica implícito com isto, que as ações preventivas são mais difíceis de serem absorvidas e praticadas.

Como profissional da saúde é difícil não questionar e julgar tais comportamentos. A crença nas potencialidades e na capacidade de mudança do diabético deve sempre ser estimulada. Faz-se necessário, portanto, ampliar a capacidade da visão assistencial, integrando o saber do diabético e adaptando-o à sua realidade.

REFERÊNCIAS

Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell MM, Feste C. Diabetes Empowerment Scale (DES): a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*. 1997;(46):269A.

Ayres JRCM. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):16-29.

Boehs AE. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. *Rev Lat Am Enferm*. 2002;10(1):90-6.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 1990 set 20; seção 1:18055-9.

Brasil. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 1990 dez 31.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família [on line]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. [acesso em 10 dez 2009]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis - Vigitel 2007. Incidência de Diabetes no Brasil [on line]. 2007 [acessado em 2010 maio 25]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1.

Briggs FH. Problem solving in Diabetes self-management: a model of chronic illness self-management behavior. *Ann Behav Med*. 2003;25(3):182-193.

Campos CEA. Os desafios da integralidade segundo as perspectivas da vigilância em saúde e da saúde da família. *Ciência Saúde Col*. 2006;8(2):569-84.

Carvalho EF. Tendência da mortalidade por Diabetes Mellito no Brasil: 1950 a 2000. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009;6:156.

Francioni FF, Silva DVG. O processo do saber viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Texto e contexto – enf*. 2007;16(1):105-111.

Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993.

Grillo MFF, Gorini MI. Caracterização de pessoas com Diabetes tipo 2. *Rev Bras Enf*. 2007;60(1):49-54.

- Hood GH. Fundamentos e Prática da Enfermagem. 8ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- Laplantine F. Antropologia da Doença. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
- Leininger M. Transcultural nursing. New York: John Wiley; 1978.
- Lynch K. A Imagem Urbana. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
- Montagnana M, Lippi G, Guidi GC, Finlayson AET, Cronin NJ, Choudhary P et al. Continuous glucose monitoring na intensive treatment of type 1 Diabetes. N England J Med. 2008;359(14):1464-76.
- Morse J. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. Nursing Research. 1991;40(1):120-132.
- Neves JL. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Cadernos de Pesquisas em Administração. 1996;1(3).
- Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. Rev Latino-Am Enf [periódico na Internet]. 2007 [citado 2010 Maio 20];15(6):1105-12. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
- Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. Rev Ciênc Saúde Col. 2008;13(1):71-82.
- Santos EC, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. Rev LatinoAm Enf [periódico na Internet]. 2005 Jun [citado 2010 Maio 21];13(3):397-406. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
- Silva ARV, Macedo SF, Vieira Neiva FC, Pinheiro PNC, Damasceno MMC. Educação em saúde do portador de Diabete Mellitus tipo II: uma revisão bibliográfica. Rev Bras Enf. 2009;10(3):146-51.
- Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Santos EKA, Santana ME et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2006;43(3):697-703.
- Silveira RS, Martins CR, Lunardi VL, Lunardi F, Wilson D. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. Rev Bras Enferm. 2009;62(3):442-6.

Anexo A

Questionário

Sexo Feminino Masculino

Idade 30 a 39anos 40 a 49anos 50 a 59anos 60 a 69anos 70 anos ou mais

Escolaridade 1 grau incompleto primeiro grau completo 2 grau incompleto
 2 grau completo 3 grau incompleto 3 grau completo pós grad. completo

Estado civil solteiro(a) casado(a) separado(a) divorciado(a) viúvo(a)

Peso: _____ Kg não sei

Cintura: _____cm não sei

Altura: _cm não sei

1) Você é diabético(a) a:

menos de 1 ano de 1 a 3 anos de 3 a 5 anos de 5 a 10 anos 10 anos ou mais

2) A Diabete é um problema de saúde para você?

Não Concordo pouco Não sei Concordo em parte Concordo muito

3) A Diabete é uma doença que atinge quais órgãos?

Pâncreas Fígado Rins Cérebro Coração Vasos sanguíneos Olhos Pele

4) São fatores que pioram o Diabete:

Alimentação errada- gorduras e sal Tomar errado as medicações
 Ansiedade/ estresse Fumar
 Ingerir bebida alcoólica Não realizar atividades físicas

5) São complicações da Diabete quando não tratado:

Doença nos rins Feridas nos pés Amputações de pés e pernas
 Dor de cabeça Diminuição da visão Falta de sono
 Estresse Doenças no coração Sangramentos

6) Você possui alguma complicação da Diabete?

Sim Não

Quais? _____

7) Essas complicações afetam a sua vida?

não afetam pouco muito

8) Quando você vai à Unidade de Saúde da Família, os profissionais esclarecem sobre a sua doença?

Nunca poucas vezes algumas vezes quase sempre sempre

9) Você já ouviu falar na Unidade de Saúde da Família sobre:

- Sintomas do aumento do açúcar no sangue Alimentação saudável
 Prática do exercício físico Alcoolismo e Diabete
 Feridas no pé do diabético Ansiedade e Diabete
 A importância do controle da pressão e da glicose Nenhum
 Uso correto das medicações para o Diabete
 Outros

Quais? _____

10) Você participa de algum grupo de diabéticos na Unidade de Saúde da Família, com qual frequência?

- não participo 1x na semana 1 x a cada 15 dias
 1x no mês 1x a cada 3 meses não lembro

11) Na Unidade de Saúde da Família você participa ou já participou de:

- Grupos de diabéticos
 Grupos de hipertensos
 Grupos de gestantes
 Grupo de caminhadas
 Recebimento de medicação para o Diabetes
 Consulta médica
 Consulta com o dentista
 Consulta com a enfermeira
 Nenhuma

12) Você acha que a equipe de profissionais da Unidade de Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista, agentes de saúde) é responsável pela minha saúde:

- Não Concordo pouco Não sei Concordo em parte Concordo muito

13) Quais alimentos ajudam a controlar o açúcar no sangue:

ALIMENTOS	Não	Pouco	Não sei	Sim	Sim muito
Carne/gorduras					
Doces					
Frutas					
Verduras/hortaliças					
Massas/ pães					
Bolachas					
Salgadinhos					

14) Quando você tem festas (natal, ano novo, casamento, aniversário...) você consegue manter o cuidado e não abusar na alimentação?

nunca poucas vezes algumas vezes quase sempre sempre

15) Sabendo que você é diabético, as pessoas que te conhecem oferecem somente alimentos e bebidas que ajudam a controlar o açúcar no sangue?

Nunca poucas vezes algumas vezes quase sempre sempre

16) Na dieta diabética você sente falta de:

massa, pães refrigerante, sucos carnes fritas chocolate
 sorvetes, doces frituras, salgadinhos legumes, hortaliças cereais

17) Você deixa de ir a eventos sociais (natal, ano novo, casamento, aniversário...) por saber que terá que cuidar da alimentação?

nunca poucas vezes algumas vezes quase sempre sempre

18) A equipe de saúde pode ajudar você no seu tratamento?

ensinando a tomar as medicações
 encaminhando para realizar mais exames de sangue e urina
 mostrando um cardápio balanceado
 encaminhando para o médico especialista
 realizando grupo de caminhadas
 realizando grupos de hipertensos
 outros

Quais? _____

19) Você se sente bem com o seu peso?

nunca poucas vezes algumas vezes quase sempre sempre

20) O que você faz para manter o meu peso?

evito comer frituras e gorduras
 evito comer massas e bolos
 pratico caminhada
 não fumo
 não tomo bebidas alcoólicas
 consulto com nutricionista
 nenhuma

outras

Quais? _____

21) Você pratica atividades físicas, se sim, com que frequência?

não pratico 1x na semana 1 x a cada 15 dias 1x no mês
 1x a cada 3 mês não lembro

22) Você pratica as seguintes atividades físicas?

- corrida caminhada natação vôlei alongamentos futebol de várzea
 outras

Quais? _____

23) Você vai para a Unidade de Saúde da Família para verificar a pressão e a glicose no sangue?

- não faço 2x na semana 1x na semana 1x a cada 2 semana 1x no mês não lembro

24) Você procura aprender sobre a sua doença?

- não procuro
 nas consultas médicas, de enfermagem, da nutricionista
 em jornais
 na televisão
 na internet
 em revistas de saúde
 em livros
 nos grupos de hipertensos e diabéticos
 com outros pacientes
 outras

Quais? _____

25) Você é responsável pela sua saúde?

- Não
 Não sei
 Concordo pouco
 Concordo em parte
 concordo muito

Anexo BRoteiro Entrevista Semi-Estruturada

- Há quanto tempo você é diabético?
- Como foi receber o diagnóstico de Diabetes Melitus?
- Para você o que é ter Diabetes?
- Quais os valores glicêmicos e de pressão?
- O que mudou na sua qualidade de vida?
- O que você faz para “estabilizar” a sua doença?
- Quais as medicações que você faz uso para controlar a sua doença?
- Quem apóia você?
- Qual é o papel da equipe da saúde na manutenção do controle da sua doença?
- Como é o seu relacionamento com parentes, amigos que não possuem a sua doença?
- Quem você considera responsável pelo cuidado com a sua saúde?

Anexo CTermo Consentimento Livre e Esclarecido (Questionário)

Prezado (a) participante:

Sou aluna do Curso de especialização em Saúde Pública, do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob a supervisão do professor Paul Fisher, cujo objetivo é compreender a percepção que o paciente diabético possui com relação ao autocuidado.

Sua participação envolve: responder um questionário com duração aproximada de 10 minutos. Sua participação é voluntária, e se você decidir não participar, em qualquer momento tem absoluta liberdade de fazê-lo. Será verificado o seu prontuário, para complementação dos dados. Não haverá mudança no seu atendimento na Unidade de Saúde da Família Araçá I, se você deixar de participar da pesquisa.

Na publicação desta pesquisa será mantido absoluto sigilo dos seus dados. Serão omitidas todas as informações que poderão identificá-lo (a).

Você estará contribuindo para conhecer melhor a sua realidade, para a produção do conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora, fone 97426618 ou pela entidade responsável- Especialização em Saúde pública da UFRGS - fone 33085327.

Atenciosamente,

Márcia Damiana Isoton
Coren 78269
Pesquisadora

local e data

Paul Fisher, PhD
Orientador

local e data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo.

Assinatura

Anexo D**Termo Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista)**

Prezado (a) participante,

Sou aluna do Curso de especialização em Saúde Pública, do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob a supervisão do professor Paul Fisher, cujo objetivo é compreender a percepção que o paciente diabético possui com relação ao autocuidado.

Sua participação envolve: uma entrevista com duração, em média de 1 hora e meia, aonde será gravada a conversa, também poderá ser realizada anotações pela pesquisadora. Está conversa será sigilosa e a sua voz não será exposta em nenhum momento. Caso queira não participar mais da pesquisa o seu atendimento na unidade Araçá I manter-se-á o mesmo.

Na publicação desta pesquisa será mantido absoluto sigilo dos seus dados. Serão omitidas todas as informações que poderão identificá-lo (a).

Você estará contribuindo para conhecer melhor a sua realidade, para a produção do conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecida pela pesquisadora, fone 97426618 ou pela entidade responsável- Especialização em Saúde publica da UFRGS - fone 33085327.

Atenciosamente

Márcia Damiana Isoton
Coren 78269
Pesquisadora

local e data

Paul Fisher. PhD
Orientador

local e data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo.

Assinatura