



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADEMICO EM SAÚDE COLETIVA**

ELAINE NEVES DE FREITAS

**SER DIABÉTICO E PERCEBER-SE DIABÉTICO: AUTOCUIDADO DITO E O
REALIZADO.**

FORTALEZA - CEARÁ

2016

ELAINE NEVES DE FREITAS

SER DIABÉTICO E PERCEBER-SE DIABÉTICO: AUTOCUIDADO DITO E O
REALIZADO.

Dissertação apresentada ao Curso
de Mestrado Acadêmico em Saúde
Coletiva do Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva do
Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Estadual do Ceará,
como requisito parcial à obtenção do
título de mestre em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Saúde
Coletiva.
Orientador: Prof. Dr. Andrea
Caprara.

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Freitas, Elaine Neves de.

Ser diabético e perceber-se diabético:
autocuidado dito e o realizado [recurso eletrônico] /
Elaine Neves de Freitas. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 90 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof. Dr. Andrea Caprara.

1. Doença Crônica. 2. Diabetes Mellitus tipo 2. 3.
autocuidado. 4. Autocuidado Apoiado. I. Título.

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **"O ser diabético e o perceber-se diabético: autocuidado dito e realizado"**.

Nome da Mestranda: **Elaine Neves de Freitas**

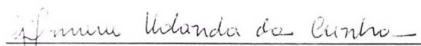
Nome do Orientador: **Profº. Drº. Andrea Caprara**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICA, GESTÃO E AVALIAÇÃO".

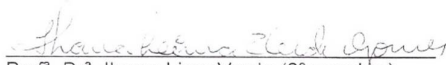
BANCA EXAMINADORA:



Profº. Drº. Andrea Caprara (Orientador)



Profª. Drª. Gilmara Holanda da Cunha (1º membro)



Profª. Drª. Ilvana Lima Verde (2º membro)

Data da defesa: 26/02/2016.

A cada paciente que dispôs a contar sua história e que tornou possível a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre zelando por mim. Minh'alma engrandece ao Senhor, meu espírito se alegra em Deus, meu Salvador. Pois com poder tem feito grandes coisas e com misericórdia demonstrado amor.

À minha família, pela dedicação e amor. Especialmente minha mãe, Odaisa Nobre, mulher guerreira que nunca mediu esforços para me dar a melhor educação. Obrigada por cuidar tão bem de mim, o mestrado também é uma conquista sua. Mãe, te amo. Te amo, mãe.

À minha irmã, Eliana Neves, maior prova de superação, não deixou que a surdez a impedisse de ir atrás de seus sonhos. Você me enche de orgulho ao ser formada em Letras/LIBRAS, e não parando por aí, sei que vai conseguir o mestrado. Você é um exemplo.

A meu querido orientador, Prof. Dr. Andrea Caprara, por sua disponibilidade, ensinamentos, orientações e confiança, sempre de uma forma tão carinhosa e gentil, mesmo quando eu não cumpria os prazos de entrega. Muito obrigada.

À Carol Peixoto, que desde o início me incentivou. Obrigada por todos os momentos de cumplicidade, pelas conversas e pelas orientações, não apenas nos estudos, mas da vida. Como eu aprendo com você.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelos conhecimentos adquiridos e pela amizade.

Aos funcionários do Mestrado, em especial a tão querida Maria, sempre pronta a ajudar, você é um anjo neste Programa.

Aos colegas do mestrado, que hoje posso chamar de amigos. Foram dois anos de muita cumplicidade, reflexões, risadas, estudos, críticas e sugestões. Como

é bom saber que ainda existem pessoas disponíveis a sempre ajudar na busca da solução de um problema. Eu os amo. Deus os abençoe hoje e sempre.

Aos entrevistados, que se disponibilizaram a responder minhas perguntas, que dividiram um pouco da sua rotina domiciliar em nome da ciência. Obrigada pela confiança.

Obrigada a todos os funcionários do Centro de Saúde José Paracampes, que se dedicam tanto em suas funções.

Aos meus pacientes, pela compreensão quando precisei remarcá-los.

Ao Matheus, namorado que chegou na minha vida nesta reta final da dissertação, mas com uma importância imensa, me encorajando quando o cansaço vinha à tona. Obrigada por seu amor. Você faz parte dessa conquista também.

Obrigada a todos que participaram direta ou indiretamente na construção deste, que não é apenas um trabalho, mas um sonho conquistado.

MUITO OBRIGADA!

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

(Paulo Freire)

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são cada vez mais prioridade no setor da saúde da maioria dos países pelo seu impacto na morbidade e mortalidade. O envelhecimento acelerado da população também traz, como consequência, o aumento do número e da gravidade das doenças crônicas. No mundo há cerca de 285 milhões de pessoas com Diabetes Mellitus (DM., No Brasil, há cerca de 7,6 milhões de diabéticos. O DM é uma das doenças crônicas que representa um problema permanente ao indivíduo e sua família, por isso, a educação em saúde não deve estar direcionada unicamente aos diabéticos, mas para toda a família. Autocuidado é cuidar de si mesmo, buscando quais são as necessidades do corpo e da mente, melhorando, assim, o estilo de vida. Este trabalho buscou compreender comportamentos e percepções acerca do autocuidado de pacientes com DM tipo 2. Para isso, realizou-se um estudo transversal, de natureza qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde da Família José Paracampes, localizado na Regional V da cidade de Fortaleza-Ceará, no período de abril a setembro de 2015. Participaram do estudo 27 adultos diabéticos, entre 50 a 83 anos de ambos os sexos e diagnosticados há pelo menos um ano com a doença. Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista semiestruturada e aprofundada, com auxílio de um temário. Os dados foram transcritos e analisados através do software NVIVO, do qual emergiram as seguintes categorias: Representações verbalizadas do ser diabético; Compreendendo o Illness x Disease e a Ambiguidade do discurso acerca do autocuidado: a fala e a prática. Compreender a percepção desses usuários sobre sua realidade, experiências vividas e, até mesmo, o que consideram cuidado de si é importante para que os profissionais tenham embasamento de como proceder na conduta terapêutica, aumentando, assim, as chances de adesão ao tratamento. O autocuidado praticado pelo diabético ultrapassa os conhecimentos e as informações científicas acerca de seus benefícios, vai além, envolve todas as experiências individuais construídas a partir da coexistência com a doença. Portanto, o estudo demonstra a importância do aprofundamento dos achados, não aspirou encerrar a discussão sobre o autocuidado dito e o realizado, pelo contrário, buscou-se ampliar a reflexão acerca desta realidade, onde nem sempre o saber implica no fazer.

Palavras-chaves: Doença Crônica; Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado;

ABSTRACT

The Chronic Non-Communicable Diseases (CNCDs) are an increasing priority in the health care sector in most countries for their impact on morbidity and mortality. The rapid aging of the population also has the increase in the number and severity of chronic diseases as a consequence. In the world, there are about 285 million people with diabetes mellitus (DM). In Brazil, there are about 7.6 million diabetics. DM is one of the chronic diseases that represents a permanent problem to the individual as well as to the family. The health education should not only be directed to the diabetics, but to the whole family. Self-care means taking care of yourself, looking for the needs of the body and mind and thus improving your lifestyle. This study aimed to understand behaviors and perceptions about self-care of patients with type 2 diabetes. Therefore, we performed a cross-sectional study of a qualitative nature. The research was conducted at the Family Health Center José Paracampos, located in the city of Fortaleza, Ceará, in the period of April to September 2015. The study included 27 diabetic adults between 50-83 years old, of both genders and who were diagnosed with the disease for at least 1 year. For data collection a semi-structured and in-depth interview was used with the aid of an agenda. Data were transcribed and analyzed using NVIVO software, of which the following categories emerged: Verbalized representations of being diabetic; Understanding the illness x disease and The ambiguity of the discourse on self-care: what is said and what in fact is practiced. Understanding the perception of these patients about their own reality, their experiences and even what they consider as taking care of themselves is important for professionals to be able to have a foundation on how to proceed in the therapeutic approach, thus increasing the chances of adherence to treatment. The self-care practiced by diabetics exceeds scientific knowledge and the information about the benefits itself, it goes beyond this, it involves all individual experiences that were built from the coexistence with the disease. Therefore, the study demonstrates the importance to do further research on the outcomes. It did not intend to conclude the discussion on what is said about self-care and what is practiced in fact, it sought to expand the reflection on this reality instead, where knowledge not always implies the practice of it.

Keywords: Chronic Disease; Diabetes Mellitus, Type 2; self-care;

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pacientes entrevistados	44
Tabela 2 – Pacientes com entrevista aprofundada	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Quadro conceitual do Modelo de Atenção Crônica - Chronic Care Model (CCM).....	21
Figura 2 –	Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos.....	29
Figura 3–	Técnica dos cinco “A’s”	35
Figura 4 –	Secretaria Executiva da Regional V.....	41
Figura 5 –	Esquema de como viver com o Diabetes Mellitus.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
DM	Diabetes Mellitus
CNPq	Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
ADA	American Diabetes Association
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CCM	Chronic Care Model
SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SER-V	Secretaria Executiva Regional V
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
QSR-Nvivo	Qualitative Solutions Research Nvivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	QUESTÕES NORTEADORAS E A DESENVOLVIMENTO DOS OBJETIVOS	22
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	DOENÇAS CRÔNICAS	24
2.2	DIABETES MELLITUS E SUAS REPERCUSSÕES.....	27
2.3	AUTOCUIDADO APOIADO.....	32
3	METODOLOGIA	40
3.1	TIPO DE ESTUDO	40
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA	40
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	42
3.4	PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	42
3.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	46
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	46
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1	REPRESENTAÇÕES VERBALIZADAS DO DESCOBRIR-SE DIABÉTICO.....	49
4.2	DIABETES MELLITUS TIPO 2: ILNESS X DISEASE	53
4.3	AMBIGUIDADE DO DISCURSO ACERCA DO AUTOCUIDADO: O FALAR E O PRATICAR	60
5	CONCLUSÃO	73
	REFERÊNCIA	75

APÊNDICE	83
APÊNDICE A	84
APÊNDICE B	85
APÊNDICE C	86
APÊNDICE D	87
APÊNDICE E	88
ANEXOS	89
ANEXO A – Parecer Comitê de Ética	90

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, faço parte de um grupo de pesquisa denominado Cultura, Saberes e Práticas em Saúde, o qual tem desenvolvido estudos sobre a temática do autocuidado de pacientes com doenças crônicas em Fortaleza - Ceará. Com isso percebemos o alto índice de indivíduos com diabetes descompensada que procuram o serviço de saúde público como cuidado primário em saúde, sendo elas as Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS).

Diante deste envolvimento com pacientes com diabetes Mellitus (DM), surgiu o interesse em pesquisar, de forma mais específica, sobre o autocuidado. O fato de trabalhar com idosos me trouxe uma percepção de que, muitas das vezes, eles não praticam determinado cuidado por não querer, e não por não saber o que deve ser feito para melhorar sua qualidade de vida. Este paradoxo trouxe vários questionamentos sobre o que poderia está acontecendo para que a fala deixasse de ser apenas teoria e se tornasse prática.

Este projeto faz parte da primeira fase de um projeto maior intitulado: Empoderamento e o gerenciamento do autocuidado de pacientes em condições crônicas atendidos na atenção primária no município de Fortaleza – CE, o qual possui a aprovação e o financiamento do Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), cujo objetivo principal é compreender o gerenciamento do autocuidado por parte do paciente crônico e como as equipes de saúde têm atuado na construção do autocuidado.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), cujas características mais comuns são a ausência de infecção e/ou contágio clássico e cronicidade, encontram-se as doenças cardíacas e cerebrovasculares, além de diabetes, hipertensão arterial e câncer, entre outras. Destacam-se as doenças cardiovasculares e de caráter metabólico devido às altas taxas de morbimortalidade e ao caráter astucioso e grave dos adoecimentos, por muitas

vezes assintomático em grande parte dos indivíduos (MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

As DCNT são cada vez mais prioridades no setor da saúde, na maioria dos países pelo seu impacto na morbidade, mortalidade e pelos custos decorrentes da assistência médica. Seu impacto na saúde da população brasileira reflete nas estatísticas brasileiras oficiais de mortalidade, dados da vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde e de estudos transversais realizados para determinar a prevalência e seus fatores de risco (BRASIL, 2009).

No Brasil, 63% das mortes por causas conhecidas devem-se às DCNT (BRASIL, 2008). Malta *et al* (2006) relatam que, seguindo a tendência mundial, o Brasil vem passando por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional desde a década de 1960, resultando em alterações nos padrões de ocorrência de doenças, com um aumento significativo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.

O envelhecimento acelerado da população também traz, como consequência, o aumento do número e da gravidade das doenças crônicas as quais acrescentam-se as enfermidades musculoesqueléticas, os transtornos mentais e as doenças dos órgãos sensoriais, dentários e periodontários. Na atual situação de saúde dos brasileiros, a medicina e a saúde pública estão sendo chamadas a, cada vez mais, cumprir seu papel de ciência híbrida que envolve o conhecimento biológico, psíquico e social (MINAYO; GUALHANO, 2014).

No mundo há cerca de 285 milhões de pessoas com DM, com considerável disparidade entre populações e regiões. No que diz respeito ao Brasil, há cerca de 7,6 milhões de diabéticos, correspondentes a 6% da população nacional e a 6,4% da população mundial (ZHANG *et al*, 2010).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD (2014-2015), o DM não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios

metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (OLIVEIRA; VENCIO, 2015).

A doença apresenta duas formas principais, o tipo 1 (DM1), que aparece principalmente na infância ou na adolescência e o tipo 2 (DM2) corresponde a aproximadamente 85% a 90% dos casos e aparece de forma insidiosa em adultos. Há outras formas menos frequentes de DM, como a gestacional e outros tipos que ocorrem devido a defeitos genéticos funcionais das células beta do pâncreas e na ação da insulina induzidas por fármacos, agentes químicos ou infecções (GUIDONI *et al.*, 2009).

Segundo a American Diabetes Association – ADA (2007), o DM2 é uma doença crônica caracterizada pela diminuição de produção de insulina ou pelo aumento da resistência de sua ação nos tecidos alvo, podendo ocasionar estados de hiperglicemia prolongados que comprometem estruturas corporais como rins, vasos sanguíneos, nervos e olhos. A doença manifesta-se na idade adulta ou na velhice, geralmente em decorrência de práticas inadequadas de dieta, atividade física e hábitos durante o transcorrer da vida.

Com o passar do tempo, a saúde do portador do DM começa a declinar, surgindo complicações derivadas de um mau controle glicêmico e hábitos diários. Situação esta que pode acarretar uma depreciação da qualidade de vida, pois se reflete em seus diferentes aspectos, como debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dor em membros inferiores, falta de vitalidade, dificuldades no relacionamento social, instabilidade emocional, entre outros (FARIA *et al.*, 2013).

Em sua maioria, os pacientes também apresentam obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, por isso, as intervenções devem abranger essas múltiplas anormalidades metabólicas, o que, além de prevenir o surgimento de diabetes, estaria também evitando doenças cardiovasculares e reduzindo a mortalidade. É sabido que alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na redução da atividade física, associam-se a acentuado

incremento na prevalência de DM2. Os programas de prevenção primária do DM2 baseiam-se em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver o diabetes (SBD, 2015).

Segundo Barsaglini (2011), o processo de entendimento da doença crônica se estende por toda a vida do adoecido, obrigando-o a desenvolver formas personalizadas de pensar sobre a sua condição e com ela lidar, e envolve fatores de ordem estrutural, simbólica, do contexto da vida diária, da biografia, da experiência e do próprio curso da doença.

Partindo desse olhar, o autocuidado requer mais do que simplesmente a apreensão do conhecimento técnico, legal e normativo. O cuidado à saúde envolve respeito e compreensão entre os atores sociais envolvidos. As consequências que podem advir com o decorrer do tempo de convivência da doença e do tratamento mediante o autocuidado, dependeria da disposição individual (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008; BARSAGLINI, 2011).

Após o diagnóstico da doença, há a necessidade de mudanças na vida do adoecido, com isso a equipe de saúde tem o papel de coordenadora do cuidado, desenvolvendo e implementando estratégias de educação em saúde, a fim de melhorar e efetivar a adesão desses indivíduos ao tratamento e a um novo estilo de vida. A Educação e a Comunicação são práticas cada vez mais requisitadas e com grande relevância no espaço da Atenção Primária à Saúde, isso se dá pela importância nas ações de promoção e de prevenção de doenças (CYRINO, 2005).

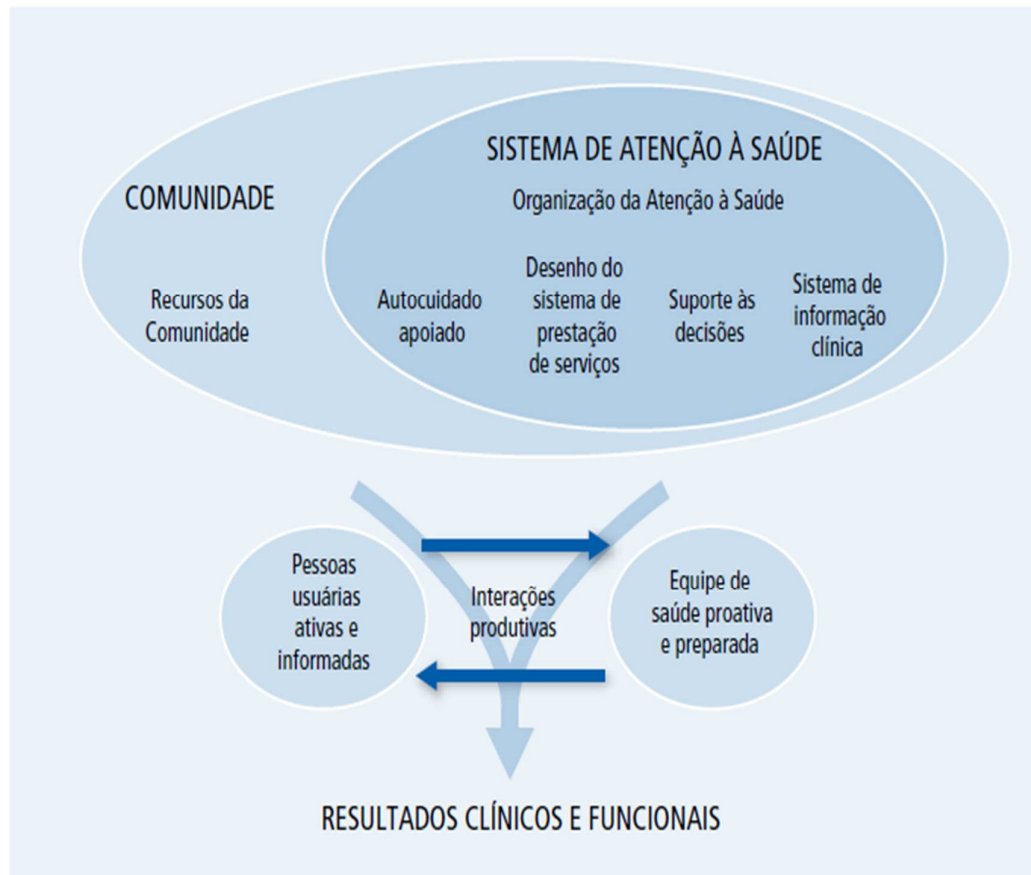
Reforçando a necessidade de programas educativos em saúde coletiva que atinjam todas as camadas da sociedade. Com a adoção de uma política de conscientização precoce de diabéticos e não-diabéticos, sobre a doença e suas complicações, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011), o autocuidado apoiado é definido como uma orientação educacional sistemática, baseada em uma relação que deve ser de confiança entre pacientes e profissionais da saúde, a qual busca estimular os usuários a adquirir habilidades para gerenciar seus problemas de saúde, conhecer o seu problema; saber decidir e escolher seu tratamento; saber fazer o monitoramento regular das condições de saúde, adotando uma postura pró ativa, mudança e manutenção de comportamentos que contribuam para a sua saúde.

O Modelo de Atenção Crônica - Chronic Care Model (CCM) é um modelo de cuidados primários para pacientes com doenças crônicas, no qual seis componentes são propostos como condicionantes para sua implantação. São eles: recursos e políticas; organização da atenção à saúde; apoio para autocuidado; desenho da linha do cuidado; apoio a decisões; sistemas de informações clínicas (BODENHEIMER, WAGNER, GRUMBACH, 2002).

Segue abaixo o quadro conceitual traduzido pela Organização Pan-Americana de Saúde, o qual demonstra como funciona o modelo (OPAS, 2010).

Figura 1 – Quadro conceitual do Modelo de Atenção Crônica - Chronic Care Model (CCM)



Fonte: OPAS, 2010, p.25

1.1 QUESTÕES NORTEADORAS E O DESENVOLVIMENTO DOS OBJETIVOS

Partindo da perspectiva do autocuidado apoiado a partir da experiência dos adoecidos surgiram os seguintes questionamentos:

- Qual o real significado das palavras “Diabetes Mellitus” para o diabético?
- O fato da DM ser uma doença silenciosa dificulta a consciência da gravidade da doença?
- Quais apoiadores circundam o paciente com DM?
- Qual a dificuldade em se colocar em prática o conhecimento adquirido sobre o autocuidado?
- Quais as práticas de autocuidado relatadas e quais as práticas de autocuidado realizadas?
- Será que este paciente percebe que, muitas vezes, a sua fala não reproduz a sua realidade?

Essas indagações emergiram após leituras sobre temas referentes a cronicidade, DM, autocuidado apoiado, dificuldades de se colocar discurso do autocuidado em prática, estratégias que podem ser usadas para garantir aos diabéticos maior conscientização da doença e sua gravidade, uma vez que os adoecidos de diabetes apresentam motivação muito fraca para mudança no estilo de vida, e, conseqüentemente, a vivência da prática do autocuidado (MENDES, 2012).

Estudos aprofundados em torno dessa problemática são fundamentais para oferecer subsídios na prevenção e na promoção de saúde, não apenas nos locais de assistência, como também na própria comunidade, incentivando-os na prática do autocuidado, proporcionando, assim, uma melhor qualidade de vida.

O interesse pelo tema justificou-se pela importância epidemiológica da doença no quadro das condições de saúde, pela descoberta dos achados quanto a percepção do diabético, considerando a dificuldade da prática e a facilidade do discurso sobre o autocuidado. Acreditamos que este estudo, apesar de fornecer informações de uma população específica, pode contribuir no aspecto do aporte teórico e servir de parâmetro para o desenvolvimento de outras pesquisas sobre a DM, além de subsidiar melhor comunicação e a interação entre o diabético e seus apoiadores.

Portanto, este estudo buscou como objetivo geral, compreender o autocuidado a partir das percepções dos diabéticos em seu contexto familiar e comunitário. Em particular essa pesquisa intenciona: conhecer como se dá o gerenciamento do autocuidado por parte do diabético com DM2; compreender a relação *Illness x diseases*; analisar as falas sobre o discurso da prática do autocuidado e a ambiguidade deste discurso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS

As doenças crônicas têm sido muito estudadas, dada a sua importância na busca de estratégias para redução da prevalência dos fatores de risco que estão diretamente relacionados às mudanças de estilo de vida e à qualidade de vida dos indivíduos (CAPILHEIRA e SANTOS, 2011).

Na sociedade contemporânea, de modo geral, é crescente a presença de doenças crônicas, assim como nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Sua expressiva frequência nos perfis de mortalidade e de morbidade é atribuída ao envelhecimento da população, à alteração na expectativa de vida, à transição epidemiológica e às mudanças comportamentais de estilo de vida (BARSAGLINI, 2006).

Azevedo *et al* (2013) relatam que uma das definições de doença crônica mais amplamente aceita é aquela proposta em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados.

As DCNTs se caracterizam por ter etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (CASADO *et al*, 2009).

As principais causas de mortes no mundo são as doenças crônicas e as mesmas têm gerado perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias e para a sociedade como um todo. No Brasil são consideradas um

problema de saúde de grande magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, em todas as faixas etárias, inclusive, crianças e adolescentes (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNTs vêm sendo classificados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, estão a hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o DM, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e o risco de desenvolver alguma DCNT. Dentre outros fatores não modificáveis constam a hereditariedade, o sexo e a raça (CASADO *et al*, 2009).

Pessoas que têm uma doença crônica precisam aprender a conviver com várias limitações e obrigações em sua vida cotidiana como ir ao médico e tomar remédios regularmente. Além disso, há períodos em que o seu estado de saúde pode se agravar e exigir hospitalização, causando apatia, irritabilidade, tristeza, entre outros sintomas, o que implica em sofrimento físico e emocional para o paciente e para todos aqueles que o rodeiam (CASTRO *et al*, 2005).

Semelhante a qualquer outro agravo de importância da saúde pública, é fundamental vigiar ou monitorar essas doenças. Segundo Dias e Campos (2012), dentre as DCNTs, o DM está se tornando uma das principais ameaças à saúde humana no século XXI. É uma doença crônica na qual pequenos aumentos em sua incidência têm grandes implicações na saúde das populações. O DM é considerado a quinta maior causa de morte no mundo.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se destacado na assistência aos doentes crônicos. A APS é definida como estratégia de organização do sistema de saúde para realização de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento de

problemas de saúde mais prevalentes e reabilitação individual e coletiva (AZEVEDO *et al*, 2013).

Atenção à saúde que atende às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, ao final de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários e econômicos. O diabético caminhará, caso não haja um controle glicêmico, com o passar dos anos, para uma retinopatia, nefropatia, amputação de extremidades, entre outras complicações (MENDES, 2011).

A APS deve ser o primeiro nível de atenção, e como tal, ponto de partida para a realização das linhas de cuidado, detendo atributos que viabilizem o primeiro contato com as equipes de saúde, coordenando ações de cuidado e autocuidado, abordando toda a rede de apoio destes adoecidos (DALLA, 2012).

Segundo Rodrigues *et al* (2014) as condições crônicas exigem um sistema de atenção que responda de forma proativa, contínua e integrada. A atenção centrada no usuário caracteriza-se por garantir acesso e a continuidade dos cuidados, fortalecendo a participação do usuário no tratamento, o que gera maior interação entre usuário e a equipe de saúde. Apoiar o autocuidado em todos os níveis do sistema de saúde, facilita o estabelecimento dos objetivos terapêuticos e aumenta a confiança do usuário e de sua família no autocuidado (BERGSON, 2006).

Para Giovanella *et al* (2012), a coordenação dos cuidados torna-se cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional, das mudanças no perfil epidemiológico, que evidenciam crescentes prevalências das doenças crônicas e da diversificação tecnológica nas práticas assistenciais. O cuidado do doente crônico resulta em interdependência entre as unidades de saúde, pois tais pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, o que demanda coordenação entre serviços, função que deve ser exercida pela APS.

A ESF tem sido apontada como modelo base da atenção primária para responder aos problemas agudos e crônicos de uma população adscrita. No entanto, o modelo de gestão do cuidado vivenciado no país ainda vem sendo organizado na perspectiva das condições agudas e de forma fragmentada nas intervenções realizadas (MENDES, 2012).

Os adoecidos de diabetes precisam estar cientes sobre os benefícios do tratamento e a adesão às propostas de mudanças, mas esta consciência varia conforme o tempo de convivência com o problema. Viver saudável, compreender melhor a doença, obter estabilidade dos sintomas e melhorar a qualidade de vida, entre outros, são objetivos traçados por aqueles que convivem com esses distúrbios há longo tempo. Os portadores que convivem com o problema a curto tempo, estão mais preocupados com a manifestação dos sintomas (VIEIRA *et al*, 2011).

Portanto, prevenir as DCNTs implica atuar em medidas regulatórias de tabaco, álcool e alimentos, construção de espaços urbanos saudáveis e investimento em políticas públicas que visem à proteção coletiva. Ou seja, implica em decisões que envolvem os poderes públicos, mas, principalmente, a adesão e a mobilização da sociedade, buscando-se novas perspectivas sustentáveis e saudáveis de vida (MALTA, 2014).

2.2 DIABETES MELLITUS E SUAS REPERCUSSÕES

Estima-se que em 2030, no mundo, 300 milhões de pessoas estejam convivendo com DM, e destas, dois terços encontram-se nos países do terceiro mundo. Entre as causas de mortalidade geral das DCNT, 5,2% se deve ao DM, em sua maioria de pessoas economicamente ativas. No Brasil, dados mostram que as taxas de mortalidade da doença (por 100 mil habitantes) apresentam acentuado aumento com o progredir da idade. Os custos com a doença afetam a todos, mostrando ser, além de um problema de saúde, um problema econômico (SBD, 2007).

O diabetes é uma doença com gastos elevados para os sistemas de saúde. Pessoas com diabetes têm mais visitas ambulatoriais, usam mais medicamentos, têm uma maior probabilidade de ser hospitalizado e são mais propensos a necessitar de cuidados de emergência e de longo prazo, do que as pessoas sem a doença (ZHANG et al, 2010).

Segundo dados auto referidos da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), os usuários com DM são os mais atendidos na atenção primária gerando grande demanda para o sistema de saúde. Torna-se importante o tratamento precoce e o incentivo ao autocuidado, em função das complicações, co-morbidades associadas e pelo aumento crescente das taxas de mortalidade por diabetes (TORRES et al, 2013).

Os determinantes principais do crescimento epidêmico das DCNTs no Brasil são demográficos, com uma proporção maior de indivíduos alcançando a senescência, período em que essas doenças se manifestam com maior frequência. A alteração do padrão dietético-nutricional, assim como, a atividade física da população brasileira, também contribuem para uma maior incidência da doença, pois têm como desdobramento o aumento de peso corpóreo e vários desfechos desfavoráveis à saúde (ELSA, 2009).

O DM pode ser classificada em quatro formas, são elas: tipo 1, que resulta da destruição de células β -pancreáticas, podendo levar a uma completa deficiência de insulina; tipo 2, resultante do defeito progressivo na secreção de insulina; diabetes gestacional, diagnosticada durante a gravidez; e outros tipos de diabetes, que podem ser ocasionadas por defeitos genéticos nas células β ou na ação da insulina (MEDEIROS et al, 2014).

A evolução para o DM2 ocorre ao longo de um período de tempo variável, passando por estágios intermediários que recebem a denominação de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. Tais estágios seriam decorrentes de uma combinação de resistência à ação insulínica e

disfunção de célula beta. No DM1, o início geralmente é abrupto, com sintomas indicando de maneira contundente a presença da enfermidade (SBD, 2015).

Figura 2: Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes

CATEGORIA	JEJUM*	2 H APÓS 75 G DE GLICOSE	CASUAL**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes <i>mellitus</i>	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas;

**Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição;

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.

Nota: O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

mellitus e seus estágios pré-clínicos.

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015.

Os dados epidemiológicos apontam para um incremento no número de pessoas com de DM 2, com isso, os profissionais, em especial, da área de saúde, devem estar atentos para a execução de ações concretas junto a esta população, tendo em vista o afastamento dos fatores de risco que favorecem o aparecimento da doença, assim como adoção de medidas que possibilitem a minimização das complicações decorrentes desta patologia (WELFER; LEITE, 2005).

De acordo com informações da ADA (2007), os três pilares fundamentais na assistência global do paciente portador de DM2 são: controle glicêmico rígido (dieta/estilo de vida, exercício físico, medicação), tratamento de distúrbios associados (dislipidemia, hipertensão, obesidade, coronariopatia) e tratamento das complicações da enfermidade (retinopatia, doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia ou outras complicações).

Segundo Coelho *et al.* (2009), o DM é visto pela população diabética com um certo medo, principalmente, quando é relacionado às possibilidades de

complicações. Citada como uma doença “silenciosa”, “perigosa” e “danada” sendo, de modo geral, interpretada como um mal precursor de cuidados. O estudo ainda aponta que o DM é visto por seus portadores como uma ameaça implícita para o desenvolvimento de outras complicações.

Para Péres *et al* (2007), o diabético tem dificuldade de aceitação dessa condição, levando-o a viver um eterno dilema. O fato de se aceitar como diabético exige a percepção, de algum modo, de conviver com o incômodo, o desconforto e a dor gerados pela restrição e contenção de hábitos, pelo controle imposto pelo tratamento. O significado de se tratar implica reconhecer-se portador de limitação importante por determinada doença crônica.

Como o DM é uma das doenças crônicas que representa um problema permanente ao indivíduo e sua família, a educação em saúde não deve estar direcionada unicamente as pessoas com DM, mas para toda a família. Dessa forma, o envolvimento dos pacientes no seu plano terapêutico se faz necessário, tanto quanto os cuidados profissionais ofertados (MENDES, 2012).

Segundo Duran e Cocco (2003), as práticas educativas em saúde têm estado presentes no cotidiano dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços de saúde, porém, não têm conseguido gerar grandes transformações, de forma a gerar impacto no modo de vida da população, em suas condições de saúde e na construção de sua cidadania.

Importante observar e ter o conhecimento das representações dos sujeitos que experimentam socialmente uma situação que repercute no conjunto da sociedade, nos permitindo desvelar o universo simbólico que influencia o seu modo de viver e a formação da consciência coletiva, podendo auxiliar nas propostas de ações mais pertinentes e eficazes na área da saúde, fundamentadas em redes de corresponsabilização entre sujeitos e coletividades, na defesa e na promoção de melhores condições de vida e saúde da população (MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

É possível afirmar que a mudança dos hábitos junto ao tratamento farmacológico possa retardar ou prevenir o desenvolvimento de complicações, reduzindo substancialmente o custo com essa enfermidade. No entanto, a mudança no estilo de vida não é tão simples e depende de fatores psicológicos, sociais e econômicos, sendo importante que o cuidado prestado a esse paciente seja conduzido por uma equipe interdisciplinar (GUIDONI, 2009).

O estudo de Broadbent *et al* (2014), revelou que a alta adesão medicamentosa pode ser atribuída aos modelos mentais (percepções e crenças) das pessoas com DM sobre o seu tratamento, em que as pessoas consideram a medicação como a modalidade de tratamento de maior impacto no controle do DM, ao comparar com a dieta e o exercício físico.

Boas *et al* (2014), concluíram que é importante considerar que tanto a adesão ao tratamento, quanto o controle metabólico são fenômenos complexos, os quais podem ser influenciados por fatores socioculturais, ambientais e psicológicos, tais como as crenças em saúde.

Quando se fala em pacientes com DM, precisamos de um olhar psicológico, pois os de diabetes relatam sentimentos negativos em relação ao diagnóstico, ao tratamento da doença e à alimentação, como raiva, tristeza, contestação, depressão, dificuldade de raciocinar, mal-estar psicológico, desânimo e suscetibilidade à crítica. Esses sentimentos aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de estresse, depressão e ansiedade, principalmente, nas mulheres que, com frequência, têm dificuldade em realizar a dieta, pois compensam o sofrimento comendo em maior quantidade (PÉRES *et al*, 2007).

Outro fato importante na vida do adoecido diabético é não pensar em alimentação como um fenômeno exclusivamente biológico, pois sofre a influência de aspectos sociais, culturais e emocionais, ilustrados pelas confraternizações que envolvem transmissão de valores e crenças, reforço dos vínculos e trocas afetivas. É necessário ter uma maior compreensão e respeito

a essas crenças e valores, e assim auxiliar e motivar a mudança de hábitos de vida não saudáveis (RODRIGUES et al, 2012).

Contudo, Welfer e Leite (2005) afirmam que alguns adoecidos diabéticos manifestaram certa indignação quanto a necessidade de restringir certos alimentos, denotando resistência em seguir a dieta recomendada. É importante esclarecer ao paciente os conhecimentos que permitem compreender o porquê da necessidade de alterações do estilo de vida para a promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Visto que se desconhece a cura da doença, seu controle é possível e fortemente recomendado. Para a população diabética, as atividades de autocuidado associadas ao controle glicêmico podem prevenir complicações, hospitalizações e mortalidade relacionadas ao DM. As condutas mais empregadas são a avaliação precoce, o controle de fatores de risco glicêmico e cardiovascular, orientação nutricional e hábitos de vida saudável e, ainda, orientações mais específicas, como o uso de um calçado adequado (MANTOVANI et al, 2013).

O conhecimento que os diabéticos têm sobre a própria doença é a base para o manejo adequado do cuidado e para a adoção de medidas preventivas às suas complicações. Alguns diabéticos parecem pouco motivados a exercer o autocuidado, aparentemente, por terem poucas informações sobre a doença e sobre como obter uma melhor qualidade de vida através de uma alimentação saudável e da prática de atividade física (TORRES et al, 2011).

2.3 AUTOCUIDADO APOIADO

Ao se falar de doenças crônicas, o autocuidado, a adesão ao tratamento e a responsabilidade do paciente de saber da sua doença e do seu processo de tratamento são considerados conceitos e ações muito importantes. Tendo isso em vista, muitos profissionais buscam engajar seus pacientes num processo em que esses precisam assumir para si o compromisso de autocuidado e de querer adquirir informações sobre a sua doença, sendo

envolvidos num processo de responsabilizar-se pela própria saúde. Os pacientes com DM, por exemplo, são constantemente chamados a responder, seja pelo surgimento do adoecimento, seja pela falta de controle da glicose ou ainda pelas complicações decorrentes da não adesão às formas de cuidado prescritas pelos profissionais de saúde (CARRIJO; RASERA, 2013).

O cuidado de si constitui-se, simultaneamente, como um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos. Uma prática de intuito e responsabilidade absolutamente individuais, mas que pode ter estímulo de apoiadores. No autocuidado apoiado o indivíduo tem responsabilidade por sua própria condição de saúde permitindo que o profissional de saúde seja apenas um instrumento de apoio para que este tome consciência de sua condição e se torne seu próprio agente de saúde (BODENHEIMER *et al*, 2002).

Autocuidado é cuidar de si mesmo, buscando quais são as necessidades do corpo e da mente, melhorando assim o estilo de vida, para evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças e adotar medidas de prevenção de doenças. Ações como estas visam à melhoria da qualidade de vida. Para que o autocuidado torne-se eficaz e seguro e não somente acessível e econômico, salienta-se a importância do contínuo desenvolvimento da competência do indivíduo e da comunidade para o autocuidado (BRASIL, 2008).

Segundo Camargo-Borges e Japur (2008), a busca por um maior vínculo com a comunidade, participação popular e corresponsabilidade em aspectos do processo saúde-doença, práticas tradicionais em saúde estão sendo questionadas, conseqüentemente, a adesão ao tratamento passaram a ser compreendidos dentro de uma lógica moralista e higienista, isto é, pautados por uma concepção de que cuidar da própria saúde implica em seguir à risca as normas e diretrizes prescritas por um especialista. Tanto o autocuidado quanto a adesão ao tratamento são construções sócio-históricas que nem sempre estiveram relacionadas à ideia de que as pessoas que não aderem à terapêutica proposta para o seu tratamento não cuidam da própria saúde.

Os autocuidadores são pessoas que tem informações sobre seu processo saúde-doença e são proativas. Por isso, o autocuidado apoiado envolve atividades intercorrelacionadas do sistema de atenção à saúde, provendo informações sobre a prevenção e o manejo da condição crônica; e organizando estratégias para ajudar as pessoas a tornarem-se proativas na prevenção e no gerenciamento de sua condição crônica (BODENHEIMER et al, 2002). Segundo Cavalcanti e Oliveira (2012), as pessoas querem ou não querem mudar, como se a motivação para a mudança fosse um estado definitivo e imutável.

Maclean (1991) agrupou por categorias o gerenciamento do diabetes tendo como primeira categoria a do individual (temperamento, atitudes), a segunda, do próprio diabetes (severidade, tempo de diagnóstico) e a terceira, contextual (rede de apoio, normas sociais e culturais, ambiente de trabalho). Assim, esse autor contesta os estudos que associam “mau” gerenciamento à percepção de não-gravidade, à interferência nas ações habituais, à complexidade das prescrições, à falta de informação, à deterioração do conhecimento e à habilidade de gerenciar; pois eles ignoram a constelação de significados associados ao viver com diabetes e a relação desses significados com o contexto social e cultural.

Mendes (2012), utiliza-se da teoria do autocuidado apoiado, e a mesma se baseia nos critérios determinados como os “5 As”: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento. Priorizando a informação e a educação para se autocuidar, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado para cada doença e ou doente, a saber:

Figura3 – Técnica dos cinco “A’s”

TÉCNICA DOS CINCO “A’S”	
INTERVENÇÃO	TÉCNICA
AVALIE	Avalie o conhecimento e as ideias da pessoa sobre seu estilo de vida e sua condição de saúde assim como o grau de motivação e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis.
ACONSELHE	Aconselhe por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida. Forneça informação à medida que a pessoa relata o que sabe sobre sua condição e quais dúvidas têm sobre a mesma. Verifique o que ela entendeu das recomendações feitas, oriente e treine as habilidades necessárias para situações específicas.
ACORDE (PACTUE)	Estabeleça uma parceria com a pessoa para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo. Avalie o grau de confiança em alcançar a meta, considerando o contexto.
ASSISTA	Dê assistência ao processo de mudança – auxilie no planejamento, na elaboração e adequações dos planos de ação; treine habilidades como a resolução de problemas, o automonitoramento e a prevenção de recaídas; avalie deslizes e recaídas; forneça material de apoio.
ACOMPANHE	Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais, em intervalos curtos, elaborando com a pessoa as adequações do plano de ação e pactuando novas metas.

Fonte: Autocuidado - Manual do Profissional de saúde (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012)

Secretarias municipais de saúde, como por exemplo, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, ao construir um manual para o profissional de saúde sobre o autocuidado apoiado, se preocupa na abordagem individual e coletiva para o processo de mudança de comportamento e de autocuidado, baseando-se também na Técnica dos 5 A’s e na utilização de um Caderno de Exercícios. Este é um material de apoio que traz vários instrumentos de avaliação, planejamento e monitoramento do processo de mudança,

favorecendo o aprendizado e aumentando a autoeficácia dos mesmos para lidarem com o seu cotidiano (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Quando a atenção é centrada no portador de doença crônica, é importante que haja entrevista e comunicação efetivamente; ajudando nas mudanças de comportamento relativas à saúde com o apoio ao autocuidado, gerando um enfoque proativo deste adoecido (BARCELÓ *et al*, 2011). Para Cavalcanti e Oliveira (2012) quanto mais específicas e pessoais as razões, mais efetivo é o processo decisório em direção a um comportamento mais saudável. Para isso, abordagens motivacionais podem facilitar o processo de trânsito da ponderação para a tomada de decisões uma vez que ponderar não significa comprometer-se.

Brasil (2008) considera o autocuidado como ingrediente essencial no cuidado à saúde a ser complementado por recursos técnicos e profissionais. O indivíduo ao adquirir um hábito positivo em relação a sua doença, sai do status de desinformação e passa a desejar querer mudar ou agir. Ele pode, além de se informar, interessar-se, envolver-se e, finalmente, tornar-se atuante no processo de transformação.

Santos e Araújo (2011) observaram que o profissional de saúde pode adotar dois tipos de postura perante o paciente e seu tratamento: a postura autoritária, que pode suscitar sentimentos negativos no paciente e influenciar no processo do tratamento; e a mais compreensiva e dialógica. O ideal seria que todos os profissionais de saúde adotassem a segunda opção a fim de garantir maior vínculo profissional-paciente e, conseqüentemente, maiores chances de sucesso no tratamento.

As práticas educativas em saúde dividem-se entre posturas tradicionais, autoritárias e verticalizadas, e posturas que valorizam o diálogo e o saber popular como ponto de partida para as intervenções em saúde. Tais posturas demarcam a evolução do conhecimento sobre o ser humano, sua relação com a sociedade e suas condições de vida (CYRINO *et al*, 2014).

Incorporar a conversa como recurso de cuidado em saúde passa por uma crítica à forma tradicional de conversar nessa relação – um profissional detentor de saber falando para um usuário desprovido de saber, com o intuito de educá-lo para um melhor comportamento em saúde. O que está se enfatizando é a necessidade da interlocução, para que haja viabilidade na proposta de um novo paradigma em Saúde Pública, em que ações conjuntas entre profissionais e a população rompam com a tradicional hierarquia rígida nas relações de saber/poder, legitimando assim, outras descrições de vivências de saúde/doença (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008).

O fato dos médicos apresentarem dificuldades em reconhecer o seu paciente como sujeito capaz de assumir a responsabilidade de cuidador pela sua própria saúde, dessa maneira não procuravam desenvolver a autonomia e a participação do paciente no seu processo de adesão ao tratamento e às práticas de prevenção e promoção da saúde (CAPRARA; RODRIGUES, 2001).

Durante o autocuidado apoiado é fundamental auxiliar as pessoas a lidarem com os deslizes e recaídas. É muito comum voltar aos hábitos anteriores durante a mudança e quando isto ocorre, retomar o processo e aprender a reconhecer situações de perigo (tentações) melhora a autoeficácia (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

As intervenções de autocuidado prescindem a priori de uma relação de vínculo entre a equipe de saúde e as pessoas portadoras de doenças crônicas. O atendimento domiciliar valoriza a troca de experiências e saberes, aumentando esse vínculo. A elaboração de orientações a partir da compreensão do contexto de vida do adoecido é fundamental para que o adoecido abrace o autocuidado. Essa abordagem assistencial, integral e humanizada busca melhorar o conhecimento sobre a patologia, aproximando o adoecido de seu tratamento, tornando-o autônomo e responsável pela sua saúde (TORRES *et al*, 2014).

Os diabéticos não apresentaram a atitude positiva esperada para a mudança de hábitos necessária à manutenção do controle metabólico O

estímulo ao autocuidado necessita não somente de quem o faz, o paciente, mas também do profissional de saúde que o acompanha, não sendo prática comum realizada pelos pacientes. Há necessidade de se buscar estudos que possam fomentar a prática do autocuidado apoiada na APS, buscando desta forma, motivação e envolvimento das pessoas com doenças crônicas como agentes produtores sociais de sua saúde (RODRIGUES *et al*, 2009; CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Caprara e Rodrigues (2001) afirmam que em 91,4% das consultas, os médicos não exploram os medos e ansiedades dos pacientes. Abordar esse aspecto envolve também compreender as diferentes visões de doença e saúde, bem como o referencial próprio de doença que cada sujeito constrói ao longo de sua história pessoal e coletiva.

Para Camargo-Borges e Japur (2008) é através de conversas grupais com os adoecidos, da escuta às suas histórias de vida, que acontece a aproximação a essa população, e, assim, o autocuidado é produzido. As redes de apoio para os diabéticos são essenciais para o sucesso do tratamento. Santos *et al* (2011) em seu estudo, sinalizam que os pacientes têm grande dificuldade de lidar com a diferença entre os hábitos alimentares adotados por seus familiares e o restante de seu círculo social e os prescritos para um paciente com DM. Para essas pessoas, o apoio fraterno é muito importante como forma de reforço no enfrentamento da doença, esse mesmo apoio é importante por fazer com que eles se sintam fortalecidos e incentivados a melhorar o autocuidado e a conviver melhor com a doença.

O diabetes é considerado “grave”, não pela cronicidade em si, mas pelas consequências que podem advir com o decorrer do tempo de convivência com a doença e pelo tratamento farmacológico e do autocuidado, ou seja, a gravidade da evolução do seu quadro dependeria do empenho e da capacidade de controle do próprio adoecido para manter-se “compensado” (BARSAGLINI, 2006).

A gravidade do DM pode ser suavizada pelo autocontrole, por meio da vontade das pessoas, pelo paciente está sujeito a experimentar sensações e emoções exacerbadas pelas dificuldades envolvidas, assim como pela comorbidade, comum aos diabéticos. Entender o autocuidado como fator dependente da disposição individual é fundamental na compreensão do conhecimento das práticas de autocuidado e dos hábitos praticados, tal conduta pode estar atrelada à invisibilidade da doença, somada à sua natureza progressiva e degenerativa (BARSAGLINI, 2006).

Na educação do autocuidado no DM, observa-se que os usuários reconhecem a dieta e a prática regular de atividades físicas como fatores importantes para o controle da doença. No entanto, esses não foram relatados como hábitos praticados com frequência pela maioria. A educação e a transferência de conhecimento é um processo difícil, especialmente no caso do diabetes, com diferentes graus educacionais e com diferentes bases sociais e ambientais (TORRES *et al*, 2013).

De acordo com Cavalcanti e Oliveira (2012), todos vivenciam a vontade de mudar sem ter de fazer o que é preciso para isso, ou seja, o “querer e não querer”, “o saber e o realizar”. Esta ambivalência é natural no processo de mudança, as pessoas aprendem a lidar com ela e fortalecem o propósito de alcançar os resultados desejados. As autoras estimulam a prática de atividades em grupo, onde as pessoas podem responder, individualmente e depois em conjunto, sobre as vantagens e as desvantagens de mudar e não mudar um comportamento. A troca de ideias aumenta o repertório de todos, propiciando uma maior reflexão.

Segundo Allatta (2012), quando o sujeito toma a palavra para a fala de si, inevitavelmente, essa convocação é percebida e, ao nomear o que se lhe ocorre, levará o indivíduo a representação do dito. Assim, procura-se investigar a diversidade do vivenciar o DM2 e as instâncias que integram o adoecimento, interpretando falas, posturas e elementos que reflitam o processo do autocuidado enquanto fala e prática realizada.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, por pretender expor características de uma determinada população e da relação entre o conhecimento e o comportamento relacionados ao DM2. Este estudo é parte integrante de um projeto maior intitulado “Empoderamento e o Gerenciamento do Autocuidado de Pacientes em Condições Crônicas Atendidos na Atenção Primária No Município De Fortaleza-Ce”, projeto este aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Escolhemos a abordagem qualitativa, uma vez que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Neste método, busca-se atingir melhor os objetivos propostos, conhecendo o objeto estudado tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ele se insere, aplicando-se ao estudo das percepções, das relações, das crenças, das representações, e das opiniões, procurando compreender uma determinada situação na perspectiva dos indivíduos que a vivenciam (MINAYO, 2010).

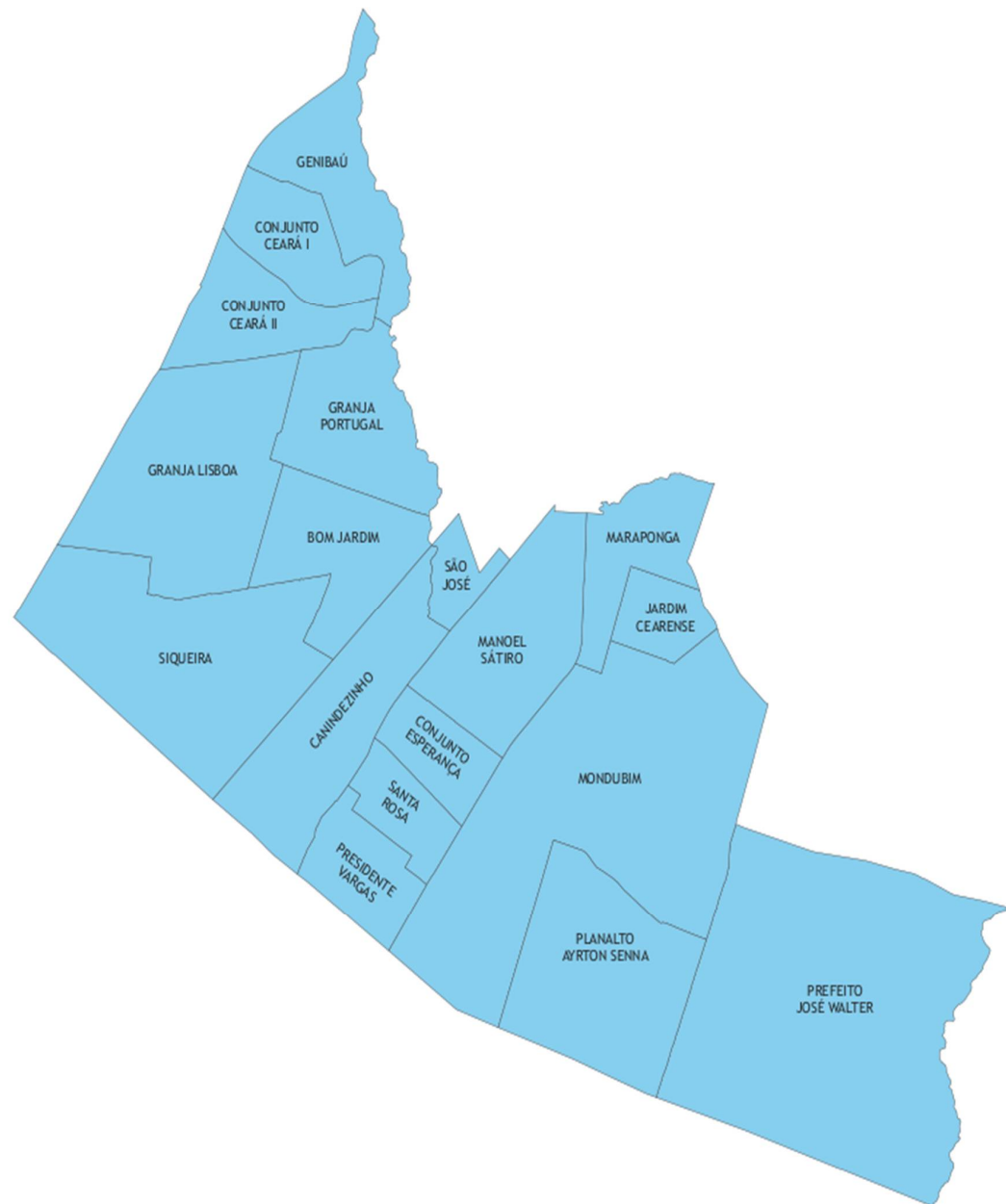
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O município de Fortaleza, Ceará, localizado no nordeste do Brasil, foi escolhido para ser o campo de estudo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em dados do censo de 2010, Fortaleza apresenta-se com 2.571.896 habitantes, sendo a quinta capital do país em termos de população (IBGE, 2014).

O presente estudo, por fazer parte de um projeto maior, coube um local pré-definido, sendo este o Centro de Saúde José Paracampas, localizado na Secretaria Executiva Regional (SER) V, na rua Alfredo Mamede, 250 - Manuel

Sátiro, Fortaleza-CE, CEP: 60763-806. Outro local imprescindível para o desenvolvimento desta pesquisa foi o domicílio dos usuários.

Figura 4 – Secretaria Executiva da Regional V



Fonte: Prefeitura de Fortaleza – 2015

A SER V é a Regional mais populosa de Fortaleza, tendo, sob sua cobertura, 18 bairros que equivalem a 21,1% da população. Além disso, é também a mais pobre, com rendimentos médios de 3,07 salários mínimos, sendo considerada a que possui o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dentre as demais Regionais. o bairro mais populoso é o Mondubim (80 mil habitantes), seguido da Granja Lisboa (49 mil habitantes), Genibaú (39 mil habitantes) e Vila Manoel Sátiro (34 mil habitantes). Alguns bairros, como o Bom Jardim, tiveram sua população duplicada na década de 1990, passando de 15.857 (1991) para 34.507 (2000). O Siqueira, por sua vez, saltou de 4.540 (1991) para 23.728 (2000). Só o bairro Granja Portugal apresentou tendência de redução, no mesmo período (MOURA, 2011).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa são os pacientes, ambos os sexos, diagnosticados com DM2, atendidos pelo Centro de Saúde da Família José Paracampes, pré-determinado pelo projeto maior.

Os critérios de inclusão estabeleciam:

- O diabético deveria conviver com o DM2 no mínimo um ano.
- Ser acompanhando pela ESF.
- Morar no máximo há dez quadras da unidade de saúde por questões de segurança da pesquisadora quando esta não estivesse acompanhada do ACS.
- Pacientes que morassem com a família, filhos, acompanhantes/ cuidadores.

3.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre Abril de 2015 à Agosto de 2015, através de entrevistas semi-estruturadas e aprofundadas, observação participante, além do auxílio do diário de campo, onde a pesquisadora concentrava suas percepções sobre o ambiente, expressões dos diabéticos, características comportamentais entre outros.

Para a entrevista geral foi utilizado o Formulário estruturado de caracterização dos pacientes (APÊNDICE A), com dados socioeconômicos e tempo de diagnóstico, além do Roteiro de Entrevistas com Pacientes (APÊNDICE B), com perguntas específicas sobre o DM.

Foram convidados a participar da pesquisa os pacientes que estavam aguardando a consulta de retorno com o médico na Unidade de Saúde José Paracampas, e os que se enquadravam nos critérios de inclusão, totalizando vinte sete diabéticos entrevistados, como mostra a tabela abaixo. Os nomes dos pacientes foram trocados por nomes fictícios.

Tabela 1 - Pacientes que foram entrevistados na Unidade de Saúde José Paracampas.

Participantes (nome fictício)	Tempo de diagnóstico de DM (em anos)	Idade (em anos)
1. Diego	1	79
2. Mayara	3	58
3. Sérgio	3	83
4. Renata	1	57
5. Thaís	16	61
6. Meiry	5	63
7. Érica	5	50
8. Clarisse	9	59
9. Odaisa	10	68
10. Isabel	2	77
11. Sara	3	52
12. Greicy	6	55
13. Aline	7	58
14. Raiana	4	61
15. John	3	57
16. Eliana	8	65
17. Mylena	4	65
18. Melina	10	74
19. Cristiane	12	77
20. Rachel	5	63
21. Cintia	6	70
22. Kamila	6	66
23. Mônica	5	62
24. Lídia	8	58
25. Monaliza	3	57
26. Adelaide	30	81
27. Matheus	16	63

Fonte: Elaboração da pesquisadora

A quantidade de entrevista encerrou nos vinte e sete entrevistados, seguindo a coerência da saturação em pesquisa qualitativa, onde a saturação é o instrumento epistemológico que determina quando as observações deixam de ser necessárias, pois nenhum novo elemento permite ampliar o número de propriedades do objeto investigado.

A saturação designa o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado. É um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de observações. O conceito de saturação deriva das Ciências Naturais. Na

Química, indica o limite em que a maior quantidade possível de uma substância foi absorvida por uma solução em uma temperatura dada (THIRY–CHERQUES, 2009).

Dos vinte e sete pacientes entrevistados, foram selecionados quatro para o acompanhamento em domicílio, considerando os critérios de inclusão. Buscamos apreender a percepção dos participantes da pesquisa, possibilitando o aprofundamento de questões relacionadas ao conhecimento do autocuidado realizado pelos pacientes com DM2.

A tabela a seguir demonstra os pacientes que participaram das entrevistas aprofundadas, estas aconteceram em seus domicílios.

Tabela 2 - Pacientes que foram entrevistados em domicílio.

Participantes (nome fictício)	Tempo de diagnóstico de DM (em anos)	Idade (em anos)
24. Lídia	8	58
25. Monaliza	3	57
26. Adelaide	30	81
27. Matheus	16	63

Fonte: Elaboração da pesquisadora

Os pacientes que foram escolhidos para o acompanhamento domiciliar, configuraram três mulheres e um homem. A escolha destes se deu de acordo com os critérios de inclusão, assim como a peculiaridade de sua história de vida com o DM2.

As entrevistas aprofundadas aconteceram com quatro pessoas, sendo três mulheres na faixa etária entre 58 à 80 anos, e um homem de 57 anos. A entrevista aprofundada aconteceu no domicílio do próprio diabético, em data e horário já pré-determinado com o entrevistado, variando entre o período da manhã e da tarde. A primeira visita acontecia sempre com a presença do agente de saúde, pessoa de confiança do morador, as demais visitas aconteciam apenas com a pesquisadora. Estas entrevistas aprofundadas eram guiadas por um temário (APENDICE C).

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados qualitativos (entrevistas abertas, diário de campo e observação participante) foram analisados nessa pesquisa adotando como ferramenta para organização e análise dos dados o software Qualitative Solutions Research Nvivo (QSR), na versão 10.0 gratuita, elaborado para a análise qualitativa de dados. Este programa foi desenvolvido pela Universidade de La Trobe, Melbourne, Austrália, e se fundamenta no princípio da codificação e armazenamento de textos em categorias específicas. Este software ajuda na administração e síntese das ideias dos pesquisadores e fornece a possibilidade de acrescentar, modificar, ligar e cruzar dados originados de documentos textuais.

Deste modo, alguns procedimentos foram adotados. Inicialmente todos os dados foram transcritos para o software na forma de documentos com a extensão *.rtf (richtextformat) disponível no Microsoft Word. E para que o processo de recorte e agrupamento fosse facilitado todas as linhas do texto foram numeradas.

Os passos realizados na aplicação do N-vivo foram: 1) codificação ou categorização – representação de uma categoria ou idéia abstrata onde é possível armazenar sua definição e que no N-vivo nomeia-se de “nós”; 2) conceituação das Categorias; 3) Agrupamento; e 4) Análise dos dados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Na realização desta pesquisa, obedeceu-se à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (MS-BRASIL, 2012). Esta Resolução implica em um consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, observando a adequação aos princípios científicos dos objetivos da pesquisa, bem como obedecendo à metodologia adequada e assegurando a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem e compromisso que o investigador não utilizará os resultados para objetivos contrários aos do estudo,

comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. O projeto guarda-chuva foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com o número do Parecer: 1.236.392 (ANEXO A).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente capítulo apresentamos os achados obtidos nas entrevistas realizadas, como também buscamos atingir uma discussão com base nos conceitos e reflexões que utilizamos no referencial teórico.

A investigação em questão baseia-se no conhecimento e na percepção do diabético. Procuramos analisar e entender, em sua fala, não apenas as práticas de autocuidado, mas também questões familiares e pessoais, entendendo que estes fatores estão relacionados ao processo de cuidado com a saúde, bem como no autocuidado apoiado.

A caracterização global dos pacientes entrevistados aponta para um perfil de pessoas vulneráveis sob o ponto de vista da idade, da escolaridade, da situação econômica (dada a prevalência de aposentados e exercício de trabalho no lar) e de controle metabólico.

Em todo o processo, contabilizamos 27 entrevistas, destas, aprofundamos a entrevista com quatro pacientes. A primeira entrevista (APENDICE B) consistia em perguntas gerais sobre o DM2, autocuidado, mudanças após a descoberta do DM2, suporte familiar entre outras. De acordo com as repostas, fez-se uma triagem através do programa N-VIVO e, também, de acordo com a percepção da pesquisadora, daqueles pacientes com falas mais contraditórias entre seu conhecimento da doença e a prática do cuidado.

Um ponto fundamental para que as falas surgissem de forma mais verdadeira e natural possível, foi o desprendimento do tempo, aonde a pesquisadora através da observação participante (APENDICE D) pôde vivenciar o contexto domiciliar destes pacientes com diabetes.

4.1 REPRESENTAÇÕES VERBALIZADAS DO DESCOBRIR-SE DIABÉTICO.

O DM 2 está entre as doenças crônicas que representam um grave problema de saúde pública pela alta prevalência no mundo e pela maior incidência entre os idosos, pela morbidade e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular (MENDES *et al*, 2011).

Presente em 90% a 95% dos casos, o DM2 caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina. Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta (SBD, 2015). O aumento de indivíduos portadores de DM 2, nas diferentes faixas etárias e em vários níveis sócioeconômicos, se configura como um grave problema de saúde pública (RODRIGUES *et al*, 2006).

As projeções são de que, em 2030, o número de diabéticos alcance 300 milhões. Cerca de 2/3 desses diabéticos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade. A prevalência também é fortemente influenciada pela idade, sexo, etnia e baixa escolaridade, itens que coincidiram com os achados da pesquisa em questão (BAHIA, 2011).

Em seu estudo Dias *et al* (2010), avaliou o conhecimento dos diabéticos, 40% deles desconheciam o significado, e 50% desconheciam os sinais clínicos do diabetes, e mais de 80% dos participantes demonstraram saber o que é o diabetes, contudo mais da metade (51%) não soube dizer quais eram os dois principais tipos da doença, inclusive o seu (53,2% dos entrevistados). Dados como estes nos fazem refletir em como podemos empoderar os diabéticos acerca do autocuidado e assim gerar a efetividade da prática.

É imprescindível que, na atenção primária, os profissionais de saúde tenham conhecimento eclético, haja visto maiores intervenções com enfoque no coletivo, visando atender aos problemas mais comuns da população, entre eles, as DCNT, que envolverem causas múltiplas, (GUIDONI *et al*, 2009)

“Eu mesmo num sei o que quer dizer o diabetes, mas o povo diz que é o mal infeliz. Que a gente não se tratando quando nasce alguma ferida no corpo é ariscado a gente corta a perna, o braço. Aí eu cuido pra não me ferir. Fico prestando atenção pra não me ferir.” (Diego, 79 anos)

“Eu descobri a minha diabetes em uma ação social perto da minha casa e aí deu alta e a menina que mediu pediu pra eu marcar no posto e fazer os exames. Aí eu fiz e descobri que tinha a doença. Mas eu fiquei um tempo sem me cuidar, desleixei, foi quando eu tive um problema de circulação e minhas pernas ficaram muito inchadas e eu tive que voltar a me cuidar.” (Clarisse, 59 anos)

O controle da doença se dá a nível ambulatorial, sendo considerada condição sensível à atenção primária e, em casos particulares, pode ser referenciado ao nível secundário de atenção. Quando não tratado adequadamente, o DM pode evoluir para complicações agudas ou crônicas, que são, em sua maioria, irreversíveis e implicam em elevados custos para o sistema de saúde. Além desse fato, podem acarretar um custo social nem sempre fácil de estimar, isto porque, inúmeros indivíduos diabéticos são incapazes de continuar a trabalhar, o que ocorre em função das complicações crônicas ou, ainda, podem ficar com alguma limitação no seu desempenho profissional (SBD, 2015)

Para controle da doença, a promoção e a prevenção à saúde, há a necessidade de uma atuação direta com a coletividade, visando o autocuidado, principalmente através da educação em diabetes. A educação em saúde, baseada nos princípios da pedagogia de Paulo Freire: problematização a partir de situações vividas; reflexão e ação que orientam a mudança necessária para transformar; liberdade de criar, de propor o quê e como aprender; e, conscientização, ou seja, assumir uma posição crítica frente à realidade. A metodologia participativa atua buscando conhecimentos de como os participantes pensam a realidade (RODRIGUES *et al.*, 2009).

“Pra mim o diabetes é uma praga que veio do inferno. Minha vida teve muita diferença depois que eu descobri que tinha essa doença, porque hoje eu não como mais meu tocinho assado com farinha. Meus doces, não como mais o que eu quero. É muito ruim, eu acho horrível” (Sara, 55 anos)

A privação de prazer é um sentimento constantemente relatado pelos diabéticos. Muitos dizem sentir dificuldade em cozinhar certos pratos aos familiares e frustração ao não poder comer determinados alimentos em festas.

Oliveira (2009), avaliando os escores de conhecimentos e as atitudes de sujeitos com DM2, verificou que os escores obtidos em relação ao conhecimento sobre a doença, segundo o sexo, foram de 64,3% de acertos para mulheres e 35,7% para os homens. Quanto aos escores de atitude, verificou-se que 93,7% dos participantes apresentaram escore menor ou igual a 70, indicando baixa prontidão para o aprendizado sobre a doença.

“Me sentia muito cansada e aí eu fui atrás de saber, foi quando eu descobri que era diabética. Aí eu fiz uma dieta doida por que me disseram que diabetes matava e aí eu emagreci foi muito. O médico brigou comigo porque a dieta tinha que ser mais regrada. Mas eu fiquei com medo.” (Lídia, 58 anos).

Perante a situação de adoecimento, seu controle da doença consistia em ir ao médico e receber orientações. A relação médico-paciente passa por vários significados e, geralmente, com visões diferentes. A pessoa adoecida busca, através do saber médico, respostas aos seus sintomas, e dependendo da resposta, o diabético pode ter uma relação positiva ou negativa, no que diz respeito à confiança.

Considera-se que o DM é uma doença de alta complexidade e que a maioria das pessoas com o tipo 2 é diagnosticada em sua fase adulta, o que impõe um desafio para os profissionais de saúde frente às peculiaridades do processo de aprendizagem de indivíduos adultos, com vistas a garantir o sucesso das intervenções de forma a favorecer a prática do autocuidado no manejo da doença (BAQUEDANO *et al* 2010).

“Ave Maria quando eu soube que tinha diabetes eu cheguei em casa arrasada, morta de medo. Porque eu já conhecia, e não sabia que ia ter. Aí minha irmã conversou comigo e disse que se eu cuidasse direitinho eu não ia piorar, e logo depois ela também teve diabetes.” (Monaliza, 57 anos)

Existem expressões próprias que cada paciente utiliza para descrever seus sinais e sintomas, os profissionais de saúde precisam ter uma consciência do significado de tais expressões populares com o intuito de compreender melhor a doença e a simbologia que esta tem, facilitando assim a comunicação entre profissional e paciente.

“Descobri o diabetes quando vim fazer os exames, porque alguns da família já eram, aí eu vim fazer. Meu pai já tinha também. Quando eu fiz o exames foi só a cota, deu diabetes [...] Antes minha vida era bom, depois que descobri a infeliz dessa doença, pronto. Doença infeliz porque a gente não pode comer isso, nem aquilo, aí num sei o que.” (Thaís, 61 anos).

“Não sou muito de ficar pensando na doença não. Porque eu moro só, se eu ficar pensando eu faço é piorar. Eu não sabia o que era a diabetes não, até hoje se você me perguntar eu não sei direito responder, só sei que é o açúcar no sangue.” (Renata, 57 anos)

“Eu não sofri quando descobri não, eu já passei por tanta coisa, o diabetes é só mais uma coisa. já estava acostumada com a minha mãe. Minha maior mudança é o não comer doce, porque eu não resisto a um doce, um bolo confeitado. Não tem como resistir” (Erica, 50 anos)

O modelo biologicista ou biomédico, ainda muito difundido entre os profissionais de saúde, parte do princípio de que o profissional de saúde é o detentor de todo o saber, o que leva à prática do ensino de forma vertical, no qual o paciente é o agente passivo. A população, geralmente resiste em aceitar outros tipos de intervenção, que não sejam a consulta médica e a prescrição de medicamentos.

O número de indivíduos diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, assim como da urbanização, da prevalência de obesidade e do sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM. É importante quantificar a prevalência atual da diabetes e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro. Assim, planejar e

traçar condutas que possam interferir de forma mais efetiva no controle da doença (SBD, 2015)

4.2 DIABETES MELLITUS TIPO 2: ILNESS X DISEASE

A experiência da doença apresenta-se como um fluxo de eventos, processos que acontecem no corpo do indivíduo e sua trajetória de vida, tomando lugar num cenário social interligado, portanto, ao contexto social e cultural e a história pessoal.

Segundo Cyrino *et al* (2009), as transformações na vida diária de pessoas com doenças crônicas vão além do desconforto dos seus sinais e dos sintomas que percorrem o corpo de quem está adoecido. Assim, para alguns indivíduos, por exemplo, o que traz preocupação é o fato de não haver esses sinais e sintomas e, mesmo assim, ao chegar na consulta com o médico, haver complicações metabólicas, comprovado pelos exames laboratoriais, com isso a doença ganha a fama de "diabetes silenciosa".

O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são ações capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do DM, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético (MENDES *et al*, 2011).

A hiperglicemia associada à deficiência de insulina (total, parcial ou relativa, quando não há resistência à insulina) é o elemento comum a todas as formas da DM. As formas mais difundidas são do tipo 1 (que geralmente, mas nem sempre, afeta crianças e adolescentes) e tipo 2 (que geralmente se desenvolve após a idade de 40 anos). O tipo 2 responde por cerca de 90% dos casos de diabetes. A prevalência de diabetes tipo 2 tem aumentado significativamente em muitos países ao redor do mundo por causa do envelhecimento da população, aumentando o peso médio e sedentarismo. (CYRINO *et al*, 2009).

Aqueles com doenças crônicas, como a diabetes, diariamente são confrontadas na tomada de decisão acerca do gerenciamento da sua doença, tornando-se necessária a educação para esse gerenciamento. Através de ações de apoio social, pode-se desenvolver mecanismos de aproximação dos doentes, contribuindo favoravelmente para o empoderamento, no sentido do desenvolvimento e da descoberta de capacidades individuais para lidar com a doença que agora faz parte da sua rotina (CUNHA *et al.*, 2014)

“Um velho que não tem diabetes é uma benção. As pessoas acham que é pouca coisa, mas só quem tem pra saber do sofrimento, das coisas que não pode fazer, que não pode comer. Ficar esperando pelas pessoas. Eu sempre fiz tudo sozinha, eu cuidava de mim, e dos outros. Mas hoje em dia eu não faço nada. Não sei pra que viver tanto pra viver desse jeito.” (Cristiane, 77 anos)

Segundo Vasconcelos (2010), em seu estudo mostrou grande potencialidade sobre a relação dialogada profunda com seus pacientes para a reorganização das práticas de assistência e promoção da saúde. No entanto, não basta querer se aproximar e dialogar. O diálogo entre o profissional de saúde e a população é difícil. Há muitos bloqueios culturais, distanciamentos pela desigualdade de poder, onde o paciente precisa se perceber capaz de cuidar da sua própria saúde, vendo o profissional como um apoio para esta prática, é preciso empoderá-lo do seu papel.

“Precisa saber das coisas, porque se não como vai se cuidar? E depois que você faz todo dia fica mais fácil de cuidar pra não piorar.” (Meiry, 59 anos)

Chama a atenção que, em dois países muito diferentes, os resultados dos desfechos clínicos do diabetes são muito negativos, sendo que o Brasil tem um gasto per capita anual de US\$ 427,00 e os Estados Unidos, de US \$ 6.719,00, o que sinaliza que o problema do manejo das condições crônicas não está no volume de recursos despendidos, mas na forma como se organizam os sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Apesar da ESF valorizar a assistência integral ao paciente por meio das consultas médicas, de enfermagem e do trabalho em grupos, com estímulo ao autocuidado, GUIDONI *et al* (2009), em seu estudo aborda que 53,1% dos

usuários da APS referiram nunca ter participado de aulas ou palestras relacionadas a sua doença. Torna-se importante o tratamento precoce e o incentivo ao autocuidado da doença.

No que se refere às habilidades para o autocuidado, estudo realizado, acerca da importância do conhecimento sobre DM para o autocuidado, mostrou que o baixo nível de informação sobre a doença e sua etiologia dificulta o processo de aprendizagem, prejudica a prevenção, assim como o diagnóstico precoce, aumentando a predisposição para outras complicações. Este achado torna-se fundamental para a construção de ações visando a difusão de informações acerca da doença como ferramenta para a prática do autocuidado (BAQUEDANO *et al* 2010).

Eu sou doída por bolo. Tinha um doce no pote que eu vendo, mas as vezes separo um doce ali e como, eu sei que não pode, mas dá vontade [...] Vou nem mentir que as vezes como numa festa ou numa besteirinha que fazem por aí. Eu como as verduras, eu como muito feijão. Tomo o remédio certinho, apesar que está faltando um no posto, mas eu tomo todos certinho. (Lídia, 58 anos)

O conflito entre o processo de assumir a responsabilidade por sua saúde e a tendência de evitar a responsabilidade resulta em culpar a ‘situação injusta’, imposta pela condição de doente, bem como a necessidade de comparar-se com outras pessoas. Acreditam que suas dietas e práticas de autocuidado sejam equivalentes ou melhores, julgando-se submetidos a sua condição de portadores de agravos irremediáveis, especialmente no caso da presença da obesidade (VIEIRA *et al*, 2011)

“A diabetes é minha parceira até a morte, eu tenho que me acostumar com ela, não dá pra ficar brigando. Não dá pra baixar a cabeça, senão a vida fica mais difícil.” (Matheus, 63 anos)

Algumas doenças crônicas como, neste caso a DM2, requer uma intervenção constante não só medicamentosa, mas também mediante troca de informações, acompanhamentos e orientações junto à comunidade, para que se consiga um resultado positivo no seu tratamento, por intervenções de ações de “educação em saúde” integradas ao cotidiano.

“A diabetes não tem jeito não. Estou cega por causa dela, não ando direito dentro de casa. E o esquecimento? Eu me esqueço das panelas no fogo, se não fosse meu filho já era. Faz uns 30 anos que eu descobri que tinha essa doença. O médico disse que eu ia tomar o remédio pro resto da vida, que se eu tomasse morria, se eu não tomasse morria do mesmo jeito. Aí eu tomo. Ele botou foi medo em mim, e eu achei foi bom. Eu acho que eu cuido muito bem de mim, porque eu tomo os remédios e não como doce” (Adelaide, 81 anos)

Segundo os achados de Barsaglini e Canesqui (2010), os adoecidos resistem ou rejeitam as prescrições alimentares dos profissionais de saúde que preconizam parar ou cessar o uso das comidas integradas ao gosto, às escolhas ou aos hábitos alimentares rotineiros.

“Autocuidado é ter cuidado com o que faz, porque o que fizer vai pagar de qualquer maneira. Todo dia eu faço certinho as coisas. Mas hoje como o meu genro estava em casa, eu comi bolo com refrigerante. Minha filha traz bolo pra ela e o marido, aí eu vou lá escondida e como. Eu sei que não é pra comer, mas eu não resisto e como. É uma tentação.” (Odaisa, 77anos)

Esses conflitos aparecem em diferentes contextos. Por exemplo, a dificuldade em recusar alimentos servidos em ocasiões de finais de semana e eventos especiais de convívio social, seguida de frustração por não poder comer aquilo que outros, especialmente os familiares, estão desfrutando. Do mesmo modo, os portadores dos distúrbios metabólicos delegam ao convívio social a justificativa para flexibilizar a adesão ao tratamento e ao compromisso com as dietas prescritas. Outras barreiras são atribuídas ao ambiente externo, tais como a falta de motivação frente aos estímulos mercadológicos, com oferta mais frequente de alimentos classificados como proibidos do que o acesso aos alimentos in natura (VIEIRA *et al*, 2011).

“Hoje no café da manhã eu comi pão com manteiga, mais café com leite integral, e adoçante. Meu adoçante eu coloco 40 gotas. Porque não dá gosto de nada, Deus me livre. Eu sei que é demais. Mas é o gosto de minha boca. Antes do almoço eu lanchei fígado com farinha. E tudo que eu comer afeta é? Meu almoço foi feijão, fígado, farinha, arroz.” (Isabel, 72anos)

Amorim (2011), em seu estudo cita que seus participantes lidavam com a comida de forma tranquila, contrastando com a fala acima mesmo com restrições e dificuldades de seguir a dieta alimentar, ainda que os depoimentos de alguns participantes acerca da alimentação tenham perpassado por significações variadas para justificar as dificuldades de seguir o plano alimentar.

Assim, percebe-se que a alimentação, na perspectiva do paciente diabético, Há a preocupação com “o comer corretamente” que é socialmente construído e apreendido a partir de uma lente impregnada de valores e conceitos com alto significado que, já existentes na bagagem cultural alimentar de cada indivíduo. De forma geral, os pacientes ou são radicais e seguem à risca a prescrição dietética ou veem muitos obstáculos na execução da dieta e a deixam de lado.

“No primeiro ano do diabetes eu era mais certa e agora depois de 12 anos eu fiquei mais relaxada, porque se acostuma com o ruim e aí fica assim. Minha maior dificuldade é fazer comida pra todo mundo, porque eu não vou fazer comida só pra mim, faço pra todos aí acabo comendo um pouco igual os outros.” (Alice, 65 anos)

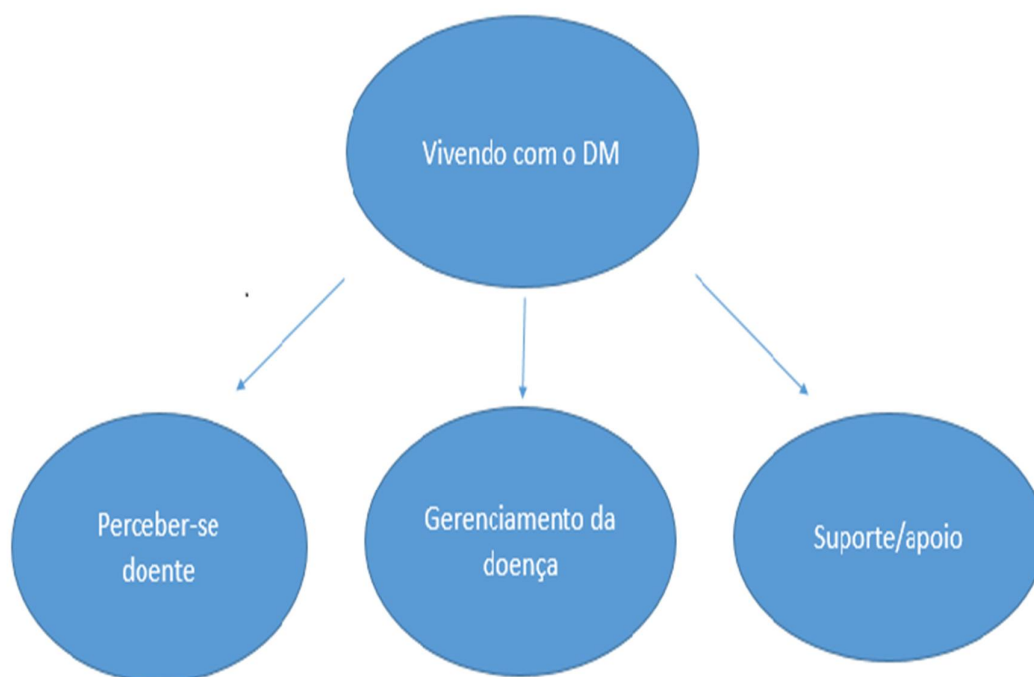
Compreender a enfermidade não apenas como experiência, mas também como significado (da doença, de sensações e de elementos das prescrições, do controle da glicemia, dieta, medicamentos) que varia nos diferentes grupos sociais. Além disso, há o fator processual das explicações, que não obedecem a um padrão rígido, não são únicas, nem definitivas, isto é, podem ser múltiplas, não homogêneas e variam ao longo do tempo, o que é coerente com a dinâmica das relações sociais, das quais o sujeito ativamente é parte na vida cotidiana, variando no tempo, no espaço e no curso da doença.

“Meu pé ficou com essa ferida que eu machuquei, e aí não sarou e até hoje ta assim, eu passo a pomada que o médico passou. Só que ainda ta aberto, e eu sei que é por causa da diabetes. Agora eu estou tomando os remédios bem direitinho e até tomo umas pílulas do mato. De vez eu quando eu desleixo, porque cansa cuidar e cuidar e não vê resultado. Eu sei que a doença é pro resto da vida, mas tem hora que cansa. Não sei explicar.” (Clarisse, 59 anos)

“Diabetes é uma doença perigosa que pode matar, pode ficar cego. Você saber cuidar do diabetes, dos alimentos, você tem como viver com a doença por muito tempo sem ter problema. Eu sei das coisas porque eu sempre pergunto pro medico, assisto os programas de saúde e com isso não tem erro. Dá pra se cuidar e viver com a diabetes.” (Clarisse, 59 anos).

O esquema a seguir identifica pontos que foram citados pelos próprios diabéticos em suas reflexões sobre como é viver com a DM2, pontos estes que passam desde o perceber-se doente, a forma como ele irá gerenciar as repercussões do DM2 e qual o suporte/apoio que o diabético tem ao enfrentar esta nova condição de saúde.

Figura 5 – Esquema de como viver com o Diabetes Mellitus



Fonte: Elaboração da pesquisadora.

O paciente ao se perceber doente, tem a escolha de ser o protagonista na tomada de decisão do seu tratamento, sendo ele capaz de gerenciar o DM2. Por sua vez, este gerenciamento do autocuidado torna-se mais plausível quando há o suporte/apoio familiar e de amigos, não excluindo o suporte do profissional de saúde, mas no decorrer das falas, é notório que quando a

família ajuda nas condutas de cuidados, o diabético sente-se mais confiante na prática do autocuidado.

Por vezes, a doença crônica, só é percebida por seus portadores quando apresenta sintomatologia específica associada. Sentimentos negativos aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de estresse, depressão e ansiedade, dificuldade em realizar a dieta.

Rodrigues (2011) expôs resultados semelhantes com relação à atitude avaliada pelos participantes do estudo, o que indica que os diabéticos ainda não alcançaram atitude positiva frente às modificações esperadas no estilo de vida para obtenção de bom controle metabólico. Por outro lado, é preciso considerar que nem sempre o conhecimento leva à mudança na atitude do paciente frente às demandas diárias que o tratamento impõe no cotidiano.

“Tem que fazer o tratamento, tomar remédio duas vezes por dia. Minha filha fica no meu pé. Eu não como doce. O resto eu como de tudo. E como muito viu? (risos). Nesses três anos eu não vi muita mudança não, venho mais ao posto por causa das consulta, minha doutora é muita boa, confio demais nela. Se não fosse a minha filha também cuidando de mim eu não sei como seria. Porque ela que faz a feira, cuida da comida, e isso já é muita coisa né? (Sérgio, 83 anos)

Não seguir à risca as recomendações para a mudança dos maus hábitos para os hábitos saudáveis orientada nos serviços de saúde não impede que diabéticos considerem que controlam a alimentação, sugerindo que o significado de controle lhes é peculiar, de forma que evitam alguns tipos de alimentos em determinadas ocasiões, mas não se privam totalmente deles (BARSAGLIN, 2008). Este achado concorda com a fala de Oliveira e Franco (2010), ao afirmar em que apesar de estar informada e acreditar na importância da alimentação no tratamento do DM, uma parcela importante dos pacientes não segue as orientações recebidas.

O diabético pode ser visto como “diferente” pelos parentes devido às restrições impostas pela doença, já que muitos não entendem e até criticam as restrições alimentares do diabético. Constata-se, em muitas falas, que a

restrição alimentar é o ponto de maior repercussão. No entanto, para estes idosos, embora a doença faça parte do seu viver, ela não se configura como o centro de sua existência. Com isso, alguns conseguem encontrar forças para vencer as restrições e as possíveis complicações decorrentes de DM.

“A doença doce não é problema pra mim, quando eu descobri eu já cuidava do coração e a dieta serve pros dois. O remédio eu tomo bem direitinho, seja pro coração ou pra pressão ou pro diabetes.”
(Meiry, 59 anos).

“Minha vida tá do mesmo jeito, mudou nada não. A diferença é só a alimentação e que eu tomo remédio. Não como doce, nem refrigerante. O que ele tirou eu não faço: salgado e refrigerante.”
(Monaliza, 57 anos)

Na trajetória de vida de cada diabético, encontram-se maneiras individuais e coletivas que interferem no manejo da enfermidade, envolvendo elementos culturais e sociais, estruturais e subjetivos, materiais e simbólicos, historicamente construídos que informam, delimitam e imprimem sentido à prática do autocuidado, a partir da sua percepção e vivência em ser um doente crônico, em ser diabético.

4.3 AMBIGUIDADE DO DISCURSO ACERCA DO AUTOCUIDADO: O FALAR E O PRATICAR.

Tem-se discutido muito sobre as estratégias para mudança de estilos de vida na população em geral, visando a redução da prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, gerando uma política de incentivo ao autocuidado em vários países (CAPILHEIRA; SANTOS, 2011)

Cyrino (2005) cita Heller (1994) ao enfatizar que o saber prático valoriza o sujeito e suas experiências, ou seja, não é o saber apenas produzido pelos profissionais de saúde, mas sim, aquele produzido no cotidiano, saberes que asseguram a reprodução individual, potencializando a reprodução no âmbito social.

Ainda que não se reportando especificamente ao DM2, mas às doenças crônicas em geral, recentemente vem se ampliando o debate sobre a relação entre nutrição humana e cultura alimentar e sua importância para a compreensão de aspectos da promoção da saúde, prevenção das doenças e melhoria da qualidade de vida (MENDES *et al*, 2009). O que deve ser indagado é se o fato de saber o que comer se traduz em prática e, caso não, que determinantes foram mais fortes em impedir que o conhecimento se traduzisse na prática recomendada.

A adesão ao tratamento está relacionada aos fatores comportamentais como percepção e formas de enfrentamento das adversidades, assim como com fatores externos como problemáticas de vida e redes de apoio (MALDANER *et al*, 2008).

A educação do gerenciamento do diabetes tornou-se reconhecido ao longo das últimas décadas como essencial para pacientes com diabetes para alcançar resultados positivos de autocuidado. Muitos estudos têm procurado investigar as relações entre as esferas: conhecimentos e práticas de controle, o problema da não adesão ou a falta de autocuidado, provavelmente ocorre devido à falta de conhecimento sobre as medidas necessárias para que consigam bom controle da glicose no sangue (CYRINO *et al*, 2009)

Ficou claro, na pesquisa, que a maior parte da educação do autocuidado em diabetes ocorre fora do serviço de saúde, enquanto as pessoas estão vivendo suas vidas em casa e na comunidade. O apoio por parte dos Agentes comunitários faz toda a diferença no acompanhamento dos usuários no processo educativo, auxiliando nas intervenções realizadas para autocuidado apoiado da doença.

A promoção e a proteção à saúde da população, a prevenção de doenças e agravos à saúde e seus fatores de risco, assim como a garantia de acesso à assistência, são objetivos centrais dos sistemas e serviços de saúde. Para garantir que todas as estratégias de produção de saúde componham uma linha de cuidado integral e efetivo, é necessário estruturar um sistema de

saúde capaz de combinar, adequadamente, um conjunto de estratégias e medidas de alcance individual e coletivo, de responsabilidade tanto de setores específicos da Saúde quanto de fora da instituição (MALTA *et al.*, 2009).

O tratamento do DM2 visa à manutenção do controle metabólico e compreende, basicamente, uma terapia não medicamentosa e medicamentosa, sendo a primeira relacionada às mudanças de comportamento associadas à alimentação saudável e à atividade física. A terapia nutricional, baseia-se na orientação e no estabelecimento de um plano alimentar individualizado, associada à prática de exercício físico (GOMES-VILLAS BOAS *et al.*, 2011)

CAPILHEIRA e SANTOS (2011), em seu estudo, referiram que quase dois terços da população médica estudada não fazem recomendações preventivas em suas consultas. Segundo os médicos, o principal obstáculo ao aconselhamento para prevenção de DCNT foi a expectativa de não adesão dos pacientes às recomendações.

Segundo Cavalcanti e Oliveira (2012), os profissionais de saúde precisam se engajar na construção colaborativa de estratégias para lidar com as vulnerabilidades reconhecidas, e não apenas os diabéticos. Para isso, a abordagem da equipe de saúde deve ser mais cooperativa do que diretiva e basear-se em treinamento de habilidades de enfrentamento, capacitando aqueles que diretamente estão ligados ao diabético.

As percepções dos pacientes sobre a adesão às propostas de mudanças das práticas alimentares e do estilo de vida são evidentemente processuais, com dinâmicas próprias e variações conforme origem étnica, contexto social e cultural, assim como as experiências individuais na convivência com a doença crônica. É fato que os indivíduos com doença crônica buscam certo equilíbrio entre o estabelecimento de um padrão dietético e, por outro lado, as práticas alimentares soltas da família. As práticas alimentares observadas em domicílio ou registradas em diários por sujeitos das pesquisas mostraram-se contraditórias quando comparadas ao discurso verbal (VIEIRA *et al.*, 2011)

“Eu sei que se eu fizer direitinho seguindo a cartilha eu posso melhorar. Mas eu num sei, às vezes é vontade demais pra comer. É muita tentação, a minha natureza vira criança, e eu como escondido, porque se meus filhos verem eles passam o dia brigando comigo.” (Odaisa, 77 anos).

Nas falas dos pacientes percebe-se claramente a ambiguidade do saber em relação ao fazer. Ter duas ideias com relação a uma mesma coisa, que se opõem mutuamente no comportamento, significa o conflito da pessoa “querer e não querer” mudar. Ou seja, ao mesmo tempo em que dá sinais de entender que é necessária uma mudança ou desejá-la, acaba se comportando como quem não quisesse. A ambiguidade é natural em qualquer processo de mudança de comportamento e não é necessariamente um mau sinal. Ela envolve conflitos, basicamente, entre quatro termos: desejo, capacidade, razões e necessidades. Ex.: “Eu realmente deveria (necessidade), mas não consigo (capacidade)” ou “Eu quero (desejo), mas é muito difícil (razão)” É um processo que deve ser compreendido pelo profissional da saúde e usado a favor do comprometimento efetivo com a mudança (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

“Antes eu era feliz, depois que descobri essa doença infeliz estragou tudo. Porque você não pode comer isso nem aquilo, e tem que ter cuidado e mesmo assim ela não vai embora. Às vezes meus filhos veem eu comendo um bolo aí dizem: - A mãe vai comer isso? E eu repondo: - Vou. Se comer eu morro, se eu não comer eu morro também. Só que eu não como todo dia... Mas se to com vontade, eu como mesmo, e que seja feita a vontade de Deus” (Aline, 61 anos).

“Eu não tenho nada de diferente na minha alimentação não, o que tiver pra comer eu como. Eu moro com minha filha, o que ela fizer eu como. Mas eu não como doce, nem refrigerante e o suco é com adoçante” (Diego, 79 anos).

Esses depoimentos nos levam a refletir sobre os reais motivos que não estariam manifestos no discurso. Motivos de diversas ordens, que precisam ser pesquisados no latente do discurso – no não-dito – e na linguagem não-verbal. Quando desvelados, podem levar ao maior conhecimento de si próprio e, assim, auxiliar na compreensão e na superação dos obstáculos para o

autocuidado e aumentar a adesão ao tratamento (GOMES-VILLAS BOAS *et al*, 2011)

“Eu controlo a comida, mas tem hora que eu exagero. Aqui e aculá eu vou controlando. Eu sei que não pode comer doce, o arroz tem que ser insosso, carne só de vez em quando. Como que se acostuma com uma comida assim? [...] O diabetes pode melhorar, só basta a gente controlar. Dá pra viver com ele, mas o problema é que as vezes a gente sai da linha e ele sobe de novo. Mas se fizer direitinho tem como ficar controlada.” (Renata, 57 anos)

Em seu estudo Cyrino *et al* (2009) aborda que há muitas propostas para reorientar as práticas de cuidados e práticas médicas de cuidados. A antropologia da saúde, por exemplo, atua na percepção das limitações do modelo médico tradicional. As propostas mais recentes têm acrescentado que, através de uma abordagem biopsicossocial, os pacientes assumem a responsabilidade compartilhada com o médico com maior autonomia, fortalecendo uma aliança médico e paciente em torno do tratamento.

É esperado que erros e incidência aconteçam quando a pessoa busca a mudança de qualquer padrão de longa duração, e também são considerados, para alguns autores, um dos estágios para a mudança. Os erros caracterizam-se pela retomada automática do comportamento problema, indicando falha no autocontrole da pessoa, mas que não leva ao padrão antigo do comportamento alvo. Já as incidências são retornos ao padrão inicial de comportamento e na maioria das vezes ocorrem gradualmente (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

“Autocuidado pra mim é cuidar com os alimentos, as unhas e calçados, deixar de comer doce. Eu conheço um bocado de gente que já cortou alguma parte por causa do diabetes. Minha cunhada morreu de diabetes.” (Sergio, 83 anos)

O autocuidado é definido como a extensão na qual o comportamento da pessoa se refere ao uso de medicação, ao seguimento de dietas e à prática diária de atividades físicas para o favorecimento da mudança de comportamento, além da adoção de hábitos saudáveis. A adesão não pode ser pensada como uma construção isolada, apenas por parte do paciente, mas, sim, multidimensional, pois as pessoas podem aderir muito bem a um aspecto

do regime terapêutico, mas não aderir aos outros (GOMES-VILLAS BOAS *et al*, 2011)

“Às vezes eu acho que o diabetes é pro resto da vida, não dá pra ficar curada. E aqui e aculá eu saio da rota (Risos). Eu não faço exercícios porque eu quase que não ando, tenho problema na minha coluna, Mas pensando aqui, dá pra dá umas voltas [...] Eu tenho que criar vergonha e me cuidar, fazer as coisas direito” (Milena, 74 anos).

As mudanças de estilo de vida representam uma grande dificuldade para as pessoas, especialmente, quando se trata de seguir uma dieta e praticar exercícios físicos. Em particular, as pessoas com DM, diariamente, tomam decisões para controlar sua doença, e estas decisões têm um maior impacto sobre seu bem-estar do que aquelas tomadas pelos profissionais de saúde. Entretanto, os tratamentos que requerem decisões ou julgamentos por parte da pessoa estão mais fortemente associados a não adesão, pois misturam-se às crenças pessoais sobre a alimentação, especialmente em relação à existência de alimentos nocivos ou proibidos, dificultando a mudança, e constituindo-se tabus que podem interferir na adesão ao autocuidado (GOMES-VILLAS BOAS *et al*, 2011)

“Autocuidado é não comer as coisas que suba né? Já pensou o sangue doce lá em cima? Uma cunhada minha não sabia que era diabética, ela não se cuidava, e no dia que subiu de uma vez, ela morreu. Aí eu fico com medo.” (Monaliza, 57 anos)

“Autocuidado é verificar a comida, ir aos médicos, tomar os remédios. Troquei o açúcar pelo adoçante. Minha mãe já toma a insulina, aí o que ela faz todo mundo entra na rotina dela. Eu não gosto de me sentir mal, então tem que se cuidar. Morro de medo de morrer” (Erica, 50 anos).

O que dizer da polissemia dos significados do fenômeno alimentar para portadores de DM, ultrapassa a disciplina em seguir a dieta. Exige, não apenas do diabético, mas também do profissional de saúde, uma visão ampliada para entender o comportamento de autocuidado. Para Vieira *et al*, 2011, o sentido de comportamento saudável é determinado nas interações interpessoais, assim como através das interações com o ambiente, nos contextos sociais e culturais distintos.

“O autocuidado pra mim é tomar os remédios, não se ferir, porque o machucado demora a sarar. Tenho muito preocupação com isso. Os calçados quando apertam aí podem machucar. Eu tenho que cuidar porque glicose alta é não brincado. Já soube de gente que perdeu o pé por causa dessa doença.” (Rachel, 63 anos)

Segundo Baquedano *et al* (2010), o autocuidado é definido como uma função reguladora que os indivíduos utilizam, para manutenção dos requisitos vitais, do desenvolvimento e funcionamento integral. Este autocuidado é uma habilidade adquirida e desenvolvida durante o curso da vida diária, por meio de processo espontâneo de aprendizagem, no amadurecimento da curiosidade intelectual, com a instrução e a supervisão de outros, mediante a experiência pessoal ou de outros.

“É preciso ter cuidado porque o diabetes mata né? [...] Pra mim é importante tomar os remédios, eles que controlam minha doença e assim eu fico mais tranquila de saber que não vai piorar [...] Ah! Minha filha, eu sei que preciso fazer os exercícios, mas é tão difícil fazer. Eu às vezes ando, mas é muito difícil. Mas, eu tomo meus remedinhas bem certinho.” (Greicy, 58 anos)

Entende-se que o paciente tem a percepção que a DM2 pode matar, e que é preciso fazer atividade física, porém, em sua fala, o medicamento torna-se a conduta mais fundamental em seu autocuidado. Embora as pesquisas sempre avancem no sentido de conferir maior ou menor importância a determinadas condutas de autocuidado no que diz respeito à prevenção e ao tratamento farmacológico e terapêutico da doença, há um tópico que vem sendo pouco enfocado nas diretrizes que é a inter-relação entre o que se deve mudar nos hábitos alimentares e de atividade física e o que se quer mudar, tanto em nível consciente, como inconsciente. Esse querer mudar passa pela natureza complexa do ato, que envolve uma infinidade de sentimentos, valores culturais específicos e emoções (RIBAS, 2009).

“Minha filha vive pegando no meu pé, ela diz que eu já num faço as coisas direito ela sendo assim, avalie se ela não pegasse no meu pé.” (Eliana, 65 anos).

A filha Sanya é a pessoa que acompanha a mãe nas consultas e auxilia no cuidado domiciliar, incentivando a mãe a manter o autocuidado. Para outra

paciente o suporte familiar não é tão enfático. Durante as visitas é perceptível que para o manejo adequado do tratamento de doentes crônicos existe a necessidade de se conhecer hábitos e culturas dos indivíduos e também das pessoas que o rodeiam, que estejam envolvidas no cuidado. Estudos demonstraram que há estreita relação do sucesso do plano terapêutico com o apoio familiar. A família como unidade cuidadora do paciente diabético colabora para o controle glicêmico dele. (CAIXETA, 2007)

“Meu dia-a-dia é muito puxado, muita coisa pra fazer, e minha filha não me ajuda, acorda uma hora dessas (passava das 11h), e já quer o almoço pronto, ela não faz porque não sabe, na minha época quando a mulher casava, ela tinha que saber pelo menos cozinhar, mas minha filha nunca quis aprender [...] Mora aqui com o marido e a bebezinha, e eu além de cuidar das minha coisa ainda tenho que cuidar deles. Semana passada senti muitas dores nas costas e caminhava pra perna, é essa hérnia de disco, aí eu faço as coisas aqui em casa, e fico com dor, e não consigo fazer minhas caminhadas, quando eu as vezes invento de ir caminhar, faz é doer mais, aí eu não faço.” (Lídia, 58 anos)

É possível afirmar que a mudança dos hábitos possa retardar ou prevenir o desenvolvimento de complicações, reduzindo substancialmente o custo com essa enfermidade. No entanto, a mudança no estilo de vida não é tão simples e depende de fatores psicológicos, sociais e econômicos, sendo importante que o cuidado prestado a esse paciente seja conduzido por uma equipe interdisciplinar, além do incentivo e suporte familiar (GUIDONI *et al*, 2009).

“Meus cuidados graças a Deus eu não tenho dificuldade. Eu sinto umas dores nas pernas, aí eu me consultei comigo mesma e passei um creme e parou de doer. Mas do diabetes eu tomo os remédios, de comida eu nem sinto fome, o meu filho ou minha nora, que diz pra eu comer, porque eu não tenho fome, nem lembro de comer às vezes. É ruim não comer doce. Eu não faço caminhada porque eu sinto muita fraqueza nas pernas. Às vezes eu caminho no quintal, mas é muito difícil eu fazer.” (Adelaide, 81 anos)

O idoso diabético vive uma contradição, relata que a doença não interfere em seu viver, no entanto, esclarece que tem certos “cuidados”. Sente-se sem opções ao ter que aceitar as restrições impostas pela sua condição crônica. Desta maneira, percebe-se também uma certa resignação.

As pessoas com diabetes podem ser habilitadas para gerenciar a sua doença se forem adequadamente informadas sobre as práticas do autocuidado. O suporte social e familiar contribui ainda para o controle, beneficiando o estado de saúde das pessoas e, por conseguinte, torna-se um elemento facilitador do empoderamento (CUNHA *et al*, 2014).

“É fácil de se cuidar, eu faço minha comida, e é a mesma que todo mundo lá em casa come. Já coloco eles na linha. O doutor me disse como tinha que fazer eu faço. Tenho medo que piore, mas se eu cuidar eu sei que não vai piorar.” (Monaliza, 57 anos)

Situações de estresse podem descompensar a diabetes e, muitas vezes, notamos que a realidade vivida pelo usuário era um fator desencadeante de agravos em sua patologia. Não se pode ignorar tal fato, deixando de lado uma oportunidade de conhecer fatores que impeçam a realização do autocuidado.

“Semana passada eu não comi direito, não estava com muita vontade não... Aconteceram tantas coisas, a vida está cada vez mais difícil, eu estava fazendo as contas, recebi dinheiro e já foi tudo embora. Minha filha só faz as coisas dela, na casa só eu que pago as coisas. Ah se meu marido estivesse vivo, tudo era diferente.” (Lídia, 58 anos)

D. Lídia ainda não se adaptou ao fato de ser a provedora familiar, seu marido, o qual tinha falecido há 2 anos e meio, era o responsável pela manutenção financeira da casa, com isso ela nunca se preocupou em administrar a mercearia, a qual teve que assumir mesmo não querendo, pois é daquele estabelecimento que sai o sustento da casa, já que ainda está lutando na justiça para receber a pensão referente a morte do marido.

Verificou-se que os aspectos emocionais interferem no trabalho e nas atividades da vida diária desses indivíduos, assim como a dimensão dos aspectos físicos, as limitações na forma e na qualidade de trabalho obtiveram o grau de maior impacto negativo nessa investigação (FERREIRA; SANTOS, 2009).

“O meu cuidado é a alimentação e sempre cuidar dos pés, porque pode causar algum ferimento, eu já tive vários, eu me corto muito, mas eu viajo muito pro interior e lá eu fico no roçado, e eu acabo me cortando, mas nada que eu fosse um machucado a ponto de amputar, por isso que eu me cuido muito em relação a isso.” (Matheus, 63 anos).

Para o diabético é imprescindível o cuidado com a saúde nutricional e fisiológica, com a qualidade de vida, bem como com a prevenção e com o tratamento das complicações a curto e a longo prazo e com as comorbidades associadas. Porém, situações adversas por vezes impedem o foco na conduta nutricional. (SBD, 2015).

As práticas tradicionais dos pacientes deste estudo predominaram sobre as prescrições dietoterápicas, assim como foi encontrado por Santos e Araújo (2011). Estes autores discutem que as práticas alimentares tradicionais foram construídas a partir de diferentes dimensões e diferentes culturas, e condicionadas por um cardápio relativamente escasso, portanto a dietoterapia, mesmo introduzindo outros alimentos, é considerada monótona e pouco apetitosa.

“Pra mim é difícil ter esses cuidados, eu moro sozinha, preciso fazer tudo só em casa, eu só tomo os remédios que recebo no posto e vou lá quando tem consulta marcada (Renata, 57 anos)”.

O fato de morar sozinha neste caso era um fator que implicava na baixa motivação em se cuidar, apesar de ter descoberto a doença recentemente (pouco mais de um ano), afirma que consegue apenas seguir corretamente a medicação e as demais condutas ficam a desejar.

Segundo a SBD, 2015, os indivíduos com DM tipo 2, devem ser estimulados a mudanças de estilo de vida, a partir de programas educativos baseados em perda moderada de peso corporal e na prática semanal de atividade física. Auxiliando na prevenção de outras doenças associadas na qual a maioria dos indivíduos também apresentam tais como obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia; as intervenções devem abranger essas múltiplas anormalidades metabólicas. Há evidências de que alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na redução da atividade física, associam-se a acentuado incremento na prevalência de DM2.

A questão relativa à mudança dos diabéticos também foi destacada por Pontieri e Bachion (2010), afirmando que os hábitos alimentares e os de atividade física são construídos ao longo da vida e são influenciados pelo convívio social e familiar. A necessidade de reestruturação dos hábitos saudáveis dos diabéticos torna-se, por isso, uma atitude ainda mais abrangente, pois se percebe que, para que se tenha uma mudança efetiva por parte das pessoas adoecidas, é preciso que o meio no qual ela está inserida passe também por transformações.

A melhora no controle do DM pode ser alcançada através do tratamento não-medicamentoso ou medicamentoso. O primeiro tem como finalidade primária retardar a implantação da doença e, quando já implantada, evitar ou retardar o tratamento medicamentoso ou a associação de medicamentos necessários para o controle da doença. O segundo deve ser introduzido quando não se obtiver sucesso com o primeiro. Em ambos é necessária a compreensão e a adesão do portador, pois se trata de uma doença crônica e seu controle, se não evita, pelo menos retarda o aparecimento dos agravamentos. (GUIDONI *et al*, 2009).

“Às vezes meus filhos veem eu comendo um bolo aí dizem: A mãe vai comer isso? E eu respondo que vou. Se comer eu morro, se eu não comer eu morro também. Só que eu não como todo dia... Mas se eu estou com vontade, eu como mesmo, e que seja feita a vontade de Deus [...] Cuidados com o diabetes eu faço assim, não como muita coisa pesada, somente. Cuido bem da minha alimentação” (Isaura, 61 anos).

“Autocuidado é não fazer o que faço (risos). É ta sempre controlando, por exemplo, comer doce, refrigerante, gordura, fritura. Antes do diabetes era muito bom, comia de tudo, não tomava remédio, não vivia cansada, não tinha esse inchaço nas pernas. É horrível. Ainda bem que hoje em dia eu fui perdendo o gosto das comidas, do açúcar, dos doces. Ainda bem né?” (Clarisse, 59 anos)

É necessário que a pessoa com DM tenha participação ativa no monitoramento da sua doença: escolha de alimentos, número de refeições, qualidade e quantidade de alimento ingerido, exame dos pés, uso de medicamentos nos horários e doses corretas, retorno periódico à consulta médica, conhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, entre outros cuidados (BAQUEDANO *et al*, 2010).

“Quando eu sinto uns calafrios é quando eu sei que ela dá alta. Eu às vezes saio na rua e fico com medo de sentir esses calafrios e aí eu volto a cuidar bem direitinho de mim.” (Kamila, 66 anos)

Segundo estudo realizado por Mendes *et al.*, (2011), onde 872 idosos foram entrevistados sobre quais medidas de controle tinham maior prevalência entre os diabéticos, o destaque foi a dieta alimentar e o uso da medicação. Em relação ao conhecimento pelos diabéticos das medidas de controle da doença, observa-se que a dieta foi a medida que eles mais conheciam para controlar o diabetes, 73,6%, e, ainda assim, poucos praticavam, 52,1%. No estudo atual, apenas 2% praticavam atividade física.

“Eu faço exercício, eu saio de casa e vou andando visitar os filhos, os amigos. Eu ando muito, ando o dia todo, e isso é um exercício né? Vale como exercício eu acho.” (Diego, 79 anos)

“Atividade física não tem como fazer, eu trabalho demais minha filha, acordo cedo pra cuidar da venda, e quando não estou aqui estou no interior.” (Matheus, 63 anos)

Dos 27 entrevistados nesta pesquisa, apenas um paciente tinha a prática da caminhada, em uma rotina de três vezes por semana, como atividade física. Ponto que contrasta com a literatura, que reforça cada vez mais a importância dos hábitos saudáveis no tratamento do diabetes, na redução de 60% do risco da doença, além de reforçar a superioridade destas mudanças em relação às intervenções farmacológicas, sendo ainda muito precária a incorporação de um estilo saudável de vida entre os idosos (MENDES *et al*, 2011)

O exercício físico age de forma específica sobre a resistência insulínica, independentemente do peso corporal. Exercícios aeróbicos envolvendo grandes grupos musculares, como, por exemplo, caminhada, ciclismo, corrida, natação, dança, entre outros, podem ser prescritos de forma constante/contínua ou intervalada. Os princípios gerais da prescrição de exercício devem ser seguidos respeitando-se as particularidades da doença de base. Qualquer atividade física, recreativa, laborativa ou esportiva pode ser feita pelos diabéticos (SBD, 2015).

“Eu não caminho porque eu tenho hérnia de disco e não consigo andar muito. O médico disse que eu podia fazer hidroginástica, mas aí pra eu ir é uma novela.” (Mônica, 62 anos)

Uma opção para atrair a atenção dos diabéticos para a atividade física seria a realização de intervenções comunitárias veiculadas pelos próprios serviços de saúde ou outros canais da comunidade, buscando estimular a adoção de hábitos saudáveis de vida. Há ainda relatos de que estratégias de intervenções populacionais concebidas em parceria entre profissionais da saúde, gestores e a própria população-alvo têm demonstrado resultados animadores. (CAPILHEIRA e SANTOS, 2011)

O autocuidado apoiado não é uma atividade de curto prazo, principalmente, em um paciente crônico. Dessa forma, é preciso que os profissionais de saúde realizem acompanhamento regular e sistemático por mais tempo, adotando diversas formas, tais como: visitas regulares aos serviços de saúde, visitas domiciliares, contato telefônico, grupos de apoio entre outros recursos que a comunidade dispõe. Com essa ajuda mútua, o diabético é capaz de se empoderar e realizar o seu autocuidado.

5 CONCLUSÃO

Esse estudo pretendeu compreender o autocuidado a partir das percepções dos usuários com DM2, inseridos no contexto familiar e comunitário, em acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. Além de perceber, na visão dos pacientes, como são efetuadas as práticas de autocuidado.

Cada informação coletada nas entrevistas foi fundamental e importante no entendimento deste processo de adesão ao autocuidado. Como profissional de saúde, por vezes, era imperceptível tantas implicações para a prática do autocuidado, da mesma forma, para o paciente era imperceptível a contradição em suas falas.

Compreender a percepção desses usuários sobre sua realidade, experiências vividas e, até mesmo, o que consideram cuidado de si é importante para que os profissionais tenham embasamento de como proceder na conduta terapêutica, aumentando, assim, as chances de adesão ao tratamento. Sabemos que diversas causas desfavorecem a realização das práticas do autocuidado, tais como a falta de espaços públicos, a violência, a falta de estímulo dos profissionais no que concerne a autonomia do cuidado, os problemas sociais enfrentados por essa população, a falta de educação e os aspectos culturais.

O autocuidado surge como uma atividade intencional que permite à pessoa adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que a cerca, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta.

A prática do autocuidado é focada em uma relação recíproca, onde profissionais, pacientes e familiares devem compreender que seu sucesso depende dessa parceria. Portanto, faz-se necessário uma interação e troca de experiências entre as partes envolvidas, com vistas a oferecer uma assistência holística ao indivíduo, valorizando o autocuidado como parte da vida e necessário ao desenvolvimento humano e ao bem estar.

Em todo o percurso da pesquisa foi necessário repensar sobre as percepções dos usuários. Desta forma, torna-se necessário reestruturar a conduta dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, uma vez que tem como uma das funções promover a saúde, tanto individual como da coletividade.

Ao pensar um novo modelo de assistência ao doente crônico, o suporte ao autocuidado torna-se um das principais vertentes para o sucesso da implementação dele, uma vez que depende da adesão e participação efetiva do usuário.

Enfim, com esse trabalho, julga-se de suma importância o aprofundamento dos achados. Não aspirou encerrar a discussão sobre o autocuidado dito e o realizado, pelo contrário buscou-se ampliar a reflexão acerca da realidade vivida por esses usuários e, desse modo, abrir caminhos para novos estudos englobando maior número de diabéticos, assim como estudar a percepção do profissional de saúde e gestores, possibilitando uma atenção mais integral, não só ao paciente portador desta afecção, mas a todos os envolvidos que convivem com o Diabetes.

REFERÊNCIAS

- ALLATTA, R. **Da palavra anunciada a adesão almejada: educação em saúde em diabetes que inclui o saber do paciente**. 2012. 111p. Dissertação (Mestrado em ciências da saúde). Faculdade de ciências da saúde da Universidade de Brasília. Brasília. 2012
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes-2008. **Diabetes Care**. v. 31, n.1, p. 12-23, 2008.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**, v.30, supl.1, p.S4-S41, 2007.
- AMORIM, M.M.A. Representações sociais da alimentação das pessoas com Diabetes Mellitus . In: **XI Congresso Luso-Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Diversidades e (dê)s Igualdades**, 2011, Salvador, Universidade Federal da Bahia, 2011
- AZEVEDO, A. L. S.; SILVA R. A.; TOMASI E.; QUEVEDO L. A. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Set, 2013.
- BAHIA, L. R.; ARAUJO, D. V.; SCHAAN, B. D.; DIB, S.A.; NEGRATO, C. A.; LEÃO, M. P.S.; RAMOS, A. J. S.; FORTI, A. C.; GOMES, M. B. M.; FOSS, C.; MONTEIRO, R. E.; SARTORELLI, D.; FRANCO, J. L. The Costs of Type 2 Diabetes Mellitus Outpatient Care in the Brazilian Public Health System. Public Health System. **Value in Health** v. 14, p. S137-S140, 2011. Disponível em: > <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301511014252> < Acesso em: 16 jan 2016.
- BAQUEDANO I.R, SANTOS M.A, MARTINS T.A, ZANETTI M.L. Autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.18, n.6, 9 telas. nov-dez 2010.
- BARCELÓ, A.; LUCIANI, S.; AGURTO, I.; ORDUÑEZ, P.; TASCA, R.; SUED, O. Melhoria dos cuidados crônicos por meio das redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.
- BARSAGLINI, R. A. **As representações Sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.
- BARSAGLINI, R.A; CANESQUI, A.M. A Alimentação e a Dieta Alimentar no Gerenciamento da Condição Crônica do Diabetes. **Saúde Soc**. v. 19, n. 4, p. 919-932, 2010.
- BARSAGLINI, R.A. Socio-anthropological analysis of living with diabetes: a case study. **Interface - Comunic Saúde Educ**. v.12, n.26, p.563-77, 2008.

BARSAGLINI, R.A. **Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes**. 2006. 333p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2006.

BERGSON, S.C. A Systems Approach to Patient Centered-Care. Commentary. **JAMA**. v. 296, n. 23, dec., 2006.

BOAS, L. C. G. V.; FOSS-FREITAS M. C.; PACE, A. E. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev. bras. enferm, Brasília**. v. 67, n. 2, Abr. 2014.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. **JAMA**, v. 288, n. 15, p. 1909-1914, Oct. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2008. (Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 21). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/diabetes_mellitus.html> Acesso em 20 nov. 2014.**

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. Informes Técnicos Institucionais. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n.1, p. 1-2, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Educação em Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRITTEN, Nicky. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. IN: POPE, Catherina. MAYS, Nicholas (Orgs). **Pesquisa Qualitativa na atenção à Saúde.Trad.** Ananyr Porto Fajardo. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, p.21-29,2005.

BROADBENT E.; DONKIN L.; STROH J.C. Illness and Treatment Perceptions Are Associated With Adherence to Medications, Diet, and Exercise in Diabetic Patients. **Diabetes Care**. V. 34, n. 2, p. 338-340, fev., 2011.

CAIXETA C. C. **As relações familiares e o processo de adoecimento em diabetes tipo II** [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando os sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 17, n.1, p. 64 – 71. 2008.

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, Jun, 2011.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, p. 139-146, 2001.

CARRIJO R. C.; RASERA E. F. Como negociar a responsabilização em conversas sobre viver com diabetes. **Psicologia & sociedade**. v. 25, n. 3, p. 653-663, 2013.

CASADO L.; VIANNA L. M.; THULER L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.55, n. 4, pág. 379-388, 2009.

CASTRO, E. K.; PONCIANO, C. F.; PINTO, D. W. Autoeficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas. **Aletheia**, Canoas, n. 31, abr. 2010.

CAVALCANTI, A.M.; OLIVEIRA, A.C.L. **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde**. organização: Ana Maria Cavalcanti e Angela Cristina Lucas de Oliveira. Curitiba: Secretaria municipal de saúde, 92p., 2012

COELHO, M. S.; SILVA, D. M. G. V.; PADILHA, M. I. S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009.

CYRINO A.P.; GODOY, D.; CYRINO E.G. **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde**. Organizadores: Antonio Python Cyrino, Daniele Godoy, Eliana Goldfarb Cyrino. São Paulo: Editora Cultura Acadêmica, 252p., 2014.

CYRINO, A.P.; SCHRAIBER, L.B.; TEIXEIRA, R.R. A Educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao “empoderamento”. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.93-106, jul./set. 2009.

CYRINO, A.P.P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à Educação e Comunicação em Saúde**. 2005. 278p. Tese (Doutorado em Ciências: Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo. São Paulo. 2005

CUNHA M.; CHIBANTE R.; ANDRÉ S. Suporte Social, Empowerment E Doença Crônica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Especial 1, 21, abr, 2014.

DALLA, V. M. **Trabalho em equipe na atenção primária a saúde: fundamentos históricos-políticos/ Marcelo Dalla Vecchia**. São Paulo, Editora: Cultura acadêmica, 2012.

DIAS J. C. R.; CAMPOS J. A. D. B. Diabetes mellitus razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002 – 2007. **Ciência &Saúde Coletiva**. v.17, n.1, p. 239-244, 2012.

DURAN E. C. M.; COCCO M. I. M. Software educativo sobre diabetes mellitus para profissionais de saúde etapas de elaboração e desenvolvimento. **Revista Latino-am Enfermagem**. v 11, n.1, p.104-107, janeiro-fevereiro, 2003.

ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, Fev. 2009.

FARIA H. T. G.; VERAS V. S., XAVIER A. T. F.; TEIXEIRA C. R. S.; ZANETTI M. L.; SANTOS M. A. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em Programa educativo. **Rev Esc Enferm da USP**. v. 47, n. 2, p. 348-354, 2013.

FERREIRA, F. S; SANTOS, C. B. Qualidade de Vida relacionada a saúde de Pacientes Diabéticos atendidos pela Equipe de Saúde da Família. **Rev enferm**. v. 13, n. 3, p.406-11, 2009.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistemas de saúde pública no brasil**. 2 ed. Revista e ampliada. Rio de janeiro: editora Fiocruz, 2012.

GOMES-VILLAS BOAS L. C. G.; FOSS M. C.; FOSS-FREITAS M. C. F.; TORRES H. C.; MONTEIRO L. Z.; PACE A. E. Adesão À Dieta E Ao Exercício Físico Das Pessoas Com Diabetes Mellitus1. **texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v.20, n.2, p. 27-29, Abr-Jun, 2011.

GUIDONI, C. M.; OLIVERA, C. M. X.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v. 45, n. 1, jan./mar., 2009.

VÍCTORA, C.G; HASSEN, M.N.A.; KNAUTH, D.V.. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Porto Editorial, 2000.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2014 publicadas no Diário Oficial da União disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440>. Acessado em 28 ago. 2014.

KNUTH A. G.; BIELEMANN R. M.; SILVA S. G.; BORGES T. T.; DEL D. G. F.; KREMER M. M. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.25, n. 25, p.513-520, 2009.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

MALDANER C.R.; BEUTER M.; BRONDANI C.M.; BUDÓ M.L.D.; PAULETTO M.R.; Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) v. 9, n.4, p.647-53. Dez, 2008.

MACLEAN, H.M. Patterns of diet related self-care in diabetes. **Social Science & Medicine.** v. 32, n. 6, p. 689-96, 1991.

MALTA, D. C. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Jan. 2014.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J.D.; NETO, O. L. M.; TEMPORÃO, J G.. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v.18, n.1, p.79-86, jan-mar 2009.

MALTA D.C.; CEZÁRIO A.C.; MOURA L.; MORAIS N. O. L.; SILVA J.J.B. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviço de Saúde.** v.15, p.47-64, 2006.

MANTOVANI, A. M.; FREGONESI, C. E. P. T.; PELAI, E. B.; MANTOVANI, A. M.; SAVIAN, N. U.; PAGOTTO, P. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, Dez. 2013.

MÁSSIMO, E. A. L.; FREITAS, M. I. F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. **Saúde e Sociedade.** v. 23, n. 2, p. 651-663, jun. 2014.

MEDEIROS P.M.; ARAÚJO L.M.N.; BRITO F.A.P.; SALVADOR P.T.C.O.; TOURINHO F.S.V.; SANTOS V.E..P. Processo de cuidar do portador de diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. **Com. Ciências Saúde.** v.24, n.3, p. 251-258, 2014.

MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde,** 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 5, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, T. A. B.; GOLDBAUM, M.; SEGRI, N. J.; BARROS, M.B.A.; CESAR, H. L. G.; CARANDINA, L.; ALVES, M.C. G. P. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos

serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p.6, p. 1233-1243, jun, 2011

MINAYO, M.C.S.; GUALHANO, L. Obesidade, hipertensão e diabetes: os novos males da saúde. [Editorial]. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n. 6, jun., 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOURA, R. Mapa da criminalidade e da violência em Fortaleza, 2011. Disponível em: http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional_V.pdf. Acessado em 17 out. 2015

OLIVEIRA, K. C. S. **Conhecimentos e atitudes de usuários com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP**. Ribeirão Preto, 2009. 140f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, P. B.; FRANCO, J. L. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v. 54, n.5, p. 455-62, 2010

PÉRES D. S.; SANTOS M. A.; ZANETTI M.L.; FERRONATO A. A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.15, n.6, nov./dez, 2007.

PONTIERI, F. M; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n.1, p. 151- 160, 2010.

RIBAS, C. R. P. **Representação sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. Ribeirão Preto, 2009. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 2009.

RODRIGUES, F. V. L. **Conhecimentos e atitudes de usuários com diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2011**. 120f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011

RODRIGUES, F.F.L.; SANTOS M.A.; TEIXEIRA C.R.S.; GONELA J.T.; ZANETTI M.L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 2, p. 284-90, 2012.

RODRIGUES, F.F.L.; ZANETTI, M.L.; SANTOS M.A.; MARTINS, T.A.; SOUZA, V.D.; TEIXEIRA, C.R.S. Conhecimentos e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.17, n.4. Jul./Ago, 2009.

RODRIGUES, I. C.; MONTINI, A. L. S.; SILVA, L. C.; NORCIA, L. F.; RAFAEL Y. M.; VICENTINE R. D.; ARAÚJO R. R. D. F. Experiência Acadêmica Com Portadores De Diabetes Mellitus Tipo 1. **Em Extensão**. Uberlândia- MG. v. 8, n. 1, p. 105 - 116, jan./jul. 2009

RODRIGUES, L.B.B.; SILVA, P.C.S.; PERUHYPE, R.C.; PALHA, P.F.; POPOLIN, M.P.; CRISPIM J.A.; PINTO, I.C.; MONROE, A.A.; ARCÊNCIO, R.A. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 19, n. 2, p. 349-352, 2014.

RODRIGUES, T. C; LIMA, M. H. L; NOZAWA, M. R. O controle do diabetes mellitus em usuários de Unidade Básica de Saúde. **Ciência, cuidado e Saúde**. v. 5, n. 1, p. 41-49, 2006.

SANTOS, M.A.; ALVES R.C.P; OLIVEIRA V.A.; RIBAS C.R.P.; TEIXEIRA C.R.S.; ZANETTI M.L. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Rev Esc Enferm USP**. v.45, n.3, p. 651- 658, 2011.

SANTOS A.F.L.; ARAÚJO J.W.G. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.20, n.2, p. 255-263, Abr/Jun, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

THIRY-CHERQUES H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**. v.03, p. 20-27, 2009.

TORRES, H.C.; SANTOS, L. M.; CORDEIRO, P.M.C.S. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paul. Enferm**. São Paulo. v. 27, n. 1, Fev., 2014.

TORRES, H.C.; REIS, I. A.; ROQUE, C.; FARIA, P. Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária. **Ciencia e enfermagem**, v. 19, n. 1, 2013.

TORRES, H.C.; SOUZA, E.R.; LIMA, M.H.M.; BODSTEIN, R.C. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. v. 24, n. 4, p. 514-519, 2011.

VASCONCELOS, S.M; BOSI, M.L; PONTES, R.J.S. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev Saúde Pública.** v.44, n.2, p. 318-24, 2010.

VIEIRA, C.M.; CORDEIRO, S.N.; JÚNIOR R.M.; TURATO, E.R. Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. **Ciências & saúde coletiva.** v.16, n.7, p. 3161-3168, 2011.

WELFER, M.; LEITE M.T. Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para continuar vivendo. **Scientia Medica, Porto Alegre: PUCRS.** v. 15, n. 3, jul./set. 2005.

ZHANG P.; ZHANG X.; BROWN J.; VISTISEN D.; SICREE R.; SHAW J.; NICHOLS G. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice.** v.87; p. 293-301, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário estruturado de caracterização os pacientes

Dados de identificação	Respostas
SER:	
Bairro:	
Idade:	
Sexo:	
Escolaridade:	
Ocupação:	
Diagnóstico	
Tempo de diagnóstico:	
Tratamento:	

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas com Pacientes

1. Há quanto tempo è atendido neste Centro de Saúde da Família?
2. Fale um pouco sobre o Diabetes Mellitus?
3. Você sabe o que é autocuidado? Me explique.
4. Como e com quem aprendeu sobre o autocuidado?
5. Você realiza alguma prática de autocuidado?
6. Você tem alguma dificuldade para realizar seu autocuidado?
7. Você procura ajuda em quais locais para controle da sua saúde?
8. As pessoas de casa ajudam no seu tratamento? Se sim, como?
9. Como você acredita que sua saúde pode melhorar?

APÊNDICE C – Temário para entrevista aprofundada

- Diabetes e seus significados;
- Ação da doença no corpo;
- Descoberta da doença;
- Percepção da mudança na vida após o diagnóstico;
- Apoio/suporte da equipe de saúde após o diagnóstico;
- Controle da DM;
- Prevenção da DM;
- Piores enfrentamentos da doença;
- Significados do “ser saudável”;
- Atividade física e o diabetes;
- Participação em atividades organizadas por grupos, associações entre outras;
- Relação com os profissionais de saúde;
- Tratamento para o enfrentamento do diabetes;
- Significado do autocuidado;
- Práticas do autocuidado;
- Dificuldade para realização do autocuidado;

APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados para observação participante

1. Contexto do Centro de Saúde da Família

- Observar o atendimento durante as consultas do paciente com DM (orientações, metas, agendamento, redes sociais de apoio).
- Observar aspectos dialogados sobre o autocuidado.
- Observar o procedimento nas reuniões em grupo com os pacientes com DM.

2. Contexto do paciente: visita domiciliar

- Descrever estrutura do contexto domiciliar dos pacientes com DM;
- Práticas de autocuidado desenvolvidas;
- Suporte: estrutura mínima para visita domiciliar (tensiômetro, glicosímetro, carro, prontuário, cartão, visita programada ou não);
- Medicação: como são guardadas, manipuladas, administradas;
- É um paciente independente ou dependente de terceiros;
- Problemas encontrados;
- Estratégias utilizadas.

APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido – Paciente com Diabetes Mellitus

Meu nome é Elaine Neves de Freitas, sou mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “O DITO E O REALIZADO: O AUTOCUIDADO NA PERSPECTIVA DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA” cujo objetivo principal é Analisar o dito e o feito, em relação ao gerenciamento do autocuidado na perspectiva do paciente com Diabetes Mellitus atendidos na atenção primária.

Convidamos o senhor (a) para participar desta pesquisa de forma voluntária, para isso precisamos que o senhor (a) responda algumas perguntas, que serão gravadas sobre cuidados de sua saúde e o autocuidado realizado. O Sr. (Sra.) poderá recusar-se em qualquer momento a responder alguma pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento entrando em contato com a responsável pela pesquisa pelo telefone (85) 99488614. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Não ocorrerá risco físico, porém se causar constrangimento o (a) senhor (a) terá o direito de parar a entrevista em qualquer momento. Essa pesquisa trará benefícios futuros, pois essas informações servirão para uma melhor discussão sobre a forma como o gerenciamento do autocuidado por parte dos pacientes com Diabetes Mellitus tem se desenvolvido e com isso contribuir na melhoria do serviço fornecido a essa população. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, no qual o Sr. (Sra.) terá uma cópia. O Sr. (Sra.) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Eu,

_____, (colocar o nome do participante) declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação

Sendo que: () aceito participar. () não aceito participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Contatos com o coordenador da pesquisa Prof. Dr. Andrea Caprara pelo telefone (085) 3101.9914.

Fortaleza, _____ de _____.

(Participante da pesquisa)

Andrea Caprara
(Orientador)

Elaine Neves de Freitas
(Pesquisadora)

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EMPODERAMENTO E O GERENCIAMENTO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES EM CONDIÇÕES CRÔNICAS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Pesquisador: Andrea Caprara

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46818015.5.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.236.392

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa visa compreender a gestão do autocuidado junto aos pacientes com condições crônicas, em particular, diabetes mellitus, assim como desenvolver ferramentas para fortalecer o autocuidado na Atenção Primária no município de Fortaleza-CE. A pesquisa será realizada no período entre 2015 a 2017 em três Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional (SER IV e V) da capital cearense, os participantes da pesquisa serão profissionais de Equipes de Saúde da Família em suas diversas categorias, como também os pacientes dessas equipes que sejam portadores de Diabetes Mellitus. Como método de coleta de dados será utilizado entrevistas, grupo focal e observação participante. Acredita-se que estas três formas de se coletar dados fornecem a rica possibilidade de triangular as informações encontradas, após a coleta será realizado um total de dez oficinas de conscientização, quatro com os profissionais e seis com os pacientes, o desenvolvimento das oficinas será por meio do círculo de cultura no intuito de desenvolver ferramentas junto aos pacientes e profissionais da Estratégia Saúde da Família para fortalecer o autocuidado. A análise dos dados será por meio do software Qualitative Solutions Research Nvivo (QSR), versão 2.0. Inicialmente serão transpostos todos os dados para o software na forma de documentos com a extensão *.rtf (rich text format) disponível no Microsoft Word. Assim, os passos realizados na aplicação do N-vivo serão: 1)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** anavaleska@usp.br