

O AUTOCUIDADO EM INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: COMPREENSÃO SOBRE O PAPEL DA ALIMENTAÇÃO

Self-care in Primary Health Care patients with diabetes mellitus: understanding the role of diet

Vanessa Rodrigues Pucci¹, Talita Portela Cassola²,
Teresinha Heck Weiller³, Adriane Cervi Blümke⁴

RESUMO

A diabetes é considerada um importante problema de saúde pública em todos os países. As Doenças Crônicas não Transmissíveis, dentre as quais se encontra a diabetes, podem ser gerenciadas, mas não curadas, assim, os tratamentos vão além da redução da morbimortalidade. O objetivo deste estudo foi conhecer as práticas construídas sobre autocuidado, especialmente no que diz respeito à adesão e às escolhas terapêuticas relacionadas à alimentação de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva e de abordagem qualitativa. Foram incluídos no estudo indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2, usuários de Unidades de Estratégia de Saúde da Família. Para a seleção dos participantes, se utilizou a técnica de “Bola de Neve” e, como instrumento de pesquisa, foram usadas entrevistas norteadas por um roteiro. Para a análise das informações, foi utilizada a análise temática, possibilitando a definição de três categorias principais: “Estratégias de enfrentamento e o cotidiano do autocuidado dos indivíduos com Diabetes Mellitus”, “Sentimentos e percepções despertados a partir do diagnóstico do Diabetes Mellitus tipo 2” e “O lugar do serviço de saúde no cuidado da Diabetes Mellitus tipo 2”. Do ponto de vista das participantes do estudo, estas se julgam capazes de controlar a doença, sobretudo com a medicação e seleção de uma única fonte de amido durante as refeições.

PALAVRAS-CHAVE: Autocuidado; Diabetes Mellitus; Nutrição em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Diabetes is considered an important public health problem in every country. Chronic noncommunicable diseases, including diabetes, can be treated but not cured, so treatment goes beyond the reduction of morbidity and mortality. The scope of this study was to investigate the practices built on self-care, especially with respect to adherence and the therapeutic choices related to the nutrition of people with Type 2 Diabetes Mellitus. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. Included in the study were individuals with Type 2 Diabetes Mellitus who were users of the Family Health Strategy Units. The "Snowball" technique was used to select the participants and interviews guided by a script were used as the research instrument. Thematic analysis was conducted to analyze the information, allowing the definition of three principal categories: "Coping strategies and daily self-care of patients with Diabetes Mellitus", "feelings and perceptions aroused from the diagnosis of Diabetes Mellitus", "The place of health services in the care of Diabetes Mellitus". The participants feel they are able to control the disease, especially with medication and selection of a single source of starch in their meals.

KEYWORDS: Self Care; Diabetes Mellitus; Nutrition Public Health; Primary Health Care.

¹ Nutricionista. Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde. Mestra em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: vanessarpucci@hotmail.com.

² Enfermeira. Mestra em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta na Universidade Federal de Santa Maria.

⁴ Nutricionista. Doutora em Ciências Sociais. Professora Assistente do curso de Nutrição no Centro Universitário Franciscano.

INTRODUÇÃO

As populações ocidentais, no decorrer do último século, têm conhecido uma evolução sem precedentes no seu modo de vida, de forma que a alimentação não escapou dessas mudanças, as quais trazem consigo consequências positivas e negativas, que refletem na saúde do homem.¹

Essa transição é caracterizada pela coexistência de deficiências nutricionais associadas a uma alta prevalência de excesso de peso e distúrbios metabólicos crônicos.² No decorrer dos anos, houve uma redução da desnutrição e o aumento de sobrepeso e obesidade, originando uma situação epidemiológica nutricional caracterizada pela diminuição das doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas não transmissíveis.³ Complementa-se dizendo que a transição nutricional é um fenômeno universal e, de modo geral, acompanha o desenvolvimento econômico e a urbanização.¹

De acordo com Malta et al.,⁴ as DCNTs oneram o Sistema Único de Saúde (SUS) se não prevenidas e gerenciadas adequadamente. Para alguns autores,⁵ estas podem ocasionar uma série de intercorrências que estão associadas à doença, suscitando uma assistência médica de custos sempre elevados, além de impactarem também nas famílias e na sociedade de forma geral.⁶

Fazem parte do conjunto das DCNT as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças cardiovasculares crônicas. Muitas têm fatores de risco comuns, além de demandarem por assistência continuada de serviço e, evidentemente, gerarem ônus progressivo diretamente proporcional ao envelhecimento dos indivíduos e da população.⁷

Quanto à diabetes mellitus, é considerada importante problema de saúde pública em todos os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento. É tida como uma disfunção metabólica de múltipla etiologia, caracterizada por hiperglicemia crônica resultante da deficiência na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos.⁸

Quando se fala em DCNT, vale ressaltar que o seu desenvolvimento é complexo, sendo necessárias ações permanentes que não apenas foquem os indivíduos de maneira isolada, mas que considerem os aspectos sociais, econômicos e culturais destes, visto que a importância do desenvolvimento dessas doenças vai além da extensão dos danos físicos causados às pessoas acometidas por elas, provocando impacto social e psicológico.⁹ São doenças que podem ser gerenciadas, mas não curadas, apresentando sintomas contínuos ou periódicos, que podem interferir em várias dimensões da vida do adoecido e no seu entorno. Assim, o objetivo do tratamento de tais problemas crônicos de saúde vai além da redução da morbi-

mortalidade, objetivando, também, restabelecer e manter a qualidade de vida das pessoas enfermas.¹⁰

A adesão do cliente aos tratamentos propostos pela equipe de saúde tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanham. Possivelmente, esse fator tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais, como absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamentos de saúde e aposentadorias por invalidez.¹¹ Dessa forma, os pacientes com doenças crônicas merecem um cuidado especial e contínuo. Por ser um tratamento longo e inalterável, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram frequentemente na atenção aos doentes é sua dificuldade em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. Embora necessária, a adesão não é um comportamento fácil de adquirir.¹⁰

A adesão do paciente ao tratamento integral, além das consultas, o uso regular do esquema terapêutico, a adoção do estilo de vida saudável e, sobretudo, o compromisso deste com a própria saúde, atuando como sujeito da ação e não como objeto.¹¹ Mas, para que essa adesão de fato se concretize, é preciso ver e atender o cliente de forma integral.

Posto isso, o objetivo deste estudo foi conhecer as práticas construídas sobre autocuidado, especialmente no que diz respeito à adesão e às escolhas terapêuticas relacionadas à alimentação de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 no contexto do Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se por ser do tipo exploratória, descritiva e de abordagem qualitativa. De acordo com Turato,¹² no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, é necessário empregar a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.

Em estudos qualitativos, são utilizadas amostras intencionais, ou seja, fazem parte da amostra os casos ricos em informações sobre o tema.¹³ Para este estudo, foi utilizada amostragem com critérios, ou seja, indivíduos ricos em informações e que atendiam aos critérios de inclusão do estudo.

Foram incluídos no estudo indivíduos com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, usuários de duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Maria/RS, maiores de idade, de ambos os sexos e que aceitaram participar da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2013, e os participantes foram selecionados por meio do auxílio de informantes-chaves e

da técnica de “bola de neve”. Inicialmente, a pesquisadora fez contato com um profissional da unidade de saúde que indicou um indivíduo que atendia aos critérios de inclusão. A continuidade da seleção se deu por meio da referida técnica, na qual um participante indica outro e assim por diante. Essa técnica possibilita uma diversidade de olhares.¹⁴ Quanto ao número de participantes entrevistados, foi considerada a reincidência de informações, ou seja, a saturação dos dados, situação ocorrida quando as informações passaram a se repetir e nenhum dado novo possibilitou compreensões adicionais sobre o fenômeno em estudo.¹³

Como instrumento de pesquisa, utilizou-se a entrevista norteada por um roteiro elaborado pela pesquisadora, com a finalidade de facilitar o diálogo entre entrevistado e entrevistador. O roteiro foi composto por perguntas abertas sobre o conhecimento acerca das estratégias usadas para lidar no cotidiano com diabetes mellitus, buscando identificar tempo de diagnóstico da doença; conhecimento sobre a doença e seu cuidado; práticas alimentares efetivamente realizadas para o tratamento da doença; experiência pessoal no que se refere ao convívio com a doença; cuidados pessoais relacionados à saúde e relação com os profissionais de saúde.

As entrevistas foram realizadas individualmente, na residência de cada participante, gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra para garantir a qualidade das informações. Com o intuito de preservar a identidade das participantes da pesquisa, ao longo da apresentação dos resultados e sua discussão, as entrevistadas foram referidas pela letra E (Entrevistada), seguida de um número de identificação, de acordo com a ordem de ocorrência.

Para a análise das informações, foi utilizada a análise temática de conteúdo.¹⁵ Assim as falas foram ordenadas após a transcrição integral das gravações e da leitura exaustiva do material empírico. Posteriormente, selecionou-se parte do material, buscando-se as ideias relevantes que constituem as unidades de significado, as quais foram codificadas e organizadas pelos pesquisadores em subtemas, relacionando-os aos outros temas.

O estudo atende aos aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos. Os dados foram coletados mediante autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos indivíduos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano CAAE 12101712.3.0000.5306.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas cinco entrevistas com mulheres usuárias da atenção primária à saúde do município de Santa

Maria, com idade entre 44 e 74 anos. De uma forma geral, a distribuição das entrevistas foi homogênea: duas moram sozinhas e três com companheiro, filhos e netos (duas participantes); o nível de escolaridade variou desde o analfabetismo até o ensino fundamental completo; a maioria tem em torno de 10 anos de diagnóstico da doença; elas não trabalham fora; executam somente tarefas em âmbito doméstico e a maioria prepara as refeições em casa, excetuando-se apenas uma participante.

Com a finalidade de responder aos objetivos norteadores para a execução do presente estudo, a partir dos dados produzidos após a análise temática das transcrições das entrevistas, foi possível definir três categorias principais que conduziram o estudo, a saber: “Estratégias de enfrentamento e o cotidiano do autocuidado dos indivíduos com Diabetes Mellitus”, “Sentimentos e percepções despertados a partir do diagnóstico do Diabetes Mellitus tipo 2” e “O lugar do serviço de saúde no cuidado da Diabetes Mellitus tipo 2”.

Estratégias de enfrentamento e o cotidiano do autocuidado dos indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2

A primeira categoria permeia as questões relacionadas às estratégias de enfrentamento e o cotidiano do autocuidado de indivíduos com Diabetes Mellitus 2, relacionadas aos alimentos utilizados e não utilizados para controle da doença, bem como à utilização de medicamentos.

Para que se possam compreender os dados apontados nesta categoria, deve-se ter em mente os conceitos de cuidado e, evidentemente, de autocuidado. Quando lançamos mão de um bom dicionário,¹⁶ descobrimos mais do que a classe gramatical da palavra ‘cuidado’. Temos revelado o seu mais genuíno significado! O termo ‘cuidado’, substantivo masculino, significa precaução; cautela; desvelo; pessoa ou coisa que é objeto de desvelo. Mas quando nos deparamos com esse cuidado, bem como suas implicações no campo da saúde, seu significado nos exige uma reflexão, haja vista a diversidade de significados complexos e, por vezes, sem uma concepção definida que o termo possibilita.¹⁷

O cuidado pensado autenticamente como existencial, essencial do ser humano, diz respeito a zelo, desvelo, atenção, bom trato e solicitude.¹⁸ Posto isso, nos direcionamos ao autocuidado, o qual descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar.¹⁹

Com relação ao autocuidado, no que se refere às práticas alimentares de indivíduos que vivem com diabetes, quando questionados sobre os alimentos que consomem no dia a dia, estes referem que observam em relação a sua

rotina alimentar um conjunto de cuidados, especialmente, os associados à redução do sal, do açúcar e da gordura, como se verifica a seguir.

“Eu hoje, por exemplo, fiz uma lentilha bem sem sal, sem gordura, botei uma batatinha, uma coxa de galinha.” (E3)

“A médica disse para que eu não comer nata, gordura, queijo de colônia, assim não.” (E1)

“(...) pra não comer doce, comida gorda, nem de sal, essas coisas tudo né? E eu faço!” (E2)

Nesse sentido, percebe-se que a alimentação ora adotada por estes participantes não se assemelha àquela anterior ao diagnóstico da doença.

“Abh não, antes era tudo normal!” (E3)

“A alimentação fica bem restrita.” (E4)

“Eu deixei de comer tudo o que eu comia né [...]. É uma pena, porque às vezes é tudo o que a gente gosta, né?” (E5)

O “deixar de comer”, além de fazer parte das estratégias de enfrentamento da doença, para algumas das entrevistadas, está envolto no sentimento de tristeza e nostalgia daquilo que outrora lhes dava prazer e alegria.

“Tudo que eles falaram é difícil de adaptar, porque a gente se acostuma desde criança comer aquela comida, sempre normal, daí depois assim, eles tiram quase tudo da gente [...] a alimentação fica bem restrita, o açúcar eles tiram da face da terra.” (E4)

Desse modo, embora estejam fazendo o que julgam ser a maneira certa de manter a saúde, consegue-se perceber que há por detrás uma dificuldade em seguir à risca as orientações dos profissionais, de modo a não conseguirem controlar seus desejos.

“(...) não vou deixar de comer, de vez em quando como uma laranja não vou deixar de comer laranja o resto da minha vida.” (E4)

“(...) ela disse que não era para comer nata e queijo de colônia. Assim não. Mas eu comprei e como. Como um pedacinho.” (E1)

“Mas de vez em quando eu dou uma resvalada e me atraco no suco, né?” (E5)

As práticas alimentares fazem parte da vida diária dos sujeitos e da sociedade, carregam em si a força dos seus pensamentos que, inseridos no contexto social, experimentam os sabores e os dissabores de um cotidiano marcado pela convivência com uma doença crônica.²⁰

Segundo Santana,²¹ a dificuldade em seguir a alimentação prescrita pode ser atribuída ao fato de estar relacionada aos hábitos adquiridos, ao horário definido, ao valor cultural do alimento, às condições socioeconômicas, bem como à questão psicológica envolvida. Assim, o desejo alimentar pode suscitar a transgressão, estando frequentemente presente na vida do paciente diabético.

A comida representou uma riqueza para o homem, sendo capaz de expressar, no decorrer de sua história, a constituição de suas estruturas sociais.²² Comer é um assunto universal por excelência. Tal prática se reveste tanto de um sentido prático, atendendo às necessidades do corpo, como também simbólico, embora os significados atribuídos não sejam compartilhados de um modo equivalente, determinando o que se deve comer ou não. O alimento é combustível de nosso corpo e sua ingestão, depois de uma série de combinações, baseadas em diversas lógicas de exclusão, inclusão, eixos temporais, lugar, preparo etc., concretiza-se no ato de comer que, constantemente, nos confronta com o risco, com a insegurança, ao mesmo tempo em que delimita fronteiras e revela diferenças.²³

Outro ponto importante sobre a alimentação, que neste contexto pode ser interpretado como uma das estratégias utilizadas pelas entrevistadas, com o intuito de controlar seus níveis glicêmicos, e que podemos inserir no cenário do autocuidado, é aquele relacionado ao consumo adequado dos macronutrientes. Destacam-se, sobretudo os carboidratos, assim privilegiam o não consumo de mais de um alimento com alto índice glicêmico em uma mesma refeição, de acordo com suas crenças.

“(...) que aí eu como a polenta e não como o pão. Porque eu sempre troco né? Se eu como uma coisa eu não como outra.” (E5)

“Faço a massa e se eu comer a massa eu só como a massa, um pouco de massa, mas não como o arroz (...).” (E4)

“Se eu comer arroz eu não posso comer uma mandioca.” (E3)

A partir das entrevistas, fica evidente que a seleção de uma única fonte de amido de rápida absorção em uma mesma refeição é o que melhor define suas estratégias de controle da glicemia, haja vista a recorrência das falas supracitadas. De certo modo, do ponto de vista de cada uma delas, o “não misturar alimentos fontes de amido em uma

mesma refeição” pode ser considerado, em última análise, como um fator positivo e talvez crucial, acerca da adesão às orientações nutricionais para o tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2.

Salienta-se que todas as entrevistadas referiram receber orientações quanto ao consumo de verduras, não sentindo qualquer dificuldade em seguir as recomendações, favorecendo a adesão. As participantes também referem terem sido orientadas quanto ao consumo de frutas:

“Das frutas que pode, ela (nutricionista da unidade) falou da banana, do melão e outra que eu não me lembro o que é...ela disse que é por causa do açúcar.” (E5)

“(...) não quer que eu coma (...) fruta doce, laranja, bergamota, Deus o livre!” (E4)

“Agora, eles falam muito né (...) tem que comer fruta, variar (...) não pode comer fruta doce (...) mas que fruta... tudo é doce né?” (E3)

As orientações recebidas, relacionadas às frutas, ora limitavam as escolhas das participantes, ora causavam confusão quanto à compreensão da orientação. O profissional de saúde deve ter consciência de que suas orientações, se não claras e específicas, podem causar um sofrimento na vida desses indivíduos, no instante em que interferem em suas práticas alimentares.

Com relação à adesão, as características do tratamento desempenham um papel fundamental. As especificidades do regime terapêutico, designadamente a sua complexidade, duração e efeitos secundários, parecem assumir um papel mais decisivo para a adesão do que as características particulares do indivíduo.²⁴

Fica evidente, também, a utilização (imediata) de medicamentos prescritos por profissionais da saúde diante do diagnóstico das entrevistadas. Estas se sentem mais seguras com a terapia medicamentosa (antidiabéticos orais), pois acreditam ser, de certa forma, resolutiva no controle da doença.

“(...) me deram uns remédios. Agora eu consigo manter, ela nunca passou de (...)” (E5)

“Ele deu o remédio de vereda, aí eu já comprei, e nunca deixei de tomar. Eu tomo duas vezes por dia.” (E2)

“Quando ela tá alta eu não sinto nada. Só tomo o remédio para normalizar ela.” (E3)

Vive-se um descompasso entre o perfil epidemiológico

da população e o foco da assistência em saúde. Enquanto as condições crônicas prevalecem, as ações de saúde são essencialmente curativas, voltadas para o atendimento de agravos agudos²⁵. Sabe-se que a terapia medicamentosa é fundamental para um controle da Diabetes Mellitus, todavia, além do tratamento medicamentoso, é importante e necessário que o paciente modifique hábitos anteriores de vida, para que se proceda às mudanças no perfil glicêmico e lipídico do indivíduo.²⁶

Sentimentos e percepções despertados a partir do diagnóstico do Diabetes Mellitus tipo 2

A partir do momento em que o indivíduo se depara com uma mudança em sua vida, sensações diversas e inusitadas acerca desse novo mundo são despertadas. A qualidade de vida desse indivíduo acaba inevitavelmente sendo alterada. A qualidade de vida é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual.²⁷

Dessa forma, esta categoria trata do misto de sentimentos provocados pela Diabetes Mellitus nos indivíduos que convivem com a cronicidade dessa doença. O ponto de partida para as mudanças no cotidiano das entrevistadas foi indubitavelmente o diagnóstico. Foi possível identificar que o diagnóstico de doença crônica, ou seja, diabetes mellitus, foi realizado, na maioria dos casos, por médicos em hospitais ou unidades de saúde:

“Foi o médico que me orientou no hospital.” (E3)

“Foi um clínico geral.” (E4)

“Foi a especialista do coração.” (E1)

“Eu tinha uma unha encravada e eu cortei e infeccionou [...] passei mais de um mês assim, aí um dia me encaminharam para um médico na Floriano [...] levei todos os exames aí ele me disse assim:- mas essa unha não vai sarar nunca a senhora está com 289 de diabetes!” (E5)

Com base nas falas, é possível inferir que algumas entrevistadas já conviviam com os sintomas da doença, até então desconhecida. De modo que, mesmo sem saber o real motivo da demora em “cicatriz a unha”, a diabetes já provocava uma série de desconfortos e sensações em uma das entrevistadas.

Ademais, a percepção da doença é, muitas vezes, baseada naquilo que ouvem dos profissionais, bem como das noções fundamentadas no senso comum.

“Com a diabetes você pode viver muitos anos [...] o Dr me disse.” (E2)

“A gente sabe se é uma doença assim que de uma hora pra outra ela leva a gente [...] tem gente aí que vejo lá muito, que dá uma crise de diabete que morre [...] Ab, eu vejo na televisão principalmente.” (E4)

A Diabetes Mellitus tipo 2 pode ser considerada uma doença assintomática, podendo dificultar o verdadeiro significado da doença. Algumas pessoas parecem precisar de algo concreto, palpável e visível para facilitar e estimular o cuidado com a saúde. Dessa forma, apresentar um sintoma logo após se alimentar possibilita a associação de que o alimento pode ter sido prejudicial à saúde.²⁸

As mudanças alimentares inerentes à doença podem provocar uma sensação desagradável com relação à nova proposta alimentar. As falas a seguir revelam como é a relação destes indivíduos com os alimentos sugeridos pelos profissionais de saúde.

“É horrível! Não tem gosto de nada, parece que está comendo palha.” (E3)

“Arroz integral não como de jeito nenhum, parece comida de porco, cachorro, sei lá!” (E4)

“Esse pãozinho de centeio tenho nojo, parece que a gente bota na boca e tá comendo terra.” (E5)

Nesse sentido, os alimentos de que devem fazer uso para manter a saúde de forma adequada, especialmente os integrais, são, na sua quase totalidade, rejeitados pelos usuários.

As transformações ocasionadas pelo processo de cocção ocasionaram mudanças na percepção da gustação, já que o aroma, o sabor e a textura são alterados nesse procedimento, determinando, então, uma nova versão ao alimento.²⁹ Dessa maneira, possibilitando a interferência nas escolhas alimentares, redefinindo e impactando nos comportamentos alimentares, haja vista a necessidade de adaptar “cardápios”, quando se trata de pacientes com diabetes.

As recomendações alimentares parecem originar-se de um processo unilateral, em que o paciente não é chamado para um diálogo, para a tomada de decisão em parceria, dentro de suas condições de vida.³⁰ Além da rejeição a essa variedade de alimentos inseridos em suas rotinas alimentares, evidenciou-se, também, a nostalgia que a supressão de alguns produtos alimentícios traz aos entres-

tados, bem como o desejo de continuar utilizando esses produtos. Fica mais claro na seguinte fala:

“(...) eles gostam de sobremesa, gostam de pudim, gostam de um bolo. Faço, mas não como. Nada disso! [...] se eu pudesse comer doce, era só doce, agora não como mais nada.” (E3)

Para Péres et al.,²⁸ representações negativas da dieta podem ser consideradas um fator que dificulta a promoção de mudanças nas práticas alimentares. De modo que a dieta, quando associada a sentimentos de raiva e tristeza, diante de restrições alimentares impostas pela doença, pode ser considerada como prejudicial à saúde, obtendo, assim, o significado de fonte de fraqueza.

Não se pode negar que a vida das entrevistadas sofreu um revés após o diagnóstico da doença.

“Ab! Antes era tudo normal, eu trabalhava. Em casa eu trabalho ainda, mas é tudo assim, aos poucos! Já acostumei, agora não tem mais! Uma hora tem que tomar remédio, cuidar na parte da comida... pra não me machucar.” (E5)

“Na rotina da família nem tanto [...] Mas na minha vida interfere, muitas coisas eu tive que deixar de fazer. Trabalhar, por exemplo, faz muito tempo que eu não trabalho para fora!” (E4)

“Não, eu não gosto, mas como porque preciso. E como esse iogurte, eu até nem gosto, mas tenho que comer!” (E3)

As entrevistadas passam da condição de ser “normal” ao ser “diferente”. Houve mudanças “obrigatórias” de alguns de seus hábitos de vida, que trouxeram consigo inquietações, bem como a sensação de ser “diferente”. Seja por imposição da doença em si, como também pelas implicações trazidas pela patologia.

O “ser diferente” é vivido como experiência penosa, de modo que a diferença pode ser tratada como algo problemático, e não como uma peculiaridade que singulariza o sujeito, isto é, uma diferença que faz a diferença, na medida em que constitui o fundamento da identidade pessoal.²⁸

É também visível a conformação mediante a situação, tanto do ponto de vista das orientações sobre alimentos adequados, quanto à experiência pessoal no que diz respeito ao convívio com a doença. A vivência da diabetes quebra a harmonia orgânica e, muitas vezes, transcende a pessoa do doente, interferindo na vida familiar e comunitária, afetando seu universo de relações.²⁸

O lugar do serviço de saúde no cuidado da Diabetes Mellitus tipo 2

No momento em que os questionamentos se voltaram para os profissionais, bem como no atendimento oferecido pelas unidades de saúde, percebe-se uma lacuna entre esses e os indivíduos com diabetes. Os profissionais de saúde exercem um papel imprescindível na compreensão da doença pelo paciente, e o serviço de saúde é peça-chave para que esse relacionamento se estabeleça, visto ser o local dos possíveis encontros, interlocuções, esclarecimentos e formação de vínculos entre as partes, rumo ao sucesso dos tratamentos. Diante desse pressuposto, abordaremos, nesta categoria, alguns pontos relevantes, referentes aos profissionais de saúde e às unidades de saúde das quais as depoentes fazem parte.

Os profissionais de saúde responsáveis pelos diagnósticos foram os mesmos responsáveis pelas orientações nutricionais recebidas pelos pacientes. Vale ressaltar que, embora tenham recebido orientações quanto à necessidade de algumas mudanças peculiares e exigentes da doença, em nenhum momento lhes foi explicado mais profundamente “por que” e “como fazer” tais modificações alimentares.

“Não, ele só disse assim pra mim: - a senhora tá com diabetes, pega os seus exames aqui e leva pra um clínico que tenha num posto mais próximo da sua casa.” (E5)

“Não, não [...] ele quando viu os exames de sangue, meu marido era vivo ainda, ele disse: a senhora tá com diabetes e alta [...] aí eu comecei a tomar remédio pra diabetes e me cuidar.” (E2)

A não explicação sobre o real significado tanto da doença propriamente dita, quanto da necessidade de mudanças exigidas por ela, nos leva a refletir sobre a importância de um serviço de saúde estruturado, multiprofissional e comprometido, no intuito de alertar sobre a gravidade da situação na qual o indivíduo se encontra, não deixando de esclarecer sobre o quão fatal pode ser o controle ineficiente da doença.

Em alguns estados, o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições: socioeconômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com hipertensão e diabetes, facilitando a atuação da equipe, nos determinantes do processo saúde-doença. Existe, ainda, a possibilidade de detecção das dificuldades que impedem maior adesão à qualidade de vida dos indivíduos com doenças de longa duração ao tratamento,

além de buscar a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos pacientes e seus familiares, de modo que tais atividades possam proporcionar o vínculo entre pacientes e a ESF.³¹

O comportamento do indivíduo com diabetes é governado por normas quando ele é influenciado principalmente pelas orientações médicas. Dessa forma, as instruções ou orientações advindas dos profissionais funcionam como regras que especificam um estímulo discriminativo verbal que descreve uma contingência.³²

As falas a seguir mostram o entendimento de algumas entrevistadas sobre a doença no que tange às explicações advindas dos profissionais:

“Não [...] ela não explicou [...] só disse: evita [...] eu vou te receitar [...] aí tu pega ali no posto esse remédio.” (E1)

“(...) a gente pode perder um dedo, pode perder uma perna, pode ir perdendo as partes né? [...] o porquê eu não sei.” (E3)

“(...) daí eu controlava um pouco as doçuras, porque eu sei que era do doce. Aí depois de muito tempo, agora há pouco tempo atrás que eu fui descobrir que a diabetes não é só do doce.” (18 anos de diagnóstico) (E4)

Quando indagadas a respeito da doença e suas consequências, pode-se observar que as participantes possuem um conhecimento falho ou perfunctório quanto ao verdadeiro significado da diabetes, haja vista a falta de explicação dos profissionais de saúde aos quais se remetem.

“Já disseram que se se cortar [...] se qualquer coisa [...] mas não é importante, pois eu digo que até já me queimei grande no forno elétrico (mostrou o braço) e sarou tranquilo [...] e eu digo pra ele (médico), mas nem senti, nem senti (risos) a queimadura!” (E3)

O não entendimento das complicações da doença pode servir de empecilho para a adequada adesão dos indivíduos com diabetes mellitus. A compreensão superficial das implicações da doença não dimensiona a complexidade e fatalidade da mesma. As informações “simplistas” recebidas dos profissionais de saúde acabam interferindo no controle apropriado da glicemia dos indivíduos com diabetes.

Uma entrevistada, quando questionada sobre o porquê do açúcar no sangue, nega explicação do profissional que a atendeu:

“Eles falaram lá [...] não sei se eles falaram pra mi-

nha filha [...] o professor falou para os alunos que tavam me atendendo, porque lá é os alunos que atendem a gente.” (E3)

A formação dos profissionais de saúde deve ser redirecionada, pois durante a fase de ensino clínico, em que os alunos exercitam o atendimento aos usuários do sistema de saúde, o que se observa ainda é a preleção, o aconselhamento, sem que o paciente seja chamado a se pronunciar sobre suas crenças, suas preferências e suas informações anteriores.³⁰

Com relação ao monitoramento da glicose, sabe-se que é muito importante no manejo da doença.

“Eu vou uma vez por mês...” (E5)

“Faço de dois em dois meses.” (E2)

“Faz uns cinco dias que eu não faço.” (paciente que faz uso de insulina) (E3)

O baixo controle da glicemia e a ausência de acompanhamento dos profissionais podem estar relacionados à falta de acesso às unidades de saúde, haja vista as falas das depoentes:

“O negócio ali tem sempre fila [...] uma que a gente tem que fazer ficha, né?” (E1)

“Aí eu fui ali no posto [...] e ela disse que não tinha, só pra dezembro, é uma vergonha né?” (atendimento com especialista) (E3)

“Porque assim como elas tão, elas já não tão! Aqui no posto de baixo nem dá pra gente contar!” (E5)

“Pra tirar uma ficha tem que passar a noite lá [...] o posto só funciona até as 4 horas, a partir das 4, a gente tem que contar com a gente mesmo!” (E4)

O processo de adesão envolve uma série de fatores, e o paciente não pode ser o único responsável pela adesão aos tratamentos. É necessário que os profissionais de saúde, bem como os serviços de saúde, sejam corresponsáveis nesse processo.¹⁰

Nesse sentido, considerando a relevância dos agravos relacionados a tais doenças, e pensando-se integrar e qualificar o cuidado, em 2003, foi criado o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HAS e DM, tendo como objetivo reorganizar os serviços por meio do desenvolvimento de ações de detecção, controle e prevenção desses

agravos, na rede básica de saúde. Tal plano incluiu a criação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HiperDia – e a criação de Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou refletir sobre as implicações que a Diabetes Mellitus tipo 2 provoca na vida das pessoas. Por meio de uma abordagem qualitativa, foi possível verificar que a não adesão por completo aos tratamentos propostos por profissionais está diretamente relacionada ao conhecimento limitado que as depoentes possuem sobre a cronicidade da doença.

Do ponto de vista das participantes do estudo, estas se julgam capazes de controlar a doença, sobretudo com a medicação e a seleção de uma única fonte de amido durante as refeições, haja vista serem essas as principais orientações proferidas pelos profissionais que, em algum momento, as acompanharam. O não conhecimento mais profundo sobre a importância de uma perfeita adesão ao tratamento e, principalmente, sobre a fatalidade da doença pode acarretar em sérios problemas e, conseqüentemente, levá-las à morte, considerando-se sintomas que aparecem e que não são tratados com a devida significância.

Os profissionais e o serviço de saúde são, indiscutivelmente, parte fundamental no manejo da doença. A responsabilidade jamais poderá ser atribuída unicamente a uma das três partes envolvidas no processo, todavia percebeu-se aqui uma lacuna. Vale ressaltar que todas as participantes do estudo referiram não fazer parte de grupos de educação em saúde, tais como o HiperDia.

Certamente é importante levar em consideração que a pesquisa qualitativa não privilegia o critério numérico, mas a capacidade de refletir sobre a totalidade do fenômeno nas suas múltiplas dimensões.¹⁵ Dessa forma, os dados encontrados no estudo não podem ser generalizados a outras populações diferentes da estudada.

Sugerem-se mais pesquisas com esta temática, com o intuito de esclarecer profissionais e usuários do sistema quanto às reais necessidades dos indivíduos com doenças de longa duração.

REFERÊNCIAS

1. Scalbert A. La transition nutritionnelle. Université d'été de Nutrition, Clermont-Ferrand. 2003 [acesso em 2013 dez. 10]; [5p.]. Disponível em: <http://www.nutriaa.com/docs/proc_univ_2003_107.pdf>.

2. Aboussaleh Y, Farsi M, El Hioui M, Ahami A. La transition nutritionnelle au Maroc: coexistence de l'anémie et de l'obésité chez les femmes au Nord Ouest marocain. *Antropo*. 2009; 15(1):67-74.
3. Batista FM, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1):181-191.
4. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais NOL, Silva JJB. A construção da vigilância das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3):47-65.
5. Rodrigues F et al. O funcionamento e a adesão nos grupos de Hipertensão no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*. 2012; 5(3):44-62.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Morbidade autorreferida. 2011 [acesso em 2013 nov. 13]. Disponível em: <<http://www.rnpd.org.br/download/publicacoes/coordhadm.pdf>>.
7. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 9(4):833-840.
8. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):885-895.
9. Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):2001-2009.
10. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ANG. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(2): 2299-2306.
11. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2005; 14(3):332-340.
12. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):507-514.
13. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1996.
14. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2003.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
16. Bueno S. Minidicionário da língua portuguesa. São Paulo: FTD; 2007.
17. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radunz V, Santos EKA, Santana ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):697-703.
18. Heidegger M. Ser e tempo. 6a. ed. Petrópolis: Vozes; 1997. Parte 1.
19. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EK. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 2006; 15(spe):152-157.
20. Amorim MMA. Representações sociais da alimentação das pessoas com Diabetes Mellitus. In: XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais: Anais do XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. 2011; Salvador – BA. p. 1-17. [acesso em 2013 nov. 29]. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/8774885-1-representacoes-sociais-da-alimentacao-das-pessoas-com-diabetes-mellitus.html>>.
21. Santana MG. O corpo do ser diabético, significados e subjetividades [tese]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC; 1998.
22. Carvalho MCVS, Luz MT, Prado SD. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 16(1):155-163.
23. Collaço JHL. Um olhar antropológico sobre o hábito de comer fora. *Campos*. 2003; 4:171-194.

24. Silva I, Ribeiro JP, Cardoso H. Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referência II*. 2006; 2(2):33-41.
25. Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em grupos de apoio psicológico. *Rev Bras Enfermagem*. 2011; 64(2):301-3017.
26. Grillo MFF, Gorini MIPC. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Bras Enfermagem*. 2007; 60(1):49-54.
27. Martins LM. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Lat-Amer Enfermagem*. 1996; 4(3):5-18.
28. Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(2):310-317.
29. Oliveira NRF. Sabores na história: um estudo a partir dos saberes e fazeres alimentares de agricultores familiares de Jaboticaba/RS. 2009 [dissertação]. Santa Maria/RS: Centro de Ciências Rurais, Universidade Federal de Santa Maria; 2009.
30. Pontieri FM, Bachion, MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):151-160.
31. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da Família. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008; 17(4):672-679.
32. Coelho RC, Amaral VLAR. Análise dos comportamentos de adesão ao tratamento em adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Bras Terapia Comport Cognitiva*. 2012; 14(1):4-15.

Submissão: junho de 2016

Aprovação: janeiro de 2018
