



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

OLIVIA SOUZA CASTRO ALMEIDA

**BUSCANDO COMPREENDER O SIGNIFICADO
DE SER DIABÉTICO TIPO 2**

Salvador
2009

OLIVIA SOUZA CASTRO ALMEIDA

**BUSCANDO COMPREENDER O SIGNIFICADO
DE SER DIABÉTICO TIPO 2**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Pereira

**SALVADOR
2009**

Biblioteca Central Reitor Macedo Costa - UFBA

A164	Almeida, Olivia Souza Castro. Buscando compreender o significado de ser diabético tipo 2 / Olivia Souza Castro
Castro	Almeida. – 2009. 93 f. : il. Inclui anexos e apêndices.
	Orientador: Profº. Dr. Álvaro Pereira. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem.
	1. Diabetes. 2. Diabetes – Enfermagem. 3. Cuidado com os doentes. 4. Doenças crônicas. I. Pereira, Álvaro. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.
	CDD: 616.462 CDU – 616.379-0028.64

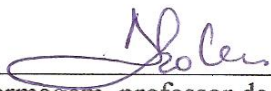
OLIVIA SOUZA CASTRO ALMEIDA

BUSCANDO COMPREENDER O SIGNIFICADO DE SER DIABÉTICO TIPO 2

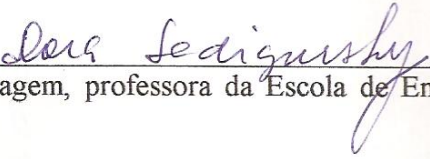
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 31 de Outubro de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Álvaro Pereira 
Doutor em Enfermagem, professor da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

Roseanne Montargil Rocha 
Doutora em Enfermagem, professora da Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de Santa Cruz

Dora Sadigursky 
Doutora em Enfermagem, professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

Fernanda Carneiro Mussi
Doutora em Enfermagem, professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

Outro dia, vi uma formiga que carregava uma enorme folha. A formiga era pequena e a folha devia ter, no mínimo, dez vezes o tamanho dela.

A formiga a carregava com sacrifício. Ora a arrastava, ora tinha sobre a cabeça. Quando o vento batia, a folha tombava, fazendo cair também a formiga.

Foram muitos os tropeços, mas nem por isso a formiga desanimou de sua tarefa.

Eu a observei e acompanhei, até que chegou próximo de um buraco, que devia ser a porta de sua casa.

Foi quando pensei: "Até que enfim ela terminou seu empreendimento".

Na verdade, havia apenas terminado uma etapa. A folha era muito maior do que a boca do buraco, o que fez com que a formiga a deixasse do lado de fora para, então entrar sozinha.

Foi aí que disse a mim mesmo: "Coitada, tanto sacrifício para nada.". Lembrei-me ainda do ditado popular: "Nadou, nadou e morreu na praia".

Mas a pequena formiga me surpreendeu. Do buraco saíram outras formigas, que começaram a cortar a folha em pequenos pedaços. Elas pareciam alegres na tarefa. Em pouco tempo, a grande folha havia desaparecido, dando lugar a pequenos pedaços e eles estavam todos dentro do buraco.

Imediatamente me peguei pensando em minhas experiências. Quantas vezes desanimei diante do tamanho das tarefas ou dificuldades? Talvez, se a formiga tivesse olhado para o tamanho da folha, nem mesmo teria começado a carregá-la.

Invejei a força daquela formiguinha. Naturalmente, transformei minha reflexão em oração e pedi ao Senhor:

Que me desse à tenacidade daquela formiga, para "carregar" as dificuldades do dia-a-dia.

Que me desse à perseverança da formiga, para não desanimar diante das quedas. Que eu pudesse ter a inteligência, a esperteza dela, para dividir em pedaços o fardo que, às vezes, se apresenta grande demais.

Que eu tivesse a humildade para partilhar com os outros o êxito da chegada, mesmo que o trajeto tivesse sido solitário.

Pedi ao Senhor a graça de, como aquela formiga, não desistir da caminhada, mesmo quando os ventos contrários me fazem virar de cabeça para baixo; mesmo quando, pelo tamanho da carga, não consigo ver com nitidez o caminho a percorrer.

A alegria dos filhotes que, provavelmente, esperavam lá dentro pelo alimento, fez aquela formiga esquecer e superar todas as adversidades da estrada. Após meu encontro com aquela formiga, saí mais fortalecido em minha caminhada.

Autor desconhecido

A meus pais, Maria Pureza e Antônio Geraldo,
que me deram a vida e sempre me incentivaram
a correr atrás dos meus sonhos.

A minhas irmãs, Milene, Isabela e Tatiane
pelos vários momentos de cumplicidade,
alegria e apoio.

Ao meu esposo Andrey pela paciência, incentivo,
amor, carinho, respeito e força.

Ao meu lindo e precioso filho Vitor, minha razão
de viver e luz de inspiração para tudo em minha
vida. E a meu outro anjinho que se encontra
no meu ventre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu mestre, que sempre ilumina meus passos e me dá forças para continuar a jornada.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Álvaro Pereira, pela paciência, orientação e colaboração.

A Lúcia Pereira por ter cuidado do meu filho com tamanha dedicação e carinho para que eu pudesse concluir o mestrado.

Ao superintendente do Hospital Salvador, Dr. Ricardo Ferraz e a Diretora de Enfermagem Fátima Veiga minha eterna gratidão por terem confiado em mim e me liberarem para realizar o meu sonho.

A Dra. Odelisa Matos, coordenadora médica do Centro de Diabetes, profissional exemplar e amiga para todas as horas, contribuiu imensamente para meus conhecimentos na área da diabetologia. Parceira na busca incessante em trazer um conforto e um melhor controle para nossos pacientes, este estudo também é seu.

Aos funcionários do Centro de Diabetes do Hospital Salvador pela ajuda na realização deste trabalho e apoio em vários momentos difíceis.

Aos colegas da Pós-graduação, em especial a colega Glicia Gleide pela amizade, apoio, e força nos momentos que mais precisei.

A todo corpo docente da Pós-graduação da EEUFBA pela força e compreensão das minhas poucas ausências no período da licença maternidade.

Aos funcionários da Pós-graduação, em especial a Cláudia, sempre disposta a ajudar.

Aos pacientes do Centro de Diabetes, razão maior desta pesquisa, meu muito obrigado pela participação e confiança.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para realização desse sonho.

ALMEIDA, Olivia Souza Castro. **Buscando compreender o significado de ser diabético tipo 2**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RESUMO

Este é um estudo que teve por objetivo compreender os significados de ser diabéticos tipo 2. O estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa foi realizado em um ambulatório de diabetes, privado, na cidade de Salvador-BA, no período de Janeiro a Julho de 2008, com 15 pacientes que tinham diabetes tipo 2 há mais de 1 ano e concordaram em participar do estudo. Utilizou como instrumento de coleta de dados um roteiro para entrevista semi-estruturada e análise documental, cujos dados foram analisados com base na Análise Temática de Conteúdo. Os resultados revelaram que Ser diabético significa conviver com o incômodo, o desconforto e a dor das injeções de insulina e das lancetas; com o medo das complicações; com restrição alimentar, em especial, aos doces; com esperança da cura, ou ao menos do controle glicêmico. Constatou-se, também, que as pessoas que tiveram apoio de familiares e/ou profissionais de saúde possuíam um significado mais positivo em relação à doença. Deste modo, o significado de se cuidar implica reconhecer-se portador de limitação importante, determinada pela doença crônica. A enfermeira deve buscar conhecer estes significados para poder criar estratégias que ajudem o paciente a lidar melhor com a doença, obter controle metabólico adequado e uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chaves: 1. Diabetes. 2. Diabetes – Enfermagem. 3. Cuidado com os doentes. 4. Doenças crônicas.

ALMEIDA, Olivia Souza Castro. **Seeking to understand the meaning of being a type II diabetic**. 2008. 98 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Nursing School, The Federal University of Bahia, Salvador (Bahia, Brazil), 2008.

ABSTRACT

This study was aimed at understanding the meaning of being a type II diabetic. Designed as a descriptive exploratory study with a qualitative approach, it was carried out in a private diabetic facility in Salvador (Bahia, Brazil) from January to July 2008, comprising 15 outpatients diagnosed with type II diabetes for more than one year who consented to take part in the study. Data were gathered by using semi-structured interviews and documental analysis and were then scrutinized based on the Thematic Content Analysis. Being a diabetic was found to mean living with inconvenience, discomfort and the pain from insulin shots and lancets; fearing diabetic related complications; living with dietary restrictions, particularly sweets, but also living with the hope for the cure or, at least, a glycemic control. The meaning of self-care implies therefore the recognition of bearing an important limitation imposed by a chronic disease. The nursing practitioner should seek to recognize such meanings in order to be able to devise strategies to help the patient to deal with the disease, to achieve an adequate metabolic control and a better quality of life.

Key Words: Diabetes. Diabetes – Nursing. Patient care. Chronic diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição de pessoas com diabetes cadastradas em um ambulatório privado de referência em DM, em relação aos dados demográficos e sócio-econômicos. Salvador, 2008	37
Quadro 2 - Distribuição de pessoas com diabetes cadastradas em um ambulatório privado de referência em DM, em relação aos dados clínicos. Salvador, 2008	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 ASPECTOS GERAIS DO DIABETES MELLITUS	14
2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DO DIABETES MELLITUS	14
2.2 SEGUIMENTO TERAPÊUTICO E CONTROLE GLICÊMICO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2	17
3 CUIDADO DE ENFERMAGEM	23
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DO CUIDAR	23
3.2 CUIDAR DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: FOCO NAS AÇÕES DE ENFERMAGEM	25
4 METODOLOGIA	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 CAMPO DE ESTUDO	33
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	34
4.4 COLETA DE DADOS	34
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	37
5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS SUJEITOS.....	37
5.2 COMPREENDENDO O SER DIABÉTICO	39
5.3 CATEGORIA I – O SIGNIFICADO DE DESCOBRIR-SE DIABÉTICO.....	39
5.3.1 Subcategoria I – Impacto do diagnóstico: revolta e negação.....	40
5.3.2 Subcategoria II – Não levando o diagnóstico a sério	44
5.4 CATEGORIA II – O SIGNIFICADO DE SER DIABÉTICO.....	49
5.4.1 Subcategoria I – Alimentação: vivendo uma vida restrita	49
5.4.2 Subcategoria II - Convivendo com o incômodo da injeção de insulina e o medo das complicações	54
5.4.3 Subcategoria III – Esperando o controle e a cura da doença.....	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
7 RECOMENDAÇÕES	65
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICES	70
APÊNDICE A - INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DA PESQUISA.....	70
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO	72
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	73
APÊNDICE D – ENTREVISTAS TRANSCRITAS	74
ANEXOS	92
ANEXO A - SOLICITAÇÃO DE PERMISSÃO PARA CAMPO DE PESQUISA	92
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	93

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o Diabetes Mellitus (DM) vem sendo considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial, pois tem crescido assustadoramente nas últimas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, a situação é similar e, o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), o tipo mais comum desta síndrome, desempenha um papel importante no desenvolvimento e manutenção desta situação (OLIVEIRA e MILECH, 2004).

A doença torna-se de relevância pública, vez que apresenta alta prevalência, acentuada morbi- mortalidade e repercute negativamente na economia e nas condições sociais das pessoas. Isto se deve ao grande impacto causado pelas incapacitações decorrentes das complicações do DM. Além disso, atingem todas as classes sociais, independente de credos, sexo, nível educacional, representando elevado custo para o Estado, sociedade e para a própria pessoa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

O DM pode ser definido como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da deficiência relativa ou absoluta da insulina, hormônio produzido pelo pâncreas, e que afeta o metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas (OLIVEIRA, 2003; PETERS, et al, 2004).

No Brasil, o diabetes concorre para a 6ª causa de diagnóstico primário de internação hospitalar, sendo que contribui, também, de forma significativa para outras causas como: as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo que 30% dos pacientes que se internam, em uma unidade coronariana, com dor precordial são portadores de diabetes. Esta enfermidade é também, a principal causa de amputação dos membros inferiores, bem como, de cegueira adquirida e, 26% dos pacientes que fazem hemodiálise são diabéticos (LYRA; CAVALCANTE, 2006).

Segundo os autores os tipos mais freqüentes de diabetes são os tipo 1 e tipo 2, sendo que em 90% a 95% dos casos os pacientes são portadores de diabetes tipo 2. A elevada prevalência do DM2 e a sua forte associação com o estilo de vida dos indivíduos nos motivaram a estudar este tipo de diabetes.

A pessoa com diabetes pode evoluir com complicações agudas como hipoglicemia ou hiperglicemia, sendo que a glicemia elevada, por vários anos, pode predispor às complicações crônicas, resultando em alterações micro e macrovasculares, como disfunção nos nervos, vasos sangüíneos, rins, coração e retina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007; LYRA; CAVALCANTE, 2006).

Desse modo, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado favorecem a prevenção das complicações ou evitam a sua progressão quando já instaladas. Apesar dos avanços neste campo, tais como, novos métodos diagnósticos, novos conhecimentos sobre a fisiopatologia e novas drogas, a mortalidade pelas doenças crônicas, em especial, as cardiovasculares, permanece elevada até hoje (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

O tratamento do DM2 é bastante complexo e requer cuidados terapêuticos e autocuidado de qualidade, pois o diabetes afeta todas as áreas da vida do indivíduo. A experiência das pessoas com DM2 é vivenciada de forma individual, podendo variar de pessoa para pessoa, em função do sexo, cultura, papel social, estado de saúde, ambiente, nível sócio-econômico, escolaridade e expectativas de vida. Nesse sentido, todos esses condicionantes precisam ser conhecidos, para que se possa fornecer uma estrutura significativa sobre o DM2 e para que o cuidado de enfermagem seja efetivo.

A opção de estudar a compreensão do significado de “Ser diabético” tipo 2, objeto deste estudo, deve-se ao fato da escassez de conhecimentos nessa área, e por perceber, na minha prática com pessoas com diabetes tipo 2, uma correlação entre esses significados, e a aceitação da doença. Desta forma, pretendo contribuir com os enfermeiros e profissionais de saúde que de uma forma em geral, lidam com essa clientela, para um maior conhecimento da singularidade do ser diabético.

Este objeto de estudo originou-se do meu contato com pessoas com diabetes, e tomou corpo mesmo antes de me graduar enfermeira. No quarto semestre do curso de enfermagem, tive minha primeira experiência na disciplina Fundamentos de Enfermagem com um cliente que estava internado na clínica médica devido a algumas complicações crônicas decorrentes do DM2, dentre elas, a amputação dos membros inferiores.

Quando me aproximei do seu leito para realizar uma das minhas primeiras anamneses, percebi o olhar triste, distante, demonstrando ao que parecia estar carente. Neste momento, ele expôs a sua solidão e referiu o descaso da equipe que lhe assistia sobre suas reais necessidades como pessoa. Começou a chorar e agradeceu a minha presença ali, e eu, com a minha inexperiência na época, quase chorei com ele. Fiquei bastante comovida com o caso, não só por ser meu primeiro paciente, mas, também, pelo sofrimento expresso na sua história de vida.

Já no quinto semestre me inscrevi e fui classificada para ser bolsista de um projeto de extensão da Universidade Estadual de Santa Cruz, intitulado *Atendimento ambulatorial ao cliente diabético da Associação dos Diabéticos de Itabuna*. Durante os seis meses desse estágio extracurricular pude me aprofundar mais no assunto e me aproximar mais das pessoas com DM2.

A partir daí foi constante e crescente o meu interesse pelo tema. Comecei a participar de vários congressos, que abordavam o assunto e após seis meses de formada, em 2003, tive o privilégio e a sorte de ser contratada para participar da equipe de um Centro de Atendimento Multidisciplinar, privado, ao cliente com DM, que, à época, estava para inaugurar em Salvador. Hoje já faz mais de quatro anos que participo da equipe, contribuindo para promover uma melhor aceitação e seguimento terapêutico por estas pessoas.

Nesse envolvimento com clientes com DM2 pude perceber a importância de uma atenção holística ao indivíduo nas suas diversas dimensões, para, assim, subsidiar tratamentos e cuidados conforme as suas reais necessidades. Ressalto que este estudo contribuirá para meu crescimento profissional e pessoal, bem como, para ajudar na melhoria do atendimento às pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 do ambulatório estudado, tendo em vista que conheceremos mais a fundo nosso cliente. E espero, também, contribuir com os profissionais de saúde para um maior conhecimento do “Ser diabético”.

No dia-a-dia percebo uma grande dificuldade das pessoas com diabetes em aceitarem a doença e seguirem as orientações dos profissionais que lhe assistem. Na maioria das vezes vejo que quando a pessoa não aceita a condição de ser diabético normalmente não seguem o tratamento e o controle glicêmico é ruim.

Desse modo, traçamos como questão norteadora e, a qual orienta este estudo:

Para você o que significa ser diabético?

Nesse sentido, estabelecemos como objetivo, compreender o significado de ser diabético tipo 2.

Acredita-se que um maior entendimento na forma como estas pessoas compreendem a sua enfermidade, possibilitará identificar elementos que possam orientá-las na busca de intervenções que objetivem uma melhor aceitação da doença e seguimento terapêutico. Enfim, o modo como a pessoa diabética expressa seus sentimentos, direciona o comportamento relacionado à sua saúde, tanto na busca de hábitos mais saudáveis quanto de hábitos inadequados, determinando, deste modo, possibilidades ou dificuldades para o controle da doença.

O presente trabalho se justifica, uma vez que conhecer o significado de ser diabético pode fornecer alguns subsídios para a adoção de estratégias de intervenção mais eficazes no controle do diabetes. Deste modo, poderemos refletir sobre as ações cuidativas de enfermagem ambulatorial, que auxiliam as pessoas com DM2 no seguimento terapêutico, no controle glicêmico, melhora da sua qualidade de vida e aceitação da sua nova condição de saúde.

2 ASPECTOS GERAIS DO DIABETES MELLITUS

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DO DIABETES MELLITUS

O diabetes mellitus (DM) é conhecido há vários séculos, o papiro egípcio escrito por George Elbers, em 1500 a.C. já descrevia uma doença caracterizada pela eliminação de grande quantidade de urina. Porém, o marco da descoberta foi a descrição de Arateus da Capadócia, no séc. II, que denominou essa enfermidade de diabetes (correr através do sifão). Somente em 1675, Thomas Willis estabeleceu o nome de diabetes mellitus, devido ao caráter doce na urina mas, antes disso, vários pesquisadores já haviam observado a poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso em pessoas que apresentavam essa enfermidade (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

Esses autores comentam, ainda, que os pesquisadores Minkowski e Von Mering realizaram uma experiência com cães e notaram que a retirada do seus pâncreas ocasionavam diabetes nestes animais. No final do séc. XVIII, Eugene Opie observou lesão nas células beta, das ilhotas de Langerhans, em pacientes que faleciam de diabetes.

Desde então, várias descobertas e inovações no campo do diabetes vêm sendo realizadas, especialmente, no campo do tratamento com a descoberta da insulina e hipoglicemiantes orais; bem como no campo do controle, com o surgimento dos glicosímetros e bomba de infusão de insulina além de uma maior flexibilidade na alimentação (LYRA; CAVALCANTE, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD – (2007), o DM não é uma doença única, mas um conjunto heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, sendo essa hiperglicemia resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção ou em ambos.

O DM, atualmente, é classificado pela sua etiologia e não mais pelo tipo de tratamento, e possui quatro tipos: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda existe 2 categorias definidas como pré diabetes: glicemia de jejum alterada e tolerância a glicose diminuída, essas 2 categorias não são entidades clínicas, porém são fatores de risco para o surgimento do DM e doenças cardiovasculares (LYRA; CAVALCANTE, 2006).

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1), se encontra em 5% a 10% dos casos e é resultado de uma destruição das células beta pancreáticas com conseqüente deficiência de produção de

insulina. Essa destruição das células beta freqüentemente está associada a processo auto-imune e fatores genéticos (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

O tipo 2 (DM2) está presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por deficiência na ação e secreção da insulina. Normalmente, ocorrem quando a hiperglicemia já está instalada. A maioria dessas pessoas apresenta sobrepeso ou obesidade e raramente ocorre cetoacidose. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum ser diagnosticado após os 40 anos, pois a partir dessa idade as pessoas tendem a ser mais sedentárias. Essas pessoas não dependem de insulina exógena para sobreviverem, porém podem necessitar desse tratamento para obter um bom controle metabólico (SBD, 2007).

Os outros tipos específicos de DM são raros e estão incluídos nessa categoria: defeitos genéticos na função das células beta, e na ação da insulina ou doenças do pâncreas exócrino (LYRA; CAVALCANTE, 2006).

O DM gestacional ocorre quando há qualquer intolerância à glicose, com início ou diagnóstico durante a gravidez, em 1% a 4% de todas as gestações e está associado, assim como o DM2, à resistência a insulina ou diminuição da função das células beta (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

Os critérios empregados para o diagnóstico são verificação da glicose plasmática em jejum e o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) após administração de 75 g de glicose anidra, com dosagem da glicemia plasmática no momento inicial do teste e cento e vinte minutos após a ingestão da glicose. Os valores de glicemia plasmática para diagnóstico do DM são: em jejum, igual ou superior a 126 mg/dL; e 120 minutos após uso de 75g de glicose (TOTG) igual ou superior a 200 mg/dL (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Atualmente, o DM está sendo considerado uma epidemia. Em 1985, estimava-se que existissem 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em apenas 10 anos, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção para chegar a 300 milhões em 2030. Cerca de dois terços dessas pessoas, com DM, vivem em países em desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

O número de mortes atribuídas ao DM, no mundo, gira em torno de 800 mil/ano, entretanto, a SBD (2007) afirma que os dados de mortalidade por essa patologia é subestimado, pelo fato de serem suas complicações, principalmente as cardiovasculares e cerebrovasculares as principais causas de morte. A maioria desses óbitos ocorre em pessoas economicamente ativas. Segundo a Organização Panamericana de Saúde - OPAS - (2003) 4 milhões de morte por ano são atribuíveis às complicações do diabetes.

O Brasil está entre os 10 principais países do mundo em termos de prevalência do diabetes segundo a OPAS (2003). Sendo que os dados de prevalência em relação ao DM, no Brasil, ainda são pouco precisos e desatualizados, tendo em vista que o país dispõe de um único estudo multicêntrico, realizado, pelo Ministério da Saúde – MS -, em 1988, em 9 capitais do país, com uma amostra de 21,5 mil pessoas. A prevalência do DM foi de 7,6% em pessoas com idade entre 30 e 69 anos (MALERBI; FRANCO, 1992).

O DM2 atinge aproximadamente cerca de 5 milhões de pessoas e provoca, anualmente, em torno de 25 mil mortes no Brasil, segundo comentam Peters e colaboradores (2004). A elevação da mortalidade progride com a idade, sendo que em pessoas idosas, acima dos 60 anos, a taxa de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes), no país foi de 181,1 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

A projeção para 2025, no Brasil, é de cerca de 11 milhões de diabéticos, o que representa mais que o dobro da taxa atual (OPAS, 2003). Porém, estima-se que a prevalência do DM2 já gira em torno dos 15 milhões (OLIVEIRA, 2003).

Baseado nesses números alarmantes o MS desenvolveu, no Brasil, o Primeiro Plano Nacional de Educação e Controle do Diabetes, que promoveu a criação de Programas de diabetes na maioria dos municípios brasileiros. Segundo Oliveira e Milech (2004), posteriormente, o MS criou o Plano Nacional de Reorganização à Atenção da Hipertensão e Diabetes Mellitus, com o propósito de contribuir para a redução dessas morbimortalidades, e melhorar o atendimento das pessoas com essas patologias.

Os fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes tipo 2 são: idade superior a 45 anos, história familiar de DM, hipertensão arterial, DM gestacional prévio, macrosomia fetal ou história de abortos de repetição e uso de drogas hiperglicemiantes. Além desses fatores há os de risco ambientais como: obesidade, sedentarismo, tabagismo, etilismo e o stress. Alguns grupos étnicos, também são mais acometidos por DM2, como índios americanos, afro-americanos, hispânicos, asiáticos e habitantes de Ilhas do Pacífico. No Brasil, a comunidade nipo-brasileira, que tem DM, quase dobrou em menos de 10 anos, passando de 18,3% em 1993 para 34,9% em 2000 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Segundo Lyra e Cavalcante (2006) e Oliveira e Milech (2004), o aumento crescente do DM2 deve-se ao crescimento da migração e da urbanização após a industrialização, levando a mudanças de hábito e de estilo de vida, associados ao aumento ponderal e envelhecimento populacional.

O aumento da expectativa de vida da população, a diminuição da natalidade e mortalidade, a redução das morbidades por doenças infecciosas levou ao incremento das

doenças crônico degenerativas (LESSA, 1998). A autora, ainda sinaliza que em 1994, último ano em que as estatísticas de mortalidade estão acessíveis, no Brasil, o DM2 era a 4ª causa básica de óbito.

Apesar da alta prevalência da doença, das incapacitações que provocam e das novas tecnologias diagnóstica e medicamentosa ainda existem, várias pessoas, com DM2 que estão sem o tratamento adequado. Isso faz com que essas pessoas fiquem expostas às complicações, mortes prematuras e aumento dos custos no controle da doença (SILVA, 2004). Somado a tal fato, conforme salientam Souza e Pierin (2002) e Lyra e Cavalcante (2006), como o DM2 muitas vezes, não manifesta os sintomas, costuma ser desconhecido em quase metade das pessoas, situação que é comum em todo o mundo.

Sabe-se que um tratamento intensivo e adequado, juntamente com uma monitorização glicêmica contínua, contribui para prevenção do surgimento ou da progressão das complicações crônicas conforme foi demonstrado nos estudos The Diabetes Control and Complications Trial (1993) com pessoas com DM1 e pelo United Kingdom Propective Diabetes Study (1998) com pessoas com DM2.

A ciência tem se empenhado para encontrar soluções, contribuindo significativamente para a definição mais precisa da doença; sua detecção precoce; seus antecedentes genéticos e ambientais; suas repercussões sociais e econômicas; seus efeitos sobre a saúde pública, a qualidade de vida e as incapacitantes complicações, tornando-as importantes para o planejamento e prestação dos serviços de saúde. Porém, com todo este avanço na ciência, ainda nos deparamos com um número grande de pessoas com DM2 sofrendo com os efeitos das complicações agudas e crônicas decorrentes de um controle inadequado (OLIVEIRA; MILECH, 2004). Somado a tal fato, percebe-se a falta de apoio/suporte, de compaixão, de escuta que estas pessoas enfrentam, muitas vezes negam a doença e encontram dificuldade em mudar seus comportamentos, que torna mais grave sua situação de vida.

2.2 SEGUIMENTO TERAPÊUTICO E CONTROLE GLICÊMICO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

O DM2 por ser uma doença crônica requer cuidados permanentes com a saúde e, portanto a pessoa com diabetes deve seguir um plano terapêutico proposto pela equipe multidisciplinar com vistas a melhorar sua qualidade de vida e prevenir as complicações crônicas.

Segundo Lyra e Cavalcante (2006, p. 213) “o diabetes mellitus (DM) é uma doença grave, debilitante e que requer tratamento contínuo. Sua presença agrava o prognóstico de doenças concomitantes, aumentando a morbimortalidade. Necessita de cuidados permanentes e educação do paciente”.

Acredita-se que o seguimento do plano terapêutico pela pessoa que tem diabetes possa levá-la à prevenção de complicações agudas e crônicas, relacionadas à doença, favorecendo a sua qualidade de vida. Sendo assim, tal seguimento é fundamental para a obtenção de um bom controle glicêmico (CAIXETA, 2007; SABATÉ, 2004).

Para Lessa (1998) o objetivo do tratamento de qualquer doença crônica, inclusive o DM, devido a sua longa duração, é o seu controle, como forma de prevenir as complicações e co-morbidades, identificar as necessidades do paciente e, acima de tudo, evitar a mortalidade precoce.

As pessoas que possuem doenças crônicas, na sua maioria, têm uma baixa adesão ao tratamento, e aqueles com DM2 não poderia ser diferente. Tal fato, provavelmente, deve-se porque as doenças crônicas interferem profundamente nos hábitos de vida da pessoa. Essa falta de adesão aos tratamentos a longo prazo, não é um problema só no Brasil, mas mundial (LEITE; VASCONCELOS, 2003; OPAS, 2003). Em países desenvolvidos, cerca de 50% dos pacientes crônicos não aderem ao tratamento e, acredita-se que em países em desenvolvimento, as taxas sejam ainda maiores, tendo em vista a escassez de recursos sanitários e as inequidades do acesso aos serviços de saúde (CAIXETA, 2007; SABATÉ, 2004).

Para Péres e colaboradores (2007) um dos maiores problemas encontrados pelos profissionais de saúde no processo de intervenção com pacientes diabéticos é a baixa adesão ao tratamento, fenômeno recorrente no tratamento de doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida.

A não adesão ao tratamento pode ser proveniente de diversos fatores, os relacionados ao próprio paciente; às questões socioeconômicas; aos serviços de saúde, ao médico ou a equipe; reação adversa ao tratamento e ao estágio da própria doença, complicações ou a presença de co-morbidades (LEITE; VASCONCELOS, 2003; LESSA, 1998).

Para Lessa (1998), adesão é o grau de seguimento dos pacientes à orientação médica, e pode referir-se ao tratamento, às consultas ou a ambas. Segue dizendo que existem várias formas de avaliar a adesão ao tratamento, dentre elas: adesão às consultas, aos tratamentos terapêuticos, às mudanças de estilo de vida, aos horários das medicações e das refeições, à realização de automonitorização glicêmica, o tempo de duração da doença, além de outros que não dependem do próprio paciente como dito anteriormente.

Leite e Vasconcelos (2003) comentam que a adesão à terapêutica vem sendo amplamente discutida entre os profissionais de saúde por se tratar de um ponto importante para a efetividade de um tratamento. Referem, também, que inexistente um consenso sobre o conceito, e que os termos mais utilizados na língua inglesa são *compliance* e *adherence*, sendo diferentes os seus significados, o primeiro pode ser traduzido como obediência, o que presume um papel passivo do paciente e o segundo é utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas ao adotarem ou não certas recomendações.

Sabaté (2004) vai mais adiante e define aderência terapêutica como sendo o grau que o comportamento de uma pessoa – tomar medicamento, seguir um plano alimentar e executar mudanças no modo de vida – corresponde com as recomendações mutuamente acordadas entre essa pessoa com o profissional de saúde.

Existem duas maneiras de se avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, através dos métodos diretos e dos indiretos. Sendo que a primeira forma é baseada em técnicas analíticas que verificam se o medicamento foi administrado ou tomado na dose correta através de marcadores químicos ou metabólitos do medicamento. A forma indireta inclui entrevistas e a contagem das unidades de medicamentos que o paciente ainda possui. A vantagem deste último método é a acessibilidade e custo baixo, porém, tem como desvantagem da fidedignidade, pois o paciente pode omitir informações (LEITE; VASCONCELOS, 2003; SABATÉ, 2004).

Neste estudo, o enfoque quanto à adesão, foi dado ao seguimento das pessoas aos tratamentos terapêuticos medicamentoso e não medicamentoso, e a monitorização glicêmica. A alimentação adequada e a atividade física regular são importantes componentes do planejamento terapêutico dos pacientes diabéticos considerados, inclusive, como terapias de primeira escolha, conforme salienta Lyra e Cavalcanti (2006). Somente quando o controle glicêmico não é obtido é que lança-se mão da terapêutica medicamentosa.

Desta maneira, os programas que possuem uma equipe multiprofissional são os mais adequados para ajudar pessoas com DM a alcançar o controle metabólico, tendo em vista que melhoram a adesão do paciente e são mais econômicos do que deixar a pessoa com DM2 aos cuidados exclusivos do profissional médico, no nível primário da assistência (LESSA, 1998; MATOS et al., 2005).

Assim os profissionais de saúde devem participar ativamente e serem facilitadores no que se refere ao manejo do DM2, motivando essas pessoas e ajudando-os a melhorar sua qualidade e estilo de vida. Segundo Souza e Pierin (2002), a equipe multidisciplinar, de uma forma geral, deve ter como desafio o controle das doenças crônicas, devendo atuar abordando o cliente no âmbito biopsicossocial e espiritual, tendo sempre como objetivo o auto-cuidado e a

prevenção das complicações. O tratamento deve ser diferente da visão tradicional, que é voltado somente para o aspecto curativo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS - (2003) os profissionais de saúde que trabalham com doenças crônicas, precisam de habilidades avançadas em comunicação; conhecer técnicas de mudança de comportamentos e possuir habilidades de aconselhamento.

Neste sentido, pudemos perceber que a não adesão ao tratamento pode, também, estar fundamentada na má qualidade da relação entre paciente / profissional de saúde. Deste modo, é importante que esta relação seja redefinida de acordo com as particularidades de cada pessoa que tem diabetes.

Uma maneira de melhorar a adesão ao tratamento é a criação de grupos de apoio e educação. Segundo Weber (2005) esses grupos compostos por pacientes, familiares e profissionais de saúde além de servirem para aumentar o conhecimento das pessoas quanto a sua patologia pode servir, também, como suporte psicoterapêutico, visto que proporcionam oportunidades de trocas afetivas, expressão de sentimentos negativos como medo e raiva, de insatisfação com o diagnóstico e com os preconceitos da sociedade. A autora ressalta a importância dos grupos de apoio, como um momento que a pessoa enferma tem para ser escutado e trocar experiências com as outras pessoas enfermas, diminuindo, desta maneira, os sentimentos de angústia, injustiça e revolta desencadeados pela doença, auxiliando no manejo das crises futuras e na adesão à terapêutica.

Como se pode perceber o diabetes afeta muitos aspectos da saúde e da vida cotidiana do indivíduo, mas felizmente, é possível administrá-lo, especialmente se o paciente tiver o apoio de uma equipe integrada, que o auxilie na adaptação à doença, a um novo estilo de vida e ajuste sua rotina sempre que necessário.

Essa doença interfere no modo de vida das pessoas, pois, além de ter forte ligação com os hábitos dessas pessoas, existe certo preconceito com a doença, talvez, pelo fato de implicar em uma série de complicações crônicas, utilização de insulina e necessidade de realização dos testes de glicemia, visto que provocam incômodo.

Para Guerra (2006), a maioria das pessoas com diabetes, inicialmente, passa por uma fase em que o comportamento mais freqüente é o de negar a doença. É nesse momento que se ouve as expressões como: “não tenho diabetes, só estou com a glicemia alterada”, “como posso ter diabetes se não sinto nada?”. A autora afirma que, no início, essa negação se faz necessário para que a pessoa possa ter um tempo para ajustar sua mente, e começar a elaborar estratégias de enfrentamento da nova realidade que se inicia.

Segundo Heleno e Malerbi (2007), algumas pessoas com DM não conseguem manter a saúde física e psíquica e, normalmente, negam a doença, sendo a pior forma de enfrentar o problema. Alertam que reconhecer a severidade da doença permite criar estratégias para enfrentar e superar as barreiras que impedem o tratamento.

Vale salientar que, geralmente, a negação vem junto com a raiva. Na realidade, essas emoções precisam ser trabalhadas e superadas para que a pessoa consiga aceitar a doença. O alcance e manutenção da aceitação do diabetes levarão a uma diminuição dos sentimentos de ansiedade e insegurança; o aumento do amor próprio e da confiança em si mesmo; melhor adesão ao tratamento; um melhor controle da glicemia e, por consequência, uma melhor qualidade de vida (GUERRA, 2006).

Deste modo, os profissionais de saúde devem trabalhar juntamente com o paciente para melhorar a aceitação da doença, favorecendo o seguimento terapêutico e melhorando a qualidade de vida dessas pessoas. Francioni e Silva (2007) procuraram identificar os elementos que influenciavam no viver de pessoas com DM2 e concluíram, que dentre esses elementos, estão à aceitação da doença, o apoio familiar, a incorporação dos cuidados no cotidiano, a disposição na superação de dificuldades e a manutenção do trabalho.

Necessariamente, ter saúde, mesmo com diabetes, e um bom controle glicêmico não só depende da realização correta do tratamento e do seu sucesso, mas, também, da maneira como a pessoa convive com sua condição de saúde, de conhecer suas possibilidades e limites, do apoio que recebe das pessoas ao seu redor e da ampliação dos conhecimentos baseadas no diálogo, em que a pessoa possa se expressar e construir novas maneiras de lidar com sua doença (FRANCIONI; SILVA, 2007; HELENO; MALERBI, 2007).

Nesse caso, o controle glicêmico está intimamente relacionado com a aceitação da pessoa diabética com o seu estado de saúde. A percepção da doença pelas pessoas com diabetes é influenciada pela situação que estão passando. Para Caixeta (2007), a dificuldade em aceitar a condição de doente crônico pode levar, muitas vezes, a pessoa que tem diabetes a não mais retornar ao atendimento ambulatorial e a consulta médica.

Para que se consiga um bom controle glicêmico, devido à sua complexidade, vários fatores devem ser levados em consideração dentre eles, os aspectos psicológicos (HELENO; MALERBI, 2007). Maia e Araújo (2004) avaliando o perfil psicológico de pacientes com DM1 sobre os níveis glicêmicos constataram que a glicemia média foi significativamente maior naqueles que tinham vergonha em assumir a doença. A negação da doença foi maior nos que tinham mais de 5 anos de diagnóstico. Sinalizaram, ainda, a

importância da abordagem psicológica e multidisciplinar ao paciente com DM para tentar fazê-lo compreender e aceitar a doença, e melhorar a qualidade de vida.

Munõz, et al. (2003) comentam que as doenças crônicas, dentre elas o DM, causam limitações que muitas vezes não são aceitas pelos indivíduos por falta de conhecimento de como enfrentá-las. Ressaltam, também, a importância do cuidado sensível por parte da equipe de saúde e da família.

As autoras, ainda, objetivaram descobrir as vivências e convergências entre três doenças crônicas, hipertensão arterial; diabetes mellitus e doenças osteoarticulares e emergiram das falas 5 categorias: perda do bem-estar e suporte social; medo da invalidez e morte; valorização de medicinas alternativas; percebendo o familiar; e aceitando a doença crônica.

Enfim, por maior esforço que a equipe de saúde faça para tratar/cuidar das pessoas que têm DM2, se os aspectos psicossociais e impacto da doença não forem levados em conta, isto pode dificultar a evolução no atendimento ambulatorial, repercutindo, desta forma, em uma menor adesão ao tratamento, piora no controle glicêmico e aumento no número de complicações crônicas. Uma aproximação dos profissionais da saúde com o mundo, os valores e a compreensão de quem vive a doença, poderá contribuir para o desenvolvimento de uma comunicação mais efetiva, a partir de situações expressas por quem convive com DM2.

3 CUIDADO DE ENFERMAGEM

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DO CUIDAR

Waldow (1998) refere que todos os seres humanos cuidam; cuidam de si, dos outros, da família, do planeta, dos bens materiais, de animais e plantas. O cuidar neste sentido é visto como um ato de compaixão, solidariedade, afeto, atenção e amor.

O cuidar existe desde o início da humanidade, porém, com um saber indiferenciado, dominado, feminino e associado ao doméstico. Havia uma inter-relação das práticas de cuidar e curar. O cuidar era concebido como atividade feminina desenvolvida por religiosas, com representação de trabalho doméstico, tinha um caráter filantrópico e caritativo, sem o poder público (ROSSI, 1991).

Na antiguidade o cuidar era uma atividade ligada ao misticismo, em função das várias crenças ligadas à natureza, aos espíritos, e aos poderes dos deuses (WALDOW, 1998). Este cuidado era visto como recurso para permitir às pessoas ultrapassarem as passagens da vida, com intuito de manter sua continuidade (COLLIÉRE, 2003).

Nas civilizações antigas, como às da Babilônia, Roma e Grécia as mulheres eram responsáveis pelo parto. Era requerido das pessoas cuidadoras, humildade, paciência e obediência. Nessa época o objetivo era oferecer conforto e abrigo, não havendo uma preocupação com a cura das doenças. As mulheres continuaram a realizar partos, durante toda a Idade Média (WALDOW, 1998).

Durante o período das cruzadas, conforme salienta a autora, vários hospitais foram construídos para prestar cuidados a guerreiros e doentes, e eram os militares e as religiosas que prestavam esse cuidado. Já na época Cristã, os males do corpo não eram alvo de muita preocupação. Sendo que, nos séculos XII e XIII, ressurgiu o interesse pelo corpo e o cuidado prestado, tinha como objetivo aliviar o sofrimento das pessoas. Com o desenvolvimento do conhecimento médico, o corpo passa a ser valorizado e o cuidar também, pois, auxiliava a cura.

No séc. XVI, no Brasil, surgem às primeiras Santas Casas de Misericórdia, para acolherem os excluídos, desvalidos, pobres e doentes e, no século seguinte, cria-se a Santa Casa da Bahia. Era pela irmandade que a arte de cuidar se realizava em relação aos pobres. Não havia assistência médica nem farmacêutica. O cuidado até o séc. XVII estava ligado à religião e era relacionado à ação social. A partir do séc. XIX as irmãs de caridade foram expulsas dos hospitais, e o governo republicano convidou as enfermeiras francesas para

exercerem a arte do cuidar. Em 1890 foi criada a primeira escola para enfermeiros; era o início de um cuidar transformado, domesticado e dominado pelo curar (ROSSI, 1991).

Para Collière (2003, p.242), cuidar é “ajudar as pessoas a viver permitindo-lhes superar, ultrapassar as suas dificuldades ou compensar a sua deficiência, a sua doença [...]”. A autora salienta, também, que a vida é repleta de movimento e transformação e é este movimento que dá lugar a todo tipo de representação simbólica. Desde o nascimento até a morte; a vida é marcada por uma sucessão de passagens. Sendo passagem vista como a transposição de uma etapa para outra.

A passagem é uma prova de adaptabilidade, de ajustamento, porque nos faz passar:
 - Do que conhecemos... ao que ainda não conhecemos ou conhecemos parcialmente
 - Do que somos... àquilo em que nos vamos tornar, o que implica desestabilização e insegurança em relação ao que conhecíamos e aos hábitos adquiridos. Isto perturba as reações do nosso corpo, mas também as emoções... os sentimentos... Qualquer grande passagem da vida, reveste ao mesmo tempo: Um carácter biológico, afectivo e social ... a que se ligam símbolos carregados de significações (COLIÈRE, 2003, p. 175).

E, dentro deste contexto, a enfermeira é de extrema importância, visto que pode e deve ajudar a pessoa a passar os momentos difíceis de sua vida de forma mais confortável e participativa, ajudando-a a preservar e recuperar a saúde e/ou prevenir as doenças.

Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001) conceituam cuidado como tratamento e atenção dispensada ao indivíduo seja no aspecto físico, psíquico e espiritual. E afirmam que o objeto da enfermagem é a prestação da assistência à saúde visando mudanças que resultem em bem-estar para as pessoas que vão à busca desta assistência e cuidado.

Segundo Waldow (2006), a enfermagem é a profissão que mais tem nos últimos tempos discutido e investigado sobre o cuidar. Cuidar que, segundo Rossi (1991), é imaginar, pensar, meditar, refletir, ter cuidado, considerar-se, ter cuidado consigo mesmo e com sua saúde.

A finalidade desse cuidado é atender as necessidades relacionadas à manutenção da saúde dos indivíduos, sendo que os seres humanos requerem acolhimento, interação, compreensão e apoio (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

Desde modo, as ações de enfermagem devem, sempre, estar pautadas no cuidado dos seres humanos. O cuidar envolve um processo de interação que está baseado em valores e conhecimento do ser que cuida para o ser que é cuidado, com a conjugação de expressões de interesse, sensibilidade e respeito, demonstrada por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques (WALDOW, 1998). Segundo Collière (1989, 235 p.) cuidar é “[...] um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um ato de

reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa [...] que tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.”

O cuidado de enfermagem se caracteriza por uma experiência vivida, comunicada intencionalmente numa presença autêntica através de uma inter-relação pessoa a pessoa (WALDOW, 2006). Para Collière (2003), a enfermeira quando cuida deve considerar a inter-relação existente entre as condições de vida do paciente e da família, o seu nível educacional e sua capacidade de adaptação.

Para Silva; Rodrigues e Vale (2005), a enfermagem tem como foco o ser humano, nas suas dimensões físicas, sociais, psicológicas e culturais, e como prática, a perspectiva do cuidar. Cuidar que se forma e transforma como afirma Azevedo (2002), ao longo dos anos, procurando adequar-se à realidade de cada época.

Neste sentido, a enfermagem é uma atividade complexa que tem como ações básicas: o gerenciamento, a educação em saúde e o cuidado (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001). Neste estudo, o enfoque será dado sobre as ações de educação em saúde para o autocuidado, desenvolvidos por enfermeiros, para as pessoas que têm diabetes tipo 2.

3.2 CUIDAR DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: FOCO NAS AÇÕES DE ENFERMAGEM

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN - (2000) a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Deste modo, no cuidado à pessoa com problema crônico de saúde, inclusive aqueles com diabetes, a enfermeira deve atuar em todos os níveis de atenção, tanto na promoção da saúde quanto na prevenção primária, secundária e terciária.

No entanto, Collière (2003, p. 149) salienta que as enfermeiras, de uma forma geral, não estão preparadas, ainda, para elucidar o que descobrem das pessoas e da doença de que sofrem, [...] “a pessoa cuidada é feita *objecto* e desinserida dos laços de significação simbólica que marcam a sua existência [...]”.

A interação paciente–enfermeira que parte de um cuidado humanizado, individualizado e sensível, tão discutido hoje em dia, é imprescindível para o bem estar, confiança e adesão do paciente.

Isto significa que as ações de enfermagem têm que estar pautadas no cuidado e na interação. O cuidar envolve e remete-nos a interação. Esta ação está baseado em valores e conhecimento do ser que cuida para o ser que é cuidado. Devem conjugar expressões de interesse, sensibilidade e respeito, demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques (WALDOW, 1998).

A enfermeira é uma das profissionais de saúde, com grande importância na equipe multidisciplinar, para tratar/cuidar da pessoa com diabetes. O seu papel é o de ajudar no seguimento terapêutico, na aceitação de sua nova condição de vida, no estímulo ao autocuidado e, facilitar o entendimento da pessoa sobre seu problema de saúde.

Collière (2003) refere que a doença é um acontecimento difícil na vida do ser humano, e requer uma série de cuidados, de conforto, alívio e manutenção das forças. As pessoas com doenças crônico-degenerativas, a exemplo do diabetes, requerem cuidados constantes de encorajamento e conforto como forma de estímulo à sua segurança e independência. Pois, a doença crônica por ter caráter permanente, impõe alterações constantes no estilo de vida das pessoas.

Assim, o comportamento saudável e a percepção da pessoa com diabetes em relação às suas condições de vida irão depender muito das experiências pessoais de cada indivíduo e das interações sociais existentes. Para cada pessoa, a doença terá um significado e, conseqüentemente, uma forma de reação. Nesse sentido, é fundamental que a enfermeira atue de forma a considerar o cliente dentro do seu contexto familiar, proporcionando suporte emocional e estando atenta aos valores e crenças individuais em relação a saúde-doença e quanto à vida em família e nas suas relações sociais.

O surgimento do diabetes leva a pessoa a ter uma série de questionamentos e dúvidas em relação ao seu futuro. Deste modo, cuidar desta pessoa, com diabetes, é um desafio e requer conhecimento e habilidade para ajudá-la a se desenvolver, crescer e se realizar. Para Waldow (2006), todo cuidado deve envolver uma relação de compromisso e, quando se cuida, promove-se bem-estar ao outro.

Como o tratamento do diabetes é complexo, em alguns casos não basta apenas seguir o tratamento proposto e aceitar a doença para se ter o controle glicêmico. Desta maneira, Collière (2003, p. 243) conceitua cuidar como sendo uma forma de “ajudar as pessoas a viver permitindo-lhes superar, ultrapassar as suas dificuldades ou compensar a sua deficiência, a sua doença” e acrescenta que é um “ato simples com objetivo de identificar e depois responder a todo o tipo de pequenos problemas e dificuldades da vida antes que estes se agravem”.

Pode-se afirmar que a nova concepção sobre saúde, da OMS, refere que quando surge à doença, necessariamente não se perde a saúde, mas que ocorre uma alteração e modificação desta. Dessa maneira, quando surge à doença não devemos focar apenas nela, e sim dar importância ao que resta de saúde, de vida, também, “[...] podemos viver sem tratamentos, mas não sem cuidados” (COLLIÈRE, 2003, p.179).

Zimmerman e Walker (2002), afirmam que, a função do enfermeiro na equipe de saúde é o de aconselhar a pessoa com diabetes sobre o autocuidado, inclusive como seguir a dieta, tomar os medicamentos e estimular a auto-monitorização da glicemia.

O autocuidado é uma necessidade de toda pessoa humana. Orem em sua teoria sobre o autocuidado, conceitua-o como sendo a prática de atividades iniciadas e executadas pela pessoa em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do seu bem-estar (FOSTER, 1993).

Segundo a autora, para Orem, a enfermeira deve agir quando existe déficit de autocuidado da pessoa. E pode atuar de cinco maneiras diferentes; agindo pela pessoa; guiando-a; apoiando-a; ensinando-a ou proporcionando um ambiente que promova o desenvolvimento dessa pessoa. Ressalta que o sistema apoio-educação, em ambulatório, é o mais utilizado para a pessoa com diabetes.

Conforme salientam Smeltzer e Bare (1999), a pessoa com DM requer uma vida inteira de comportamentos especiais de autocuidado, pois tanto o plano alimentar, quanto a atividade física e o estresse emocional podem afetar o controle glicêmico das pessoas que devem aprender a balancear estes vários fatores. Eles devem aprender as habilidades de cuidados diários, como também, devem incorporar ao seu estilo de vida muitos comportamentos para evitarem as complicações a longo prazo.

Deste modo, a educação em saúde é um dos pontos fortes, desenvolvido pela enfermeira, para melhorar o entendimento das pessoas que têm diabetes sobre a sua patologia e sobre a importância do autocuidado. Esta deve esclarecer sobre a importância do controle glicêmico; da monitorização da glicemia; do seguimento da prescrição médica e do plano alimentar e físico, assim com em relação à prevenção das complicações do DM e melhora da sua qualidade de vida.

Os pioneiros na área de diabetes, E.P. Joslin e R.D. Lawrence, desde a década de 1920, já preconizavam a educação do diabético como fator importante para o tratamento e foi Joslin quem deu início ao papel da enfermeira como educadora em diabetes (CAVINATTO, 2003).

Segundo a autora, somente na década de 1970 que surgiram estudos correlacionando educação do paciente diabético com redução das complicações. E, neste momento, a

educação passa a fazer parte do tratamento. Porém, ressalta que o controle do diabetes, em grande parte, depende da própria pessoa.

O objetivo da educação em saúde é transformar a consciência individual ou coletiva, de modo que as pessoas possam fazer escolhas. É importante valorizar a autonomia e a liberdade neste momento, pois, o processo de educar lida com valores, crenças e significações e, a comunicação afetiva é primordial, neste processo. Deste modo, deve-se conhecer primeiramente, a realidade, vivência e significados das coisas e dos objetos para direcionar o ensino (CAVINATTO, 2003; LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001; PÉRES et al., 2007). Segundo Collière (2003), devemos antes de tudo saber ouvir, em vez de perguntar e saber recolher informações sem emitirmos nossos juízos de valor.

Para Silva (2001) a aproximação com os significados da doença e de como ela é vivida pelas pessoas, apóia uma nova abordagem de educação em saúde, “deixando de ser prescritiva para ser dialógica”. Pois não é o profissional de saúde que deve determinar o que deve ser feito, e sim, no compartilhar de conhecimentos que ambos têm sobre o diabetes que poderão ser traçados caminhos que favoreçam um viver melhor e com mais qualidade de vida para as pessoas que têm diabetes.

É possível inferir que o enfoque da abordagem educativa não deve se restringir apenas à transmissão de conhecimentos é importante englobar os aspectos emocionais, sociais e culturais que influenciam no seguimento do tratamento, sem esquecer-se de incluir a família no tratamento do paciente

Para Mussi (2003, p.94) todo programa de educação em saúde deve ser voltado para uma comunicação que valorize o saber do outro, pois “[...] excluir o sentido que a população atribui às questões tratadas pelos programas educativos, a comunicação [...] não se operará dentro de um mesmo universo conceitual, gerando conflito entre as orientações técnico-científicas e as ações populares”.

Saviani (1986) entende a educação em saúde como um processo que visa à promoção do indivíduo e o torna cada vez mais capaz de conhecer elementos de sua realidade para poder intervir e transformá-la no sentido de ampliar a liberdade, a comunicação e a colaboração entre os seres humanos.

Qualquer pessoa com DM2 pode levar uma vida normal, saudável e longa, se auto cuidando, pela aprendizagem contínua acerca de seu problema. Toda pessoa tem o direito de saber o que precisa ser feito para melhorar sua qualidade de vida e o que existe a sua disposição para manter o seu controle glicêmico.

Segundo Reis, Bachion e Nakatani (2005), uma das estratégias de tratamento do diabetes é a educação em saúde que pode criar um ambiente propício para abordar sobre a importância da modificação no estilo de vida, suspensão do fumo, aumento da atividade física e reorganização dos hábitos alimentares.

Desta maneira, o enfermeiro pode e deve estar motivando os pacientes a atingir esses objetivos. Segundo o código de ética da profissão é dever do enfermeiro colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa e familiares sobre o seu estado de saúde, bem como, do seu tratamento, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer (COFEN, 2000).

A educação em saúde tem uma importância crucial, sendo considerada como componente chave tanto para a prevenção das complicações como para o próprio tratamento em si. Porém, conforme salienta Mussi (2003, p. 95), devemos saber que educar não é meramente emitir mensagens, pois isso necessariamente não promove mudanças de atitudes. Antes de mais nada devemos

conhecer os significados que motivam as ações individuais e coletivas e a maneira como as pessoas se apropriam do conhecimento que circula na sociedade sobre saúde e doença, remodelando-o. Todos temos explicações e usamos recursos para combater as doenças, o que variam são os fundamentos das crenças e das ações referentes a elas.

Segundo Cavinatto (2003), de uma maneira geral, os primeiros trabalhos de educação possuíam um caráter somente biologicista, com a transmissão de conhecimento sobre a doença a principal meta a ser alcançada. Porém, esta forma de educação não surtia efeitos e as complicações crônicas cresciam fazendo os estudiosos repensarem a prática e despertarem para novas iniciativas educacionais sobre o diabetes. Estudos que abordassem não só os aspectos biológicos, mas também os psicossociais.

Considerando-se que o tratamento da DM2 é em longo prazo, ou para toda a vida, e que não são, em muitos casos, necessárias visitas freqüentes ao médico, o enfermeiro pode ser o coordenador das ações para o seguimento do cliente, o que, inclusive, pode diminuir o custo do seu tratamento conforme salienta Souza e Pierin (2002).

Cavinatto (2003) e Silva (2004) comentam sobre a tendência atual de conduzir a pessoa a ser co-participante das questões de promoção de saúde, devendo este receber orientações para transformar-se em agente de auto-cuidado através de uma participação ativa. Desse modo, interfere positivamente no seu tratamento e atinge conseqüentemente, uma maior independência.

Esta ação privilegia o enfrentamento da doença, que é um tanto penosa, e faz com que as pessoas se responsabilizem por sua saúde, não delegando toda responsabilidade a equipe

que o trata, e aos medicamentos (CAVINATTO, 2003; MUSSI, 2003). A teoria do *empowerment*, segundo Cavinatto (2003) parte desse pressuposto, estimula a responsabilidade pessoal do paciente em seu cuidado aumentando, dessa maneira, sua autonomia e participação nas tomadas de decisões.

Para Francioni e Silva (2007), negociar alterações das regras de controle do diabetes possibilita à pessoa se perceber, ainda, no comando de sua vida, o que a torna mais participante, responsável e consciente de que suas ações têm repercussão tanto na promoção da sua saúde quanto no avanço das complicações crônicas.

Nesse sentido o enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional, tem que procurar interagir com os pacientes, buscando criar vínculos e laços de confiança. O relacionamento interpessoal é de fundamental importância quando se trabalha com pessoas com doenças crônicas e que necessitam de mudanças de hábito.

Para Cavinatto (2003), Paulo Freire é um dos estudiosos na área da educação, que muito tem contribuído para uma abordagem mais problematizadora, baseada na dialogicidade. Sua abordagem tem uma forte tendência interacionista permitindo que o homem se torne sujeito de sua ação sem jamais desvincular o pensar e o fazer, neste sentido percebe-se a importância da horizontalização nas relações entre os atores participantes do processo.

Para exemplificar a prática da enfermeira, junto a pessoas com DM2, Munõz, et al. (2003) comentam que o cuidado oferecido por essa profissional representou um grande apoio para elas, pois de forma delicada, possibilitou uma escuta atenta. Outra dimensão abordada foi à relação empática estabelecida entre elas. Destacam, de forma especial, as enfermeiras e os significados da relação paciente-enfermeira no âmbito verbal e não verbal. As autoras seguem dizendo que, na maioria dos discursos, foi evidenciado a visibilidade das enfermeiras, por sua atitude humana e expressiva.

Assim, o cuidado que caracteriza a enfermagem deve ser uma experiência vivida, comunicada intencionalmente numa presença autêntica através de uma inter-relação pessoa a pessoa (WALDOW, 2006). Deste modo, deve-se primeiramente conhecer a pessoa – suas crenças, significados, valores - antes de lhe atribuir alguma doença (COLIÈRE, 2003).

Conforme estabelecido no código de ética da enfermagem a enfermeira deve prestar assistência à saúde visando à promoção do ser humano como um todo (COFEN, 2000). Deve tentar ultrapassar as barreiras do modelo biomédico, mecanicista, reducionista e buscar o modelo holístico, de visualizar o outro nas suas dimensões biopsicossocial, dimensões esta que entende as pessoas possuidoras de liberdade de ação, capazes de interagir e tomar decisões (CAVINATTO, 2003).

Deste modo, não devemos focar nossa atenção somente em uma dimensão do ser humano. Para Mussi (2003), a unidimensionalidade da intervenção médico-hospitalar não dá conta de atender as necessidades do paciente. A atenção centrada apenas na recuperação do órgão doente, sem levar em conta os aspectos psicossociais, não contribui para a prevenção secundária, ou seja, para a prevenção do agravamento da doença.

O comportamento saudável e a sua percepção com relação as suas condições de vida irão depender muito das experiências pessoais de cada pessoa e das interações sociais que estabelece. Para cada um, a doença terá um significado e, conseqüentemente, uma forma de reação.

Corroboro com Dupas, Oliveira e Costa (1997) quando dizem que devemos perceber a pessoa como um ser atuante, um produto inacabado, que também tem sua visão de mundo, que é modificada através de suas experiências individuais e coletivas, durante suas interações sociais.

Conforme salientam Welfer e Leite (2005), as ações de enfermagem, desenvolvidas junto à pessoa com DM2, e seus familiares, são de relevante importância para auxiliá-los diante das mudanças que podem ocorrer em suas vidas, ajudando-os a adaptar-se ao novo contexto e estimulando a prática do autocuidado.

Neste contexto se insere o profissional enfermeiro que tem competência técnica, emocional, administrativa e humana. Podendo estar à frente de grupos de gerenciamento e sessões educativas, contribuindo para o aumento do conhecimento, da segurança, do bem-estar e do autocuidado do paciente.

Pois saber controlar a taxa de glicemia é um grande estímulo para o gerenciamento da vida de uma forma geral. Quanto mais o paciente adquire conhecimento, se conscientiza da importância de seguir as orientações da equipe de saúde, poderão estar mais compensados e terão, conseqüentemente, menos probabilidade de desenvolver complicações agudas e crônicas do DM. Porém, os profissionais de saúde precisam direcionar suas ações evidenciando o diálogo, a compreensão, a co-responsabilidade e pactuação; criando possibilidades para que as pessoas com diabetes possam fazer escolhas e se sintam ainda no comando de suas vidas.

A equipe de saúde e os familiares são de grande importância para apoiar os pacientes nos momentos que se sentirem desanimados, inseguros ou até mesmo revoltados. Porém o diabetes por ser uma condição crônica requer acima de tudo uma estratégia de atenção que reflita esta circunstância e esclareça as funções e responsabilidades dos pacientes no gerenciamento de seus problemas de saúde. O tratamento clínico adequado é necessário, embora por si só não seja suficiente para se obter resultado ótimo de saúde. Os pacientes

precisam mudar seu estilo de vida, desenvolver outras habilidades e aprender a interagir com a equipe de saúde para terem êxito no gerenciamento de sua condição crônica.

As pessoas não devem ser vistas como receptores passivos de serviços de saúde. Faz-se necessário a participação ativa no tratamento e a enfermeira deve apoiá-los nesse sentido. É imprescindível que os pacientes desenvolvam com o pessoal da área de saúde um bom relacionamento e que esse vínculo se mantenha e reforce com o passar do tempo. A equipe de saúde deve garantir que os pacientes recebam informação e instruções adequadas para gerenciar sua condição crônica. Para que isso ocorra, as pessoas precisam estar inseridas em um ambiente onde se sintam à vontade para fazer perguntas e poder iniciar e manter uma postura de autocuidado.

Sabe-se que a qualidade da comunicação entre a pessoa com problema de saúde e o profissional de saúde influencia no seguimento terapêutico. Neste sentido, as enfermeiras devem procurar criar estratégias voltadas para um relacionamento interativo e humanizado para com as pessoas.

A modificação do estilo de vida não se instala magicamente, mas no decorrer de um percurso motivacional que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar suas expectativas de um futuro promissor e prolongado. É preciso considerar, ainda, que mudanças de comportamento tão significativas quanto as que se espera da pessoa com diabetes, não podem ser impostas e fazem-se, somente, ao longo do tempo com a compreensão da necessidade de mudança. Considerar e aceitar mudanças gradativas, dando reforço positivo aos comportamentos de autocuidado efetivamente realizados, ao invés de focalizar somente os que foram negligenciados, são atitudes que o enfermeiro deve ter para ajudar na modificação desejada do estilo de vida.

Nesse sentido, a enfermagem, na sua prática, lida com pessoas que expressam coisas muito particulares (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997). Por isto, se deve criar um ambiente propício de interação, de ajuda e de apoio, a fim de se ter uma boa relação interpessoal visando aumentar a confiança e contribuir para a melhora do bem-estar do cliente.

Deste modo, o enfermeiro é um dos profissionais de saúde que pode estar ajudando e incentivando os pacientes a mudarem de comportamento, pois sua prática é baseada na educação e estímulo ao autocuidado.

Neste sentido, é fundamental perceber o outro, que precisa de cuidado, como um todo, em seus aspectos bio-psico-sociais. Como meta, a enfermeira deve incentivar a pessoa que tem diabetes, a melhorar os seus hábitos de vida; o autocuidado, cuidar e confortar este paciente que necessita de atenção e carinho, percebendo-o como ser ativo e autônomo.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Buscando investigar os significados de ser diabéticos tipo 2, opta-se por desenvolver um estudo com abordagem qualitativa, que tem por objeto os significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressam pela linguagem comum e na vida cotidiana destes indivíduos (MINAYO; SANCHES, 2003).

Como a pesquisa qualitativa enfatiza o conhecer, compreender e interpretar o mundo dos significados, dos símbolos, e da subjetividade, faz-se a opção por esta abordagem, por identificá-la muito próxima da natureza, do objeto e dos objetivos propostos neste estudo.

Esta pesquisa foi desenhada como exploratória descritiva. Segundo Polit e Hungler (1995), a pesquisa descritiva é uma das classes de pesquisa não experimental, e tem como propósito a observação, descrição e exploração de uma situação. Tem como vantagem, ser realista e ser capaz de ampliar a compreensão do mundo que nos cerca. Essas autoras afirmam que, neste tipo de desenho de estudo, os pesquisadores devem buscar apreender o que as pessoas pensam e sentem, a forma como elas agem, buscando interferir o mínimo possível com as pessoas que estão sendo estudadas. A ênfase recai sobre o mundo cotidiano e natural dos indivíduos.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O *locus* da investigação desse estudo foi um ambulatório privado, para tratamento do diabetes, localizado na cidade do Salvador – BA, inaugurado no início de 2004 para prestar assistência ambulatorial, com ênfase na educação em saúde e no atendimento multidisciplinar. Sua assistência está centrada na participação ativa da pessoa na tomada de decisões, condutas terapêuticas e com estabelecimento de metas de tratamento em parceria com os diversos profissionais da equipe de saúde.

Sua escolha foi determinada por ser o único centro especializado para prestar atendimento integral à clientela com diabetes, na rede privada do Estado. Neste ambulatório realizo consultas de enfermagem individual e coordeno o programa de educação em saúde, fazendo sessões educativas individuais e/ou em grupo. A equipe multidisciplinar é composta por endocrinologistas, angiologistas, cardiologista, geriatra, nutricionistas, enfermeiras, assistente social, arteterapeuta e professor de atividade física. Aproximadamente 1500 clientes

estão cadastrados, sendo que somente cerca de 40% destes clientes passam por consultas individuais com outros profissionais de saúde não médicos. Os outros 60% dos pacientes são atendidos da forma tradicional, sendo consultados apenas pela equipe médica. Isso se deve ao fato de que nem todos os convênios optaram por credenciar o ambulatório para atendimento multiprofissional.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram 15 pessoas que tinham diabetes tipo 2, e foram atendidos no ambulatório privado para tratamento do diabetes. O estudo contou com a participação de 8 mulheres e 7 homens. A idade média foi de 68 anos para homens e 58 anos para as mulheres. Os critérios considerados para inclusão foram: ter diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 há mais de um ano, porque pensamos que antes deste prazo eles pudessem ainda estar sob o impacto do diagnóstico; de ambos os sexos; que tivessem idade acima de 18 anos, que possuísem complicações crônicas ou não, que tivessem o cognitivo preservado, que somente tivessem passado pela equipe médica, para que não houvesse viés e/ou interferência da pesquisadora, e que quisessem participar da pesquisa.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no ambiente de um consultório deste ambulatório sendo que as entrevistas foram realizadas no momento em que os pacientes vieram para a consulta com os endocrinologistas. Todos os participantes foram devidamente orientados sobre a pesquisa (APÊNDICE A) esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos usados e formalizaram sua concordância na participação por escrito, mediante assinatura de um termo particular de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

A coleta de dados foi subdividida em três partes: a primeira constou de dados de identificação pessoal e aspectos relacionados ao tratamento coletados do prontuário, a segunda contemplou a realização de uma entrevista semi-estruturada, constituída de questões abertas (APÊNDICE C), sobre o significado de ser diabético. A mesma foi gravada em fita cassete, com permissão dos participantes. As entrevistas foram coletadas de Janeiro a Março de 2008 orientadas pelas seguintes questões: Para você o que é/significa diabetes? Como se sentiu ao descobrir que tinha diabetes? Que mudanças aconteceram na sua vida após o diagnóstico? Como você cuida da doença? Quais dificuldades encontradas para seguir o tratamento? Como é

para você conviver com o diabetes? O que você espera para o futuro? E a terceira parte da coleta de dados foi por contatos posteriores tanto por telefone como pessoalmente, com alguns entrevistados, buscando melhor compreender o significado de ser diabético.

A opção pelo método de coleta de dados foi pautada em Minayo et al (1998) que define entrevista semi-estruturada como uma conversa com finalidade cujo roteiro serve de orientação, de baliza para o pesquisador e não ao cerceamento da fala dos entrevistados.

A entrevista teve duração média de 30 minutos. Foi utilizado o critério de saturação dos dados para a determinação do número de participantes. Durante a realização das entrevistas, foram feitas as gravações em fitas magnéticas, dos depoimentos dos sujeitos com a utilização de um formulário. Imediatamente após essa fase as fitas foram transcritas e logo em seguida iniciados os procedimentos de análise dos dados.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, em Novembro de 2007 (ANEXO B). De posse da aprovação, encaminhei uma carta de apresentação, emitida pelo Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, para a instituição, solicitando permissão para realizar a pesquisa (ANEXO A). Após aprovação da instituição iniciei os pré-testes do instrumento de coleta que depois de alguns ajustes foi reformulado e usado para a coleta de dados.

Antes da realização das entrevistas foram prestados todos os esclarecimentos a cerca do projeto, seus objetivos e importância do estudo.

Em conformidade com o Parecer 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Brasil (1996), as entrevistas foram realizadas, respeitando-se os princípios do anonimato, da livre vontade e da disponibilidade de tempo para a participação de cada entrevistado, garantindo-lhes sigilo e a reprodução fiel de seu depoimento. Para realização destas entrevistas foram solicitadas autorizações por escrito dos clientes, que só foram interpelados mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APENDICE D).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, procedeu-se a ordenação das falas, após a transcrição integral das fitas e da leitura exaustiva do material. Utilizaram-se os registros das entrevistas, contatos posteriores e análise de prontuários como fonte de informação, aplicando-se a técnica de

análise de conteúdo temática a partir das unidades de fala, buscando-se subsídios para analisar o significado de ser diabético.

A análise de conteúdos temática segundo Minayo et al (1998) é considerada uma das formas que melhor se adequa à investigação qualitativa das pesquisas em saúde. Ela compreende segundo esta autora três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Na fase de pré-análise, as informações foram organizadas e agrupadas a partir das categorias agregadoras dos elementos e idéias em torno de um ou mais conceitos evocados. Após a transcrição dos depoimentos gravados foram realizadas leituras exaustivas e cada linha das falas foi lida e analisada, fazendo a pré-análise dos dados.

Os temas principais, aqui identificados como núcleos de significados foram sublinhados e retirados dos dados e, após a comparação, sendo agrupados por similaridade e diferenças. Assim, tornou-se possível identificar os pontos de saturação ou momentos de repetição e similaridade dos discursos dos entrevistados, que ajudaram a determinar as categorias usadas para a análise e discussão dos significados. Para Minayo et al (1998), esta é a fase de exploração do material, na qual se busca agregar os dados e escolher as categorias teóricas.

Por fim, as categorias foram reunidas e articuladas com o referencial teórico-conceitual, objetivando-se compreender o significado de ser diabético.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS SUJEITOS

Inicialmente caracterizamos os participantes da pesquisa para posteriormente *compreender o significado de ser diabético*.

O estudo contou com a participação de 8 mulheres e 7 homens, sendo a idade média dos homens de 68 anos e das mulheres de 58 anos. Destes, 60% tinham nível de escolaridade, entre ensino médio completo e ensino superior, e 33% tinham renda pessoal acima de 3 salários mínimos. Em relação à ocupação, a maioria era aposentada, tendo em vista ser um grupo constituído em sua maioria por pessoas idosas. E em relação ao tempo de diagnóstico do diabetes, 66,6%, possuíam mais de 10 anos de doença.

Ident.	Idade	Sexo	Escolaridade	Cor auto declarada	Religião	Mora com Quem	Estado Civil	Renda pessoal em salários mínimos (SM)	Ocupação
ZABV	72	F	Médio Completo	Mulata	Espírita	Esposo e filhos	Casada	Entre 1 e 2 SM	Aposentada
ALJN	42	F	Superior	Negra	Espírita	Esposo e filhos	Casada	Entre 2 e 3 SM	Administradora
HS	79	M	Fundamental incompleto	Parda	Não tem	Só	Viúvo	Entre 2 a 3 SM	Aposentado
JLMR	76	M	Fundamental incompleto	Branca	Católico não praticante	Esposa e filhos	Casado	Entre 1 e 2 SM	Aposentado
CAM	63	F	Fundamental incompleto	Parda	Católica	Companheiro	União estável	Entre 1 e 2 SM	Aposentada
AFP	58	M	Fundamental Completo	Mulato	Católico não praticante	Esposa e filhos	Casado	Entre 1 e 2 SM	Aposentado por invalidez
SAM	56	F	Médio Completo	Preta	Evangélica	Esposo e filhos	Casada	Acima de 3 SM	Aposentada
VHCG	57	M	Médio Completo	Branco	Não tem	Esposa, filhos e sogro	Casado	Acima de 3 SM	Representante Comercial
JSJ	54	F	Médio Completo	Morena	Católica	Companheiro	União estável	2 SM	Doceira
JBS	71	M	Superior	Negro	Evangélico	Esposa e filhos	Casado	Acima de 3 SM	Juiz Aposentado
COM	55	F	Fundamental Incompleto	Parda	Católica	Esposo e filhos	Solteira	1 SM	Aposentada
MRC	51	F	Médio Completo	Parda	Evangélica	Só	Solteira	Entre 1 e 2 SM	Recepcionista
ACMC	75	M	Médio Completo	Moreno	Católico não praticante	Esposa e filhos	Casado	Acima de 3 SM	Comerciante
LGPV	59	M	Superior	Branca	Católico	Esposa	Casado	Acima de 3 SM	Advogado
OPS	69	F	Fundamental completo	Morena	Evangélica	Esposo e filhos	Casada	Entre 1 e 2 SM	Do lar

Fonte: Prontuários e entrevistas com diabéticos em um ambulatório privado, 2008.

Quadro 1 – Distribuição de pessoas com diabetes cadastradas em um ambulatório privado de referência em DM, em relação aos dados demográficos e sócio-econômicos. Salvador, 2008

Identificação	Tempo de DM em anos	Glicemia capilar (mg/dl)	Data de início de tratamento	Hemoglobina Glicada (HbA1c) %	Medicações que utiliza	Antecedentes Familiares	Antecedentes médicos
ZABV	23	155	Dezembro/2007 Nova	6,0	Antidiabético oral	Irmãos e pai	Hipertensão e Retinopatia
ALJN	30	345	Janeiro/2008 Nova	9,3	Antidiabético oral + Insulina	Pai e Mãe	Não
HS	5	187	Janeiro/2008 Novo	7,1	Antidiabético oral		Doença arterial coronariana, hipertensão, insuficiência renal crônica insipiente.
JLMR	5	394	Janeiro/2008 Novo	11,5	Antidiabético oral	Pai, mãe e irmãos	Disfunção Erétil
CAM	20	280	Janeiro/2008 Nova	10,1	Antidiabético oral + insulina	Irmã e Mãe	Retinopatia, Neuropatia Somática, hipertensão, obesidade.
AFP	18	183	Fevereiro/2008 Novo	6,3	Antidiabético oral + insulina	Mãe, tio materno e irmã	Disfunção erétil
SAM	4	358	Fevereiro/2008 Nova	10,8	Antidiabético oral	Avós paternos e maternos e Mãe	Não
VHCG	20	359	Janeiro/2008 Novo	10,7	Antidiabético oral	Tio materno e mãe	Acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana, disfunção erétil, Hipertensão e retinopatia
JSJ	15	HI	Janeiro/2008 Nova	13,9	Antidiabético oral	Avô paterno	Obesidade, hipertensão
JBS	40	103	Setembro/2007 Antigo	6,4	Insulinas	Tio paterno	Pé diabético
COM	10	60	Janeiro/2005 Antiga	7,9	Antidiabético oral + Insulina	Irmãos, Mãe e Tia materna	Doença arterial coronariana
MRC	6	112	Maio/2004 Antiga	5,9	Antidiabético oral	Irmã	Hipertensão
ACMC	20	229	Julho/2007 Antigo	7,0	Antidiabético oral + Insulina	Mãe	Pé diabético, hipertensão, dislipidemia e disfunção erétil
LGPV	5	165	Março/2008 Novo	5,5	Antidiabético oral	Mãe	Obesidade, hipertensão
OPS	32	433	Março/2008 Nova	9,2	Antidiabético oral	Tios maternos	Obesidade, hipertensão

Fonte: Prontuários e entrevistas com diabéticos em um ambulatório privado, 2008.

Quadro 2 – Distribuição de pessoas com diabetes cadastradas em um ambulatório privado de referência em DM, em relação aos dados clínicos. Salvador, 2008

Um pouco mais da metade (53%) dos participantes apresentou glicemia capilar casual, maior do que 200 mg/dL, e (66,6%) e tinham a hemoglobina glicada acima de 6,5%, o que não é recomendado pela SBD (2007). (86,6%) dos entrevistados já apresentava alguma complicação crônica decorrente do DM e /ou co-morbidade, o que era de se esperar, pois, mais da metade tinha mais de 10 anos de doença.

Há um consenso na literatura de que a partir de 10 anos de doença as chances de complicações crônicas aumentam sensivelmente (SBD, 2007). Vale ressaltar que, em sua maioria, os entrevistados foram pessoas que tinham sido atendidos a primeira vez no serviço e, portanto, não constava no prontuário as informações de antecedentes médicos. Estes dados foram respondidos pelos participantes, o que pode estar subestimado, visto que nem sempre os pacientes sabem ou reconhecem que apresentam alguma complicação crônica.

É possível apreender a partir dos dados apresentados, apesar da pequena amostra, e dos dados da literatura que as pessoas diabéticas vêm convivendo com uma doença que não leva em conta sexo, idade, condição social (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007). Ataca sorrateiramente, pessoas de qualquer classe e, em geral, promovendo em longo prazo, danos concretos e irreparáveis, à saúde das pessoas, contribuindo dessa forma para a dependência social, econômica e fisiológica do ser diabético.

5.2 COMPREENDENDO O SER DIABÉTICO

Como o objetivo do estudo foi compreender o significado de ser diabético tipo 2 passamos a apresentar doravante os significados que emergiram das falas, no momento do diagnóstico e no momento da entrevista.

Assim, nesta etapa passamos a apresentar a análise dos dados, que demandaram a categorização dos depoimentos dos entrevistados em 2 categorias: a primeira - **O significado de descobrir-se diabético** - com as subcategorias: *Impacto do diagnóstico: revolta e negação e Não levando o diagnóstico a sério..*

E a segunda - **O Significado de ser diabético** com as subcategorias – *Alimentação: vivendo uma vida restrita; Convivendo com o incômodo das injeções de insulina e com medo das complicações e Esperando o controle e a cura da doença.*

5.3 CATEGORIA I – O SIGNIFICADO DE DESCOBRIR-SE DIABÉTICO

A descoberta do diagnóstico significou um evento importante na vida das pessoas entrevistadas e os sentimentos negativos relacionados a essa fase variaram entre os sentimentos da revolta e negação e o da pouca valorização ou reconhecimento da verdadeira dimensão da doença por essa pessoa, bem como para alguns, a manutenção do trabalho contribuiu para amenizar este impacto como veremos nos depoimentos e análises que se seguem.

Caixeta (2007) salienta que duas pessoas com a mesma doença pode ter diferentes experiências, e compreender a experiência de viver com a doença por cada uma delas é imprescindível para o cuidar da enfermeira.

Collière (2003, p. 149) reforça dizendo que qualquer doença, inclusive o diabetes não tem significado por si só. Só existe pelo fato de produzir algum efeito nas atividades, ocupações, expectativas e desejos de uma pessoa que convive com a doença.

São esses elos de significação que têm de ser decodificados, para que os cuidados sejam apropriados, ou seja, que tenham em conta, ao mesmo tempo, os imperativos que tecem a vida quotidiana e as modificações fisiopatológicas causadas pela doença.

5.3.1 Subcategoria I – Impacto do diagnóstico: revolta e negação

Ser diabético significou nesta subcategoria negar e ser revoltado com a doença. Foi relatada pelos sujeitos, a dificuldade em aceitar e lidar com o diabetes no início da doença e, na maioria das vezes, essa negação se deu devido à obrigatoriedade de mudança do estilo de vida, mais especificamente, relacionado às modificações nos hábitos alimentares.

[...] no princípio eu não aceitava.[...] Foi um transtorno para mim (chorou, ficou bastante emotiva). [...] eu gostava muito de doce, de comida (pausa) de café bem doce, quanto mais minha família falava ai era que eu fazia, coisas que a gente faz sem pensar né? [...] Como lhe disse, senti uma angústia, foi um transtorno. Chorei, me lamentei, me maldisse. [...] no princípio para mim foi difícil, eu comia muita carne de porco, eu adorava, eu fazia farofa daquelas gorduras da carne de porco. Me restringi assim a muita coisa, no princípio né? Porque eu achava que quem tinha diabetes não podia fazer mais nada... (ZABV).

No começo fui meio chato, eu fiquei aborrecido [...], falei, poxa vida justo eu? (LGPV).

Eu me senti arrasada, arrasadíssima. Porque eu não conhecia assim entendeu? [...] depois meu cardiologista, disse na época que era uma doença que matava aos poucos. Que iria destruindo as pessoas aos poucos se não tomasse cuidado (SAM).

[...] quando descobri foi muito ruim né? Porque eu tinha apenas 12 anos e fiquei restrita, doce essas coisas que eu gosto muito, fiquei muito restrita a essas coisas [...] é um choque né? É um choque devido as restrições né? Pelo fato de você começar a tomar medicação e ser uma coisa constante (ALJN).

[...] Minha auto-estima baixou e muito. Eu tive vontade de morrer [...] Eu encontrei muitas dificuldades no início [...] porque tem que ter caminhada, eu não queria andar, você tem que tirar certo tipo de alimento, e eu não queria tirar, eu olhava, beliscava, eu comia escondido [...] (JSJ).

Fiquei apavorado [...] eu já era apavorado com esse negócio de diabetes, sempre fui. Considerei uma coisa muito grave, porque eu tenho um irmão mais novo do que eu já (choro e pausa), e ele já vem sofrendo com diabetes há muito tempo, ele toma insulina. [...] na hora de dormir sempre toma insulina, e aquilo ali (choro) eu ficava apavorado, nunca desejei que aquilo ali fosse me acontecer [...] (JLMR).

Identifica-se nos relatos um conjunto de expressões que revelam um misto de significados relativos à rejeição, negação, aborrecimento, pavor e, até raiva, que simbolizam a descoberta e o processo adaptativo da doença.

Para Moreira (2007) conhecer os sentimentos expressos pela pessoa que tem diabetes pode ajudar a minimizar a carga emocional, o impacto da doença, otimizar a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Corroborando com a idéia de que os sentimentos negativos e a negação da doença simbolizam o modo como esses clientes identificam-se com a falta de adesão ao tratamento, Péres, et al. (2007, p. 1110) comentam que

[...] os sentimentos que favorecem maior proximidade com as conseqüências na vida cotidiana do diabético podem facilitar a aquisição de habilidades e atitudes que aumentam a adesão ao tratamento. Do mesmo modo que, no sentido inverso, sentimentos carregados de afetos negativos decorrentes da convivência prolongada com as limitações impostas pela doença crônica poderiam favorecer o afastamento daquilo que possa evocar a doença ou o tratamento. Nesse caso, predominaria atitude de distanciamento em relação às próprias emoções, que são vivenciadas como hostis, intoleráveis e potencialmente disruptivas por envolverem alto montante de sofrimento psíquico.

Os pacientes crônicos, semelhante ao que ocorre com os pacientes terminais, passam por fases após a descoberta da doença, pois, de certa forma, eles, também, sofrem com alguma alteração da identidade social e com o medo da morte. E essas fases propostas por Kubler-Ross (2002), são cinco: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Segundo Guerra (2006), Péres e colaboradores (2007) ao receber o diagnóstico de uma doença crônica, a pessoa passa por várias emoções que precisam ser entendidas e trabalhadas; assim acontece com a maioria dos indivíduos com DM depois do diagnóstico da doença.

A descoberta de enfermidades agudas ou crônicas pode despertar muitos sentimentos perturbadores. São reações emocionais típicas como ansiedade, raiva, mágoa, vergonha, coragem, desespero, depressão, desesperança, inveja, solidão e a fé. “O modo como elas são sentidas e expressas depende da personalidade básica do indivíduo, da percepção da situação e do grau de apoio por parte das pessoas” (SMELTZER; BARE, 1999, p. 106).

Heleno e Malerbi (2007) acrescentam que os sentimentos de tristeza, raiva e culpa após a descoberta da doença são freqüentes, visto que o impacto do diagnóstico do diabetes significa uma perda irreversível o que, geralmente, ocasiona uma crise gerada pelo sofrimento e insegurança.

Smeltzer e Bare (1999) salientam que a doença é mais do que só uma alteração biológica, pois pode alterar inúmeros aspectos da vida da pessoa, como o trabalho, a família, a renda e a imagem corporal.

Segundo Péres, et al. (2007, p. 1112), a pessoa que tem diabetes vive em constante busca de sentidos para sua condição e é isso que lhe permite construir esse “Ser diabético”. “Dependendo dos significados que puder construir e do posicionamento que adotar em relação à doença, mais próximo estará da aceitação genuína de sua condição”, e terá, desta forma, atitude mais responsável ao assumir a identidade social de sujeito que possui uma doença.

No atendimento à pessoa com DM deve-se direcionar atenção tanto para os aspectos clínicos, quanto para valorização, principalmente, as dimensões psicossociais do indivíduo. Segundo Lyra e Cavalcanti (2006, p. 243) “o aspecto psicossocial do diabetes deve ser mais bem observado [...]”, uma vez que, no geral, “[...] a preocupação é maior com os resultados das glicemias e hemoglobinas glicadas (HbA1c) do que com o bem-estar psicossocial”.

Collière (2003, p. 145) reforça que “cuidar”, no sentido que hoje é utilizado na área médica, “se faz mantendo cada vez mais à distância a pessoa de que se cuida, desinserindo-a do seu meio sociocultural, ao ponto de ignorar a sua realidade como homem social.”

Nesse sentido faz-se necessário, aos profissionais da saúde, desenvolver habilidades para cuidar e tratar da pessoa diabética como um todo, abordando todas as dimensões da sua vida, o que significa dirigir seu foco de atenção para a obtenção de mudanças tanto de comportamento quanto do seu estado fisiológico, estando alerta para as possibilidades da associação de condicionantes psicossocioespiritual que podem de forma isolada ou associada, determinar desequilíbrios na sua condição de bem-estar.

Desta maneira, busca-se como meta da pessoa com doença crônica, a aceitação da enfermidade e uma boa convivência com as limitações imposta pela doença. Espera-se, neste momento, uma maior independência, autonomia, responsabilização com o tratamento e relações pessoais saudáveis.

Apesar de esperarmos uma boa adaptação da pessoa, no momento do diagnóstico, deve-se deixar que ela, no seu próprio tempo, possa assimilar a situação ou ainda, aceitar o desejo dela em não querer mudar de comportamento, se assim for sua vontade. Smeltzer e Bare (1999, p. 279) sinalizam que “[...] a enfermeira precisa reconhecer que os pacientes diagnosticados recentemente com uma doença crônica séria necessitam de tempo para absorver o significado da doença e seu impacto nas suas vidas.”

Francioni e Silva (2007) reforçam que a doença não envolve alteração somente no organismo, mas é uma realidade social, que novos papéis necessitam ser aprendidos e nada melhor que a família para ajudar a pessoa.

Desta maneira, essa pessoa que tem dificuldades, em relação às exigências do tratamento e aceitação da doença, necessita de apoio e estímulo tanto das enfermeiras quanto dos familiares, pois são eles que vão estar mais presente na vida deles e poderão facilitar o enfrentamento da doença.

Segundo Péres, et al. (2007) os pacientes diabéticos enfrentam várias dificuldades em seguir o tratamento, dentre elas, a negação da doença e a revolta devido às restrições impostas pela alimentação, atividade física e terapêutica medicamentosa.

Nesse sentido, manter a rotina diária, inclusive a manutenção do trabalho, mostrou-se como algo que facilitou a aceitação da doença e não gerou um impacto tão negativo na vida dessas pessoas, após o diagnóstico. Não suspender as atividades laborais foi visto, então, como um aspecto positivo.

[...] já ouvia falar da doença, mas não conhecia muito bem assim, mas não me causou preocupação assim maior não [...] porque eu continuei, apesar de ter ficado um período fazendo tratamento, fazendo a medida do açúcar, controlando vamos dizer assim, eu continuei com meu trabalho sem maior alteração, tudo normal. [...] (JBS).

Normal [...] porque eu continuo trabalhando, o que mudou foi a alimentação geral que modificou por completo né? (HS).

[...] eu faço tudo, caminho, tenho minhas caminhadas pela manhã, trabalho, estudo, é normal [...] (pausa) como pessoa, como comportamento, tudo normal (ALJN.)

Percebemos nos relatos que continuar trabalhando e manter as rotinas do dia-a-dia fizeram com que a doença não causasse um grande impacto e preocupação na vida dessas pessoas, levando-os, desta maneira, a terem uma vida normal. Segundo a SBD (2007, p. 9) isso não é só positivo para o próprio paciente, mas também para o governo e sociedade, pois “pode-se inferir que os custos decorrentes da perda de produção pela presença do DM podem ser cinco vezes maiores do que os diretos.

Segundo Francioni e Silva (2007, p.110), trabalho e ocupação foram vistos como elementos super importantes para o viver saudável das pessoas com diabetes, “Com o trabalho ou a ocupação as pessoas mantém um vínculo externo, com compromissos com outras atividades o que lhes dá a sensação que se mantem no mundo de forma produtiva, sem a percepção de dependência”.

Várias pessoas que com diabetes param de trabalhar ou ficam limitados em seu desempenho profissional em decorrência das complicações crônicas (SBD, 2007). Embora o diabetes seja uma doença crônica, se bem controlada não impede que os indivíduos continuem a trabalhar. Deve-se encorajar a manutenção do trabalho como forma de continuarem produtivos e manterem as relações sociais, tentando evitar, assim, o isolamento e até mesmo a depressão, que é comum nestes pacientes.

Diante desses dados é possível inferir que continuar exercendo um trabalho ou uma ocupação fez com que essas pessoas pudessem desligar-se um pouco mais da doença por se perceberem normais, úteis e independentes.

Enfim, as reações dos pacientes dependem de uma série de fatores, dentre eles o entendimento que têm sobre a doença e do impacto que ela irá causar, em suas vidas, na família e no estilo de vida de cada um. O diagnóstico é um dos momentos mais difíceis e críticos para as pessoas que se vêem na condição de estar com diabetes e é, nesta hora, que a enfermeira precisa ser e estar presente, para esclarecer as dúvidas, orientar sobre as terapêuticas, oferecer apoio, e deixar a pessoa se expressar livremente, pois é o seu momento de absorver o significado e proteger-se contra a sobrecarga de emoções.

5.3.2 Subcategoria II – Não levando o diagnóstico a sério

No início da doença, Ser diabético significou para alguns, banalizar o diagnóstico, inclusive não o levando a sério. Alguns participantes referiram não ter levado a sério a doença no momento do diagnóstico.

A aceitação em relação à doença e, maior preocupação em se cuidar, deu-se, em grande parte, devido ao surgimento de alguma complicação do diabetes, tanto crônica quanto aguda. É possível perceber nas falas abaixo que foi preciso a glicemia subir a um patamar que eles considerassem alto ou surgir uma complicação crônica, como doença cardiovascular, pé diabético, ferimentos que não cicatrizavam, para que mudassem de postura.

[...] No início nem levei a sério, mas depois [...] Você começa a sentir dores aqui, dores acolá, atacou logo o coração, aí pronto, aí eu ando no regime total [...] vem as doencinhas, dor disso, dor daquilo, que eu não sentia nada, agora sinto muito cansaço [...] para mim foi um pouco difícil. Eu me alimentava bem, nunca tive nem uma dor de cabeça [...] (COM).

Fiquei meio chateada e não levei muito a sério não. [...] No início eu senti um pouco de dificuldades, porque ao invés de ir no endocrinologista fui num cardiologista, ele constatou que eu era diabética mas passou um remédio mas eu não tomava. Aí um ano depois eu fui de novo e estava super alto, aí eu comecei a tomar os comprimidos direitinho, depois disso que fui controlando, senti muita dificuldade no início [...] A dificuldade foi que eu gostava muito de doce e no início eu fiquei assim meio resistente (MRC).

[...] fui empurrando com a barriga, nunca levei a sério que tava né? Alias eu nunca quis acreditar que tava (referindo-se a diabetes como uma doença crônica) [...] mas agora tô querendo levar mais a sério, pois agora tô mais preocupado. [...] agora eu to quase perdendo a visão, tô fazendo umas aplicações de laser (VHCG).

(Achava que tinha) uma coisa comum, porque não ligava muito né? (OPS).

Alguns pacientes só consideravam estar com diabetes após a glicemia apresentar-se bem elevada. Essa correlação entre glicemia e diabetes vem ao longo dos tempos sendo desmistificada. A população vai sendo informada sobre os sintomas da doença através das campanhas e vão aumentando o conhecimento real sobre o problema epidemiológico da doença no nosso país. Os sujeitos do mesmo modo não conhecem bem o significado dos índices elevados de glicemia nas suas vidas e, a repercussão de sua elevação por longo período, como se observa nos destaques abaixo.

[...] há cinco anos atrás dava 130, 160 e voltava para 111 e (pausa) eu não tinha, não dava importância (JLMR).

(No início) apareceu o açúcar, a glicose em 136 (mg/dl) eu não liguei, deixei para lá, aí o próximo exame deu 185 (mg/dl) daí para cá deu diabete [...] (JSJ).

É necessário dar importância à orientação sobre os valores corretos de glicemia para o diagnóstico e, a repercussão desses índices na vida da pessoa diabética. Segundo a SBD (2007), em jejum, o paciente com a glicemia acima de 125 mg/dL já é considerado diabético.

Nos relatos apresentados perceber-se que as pessoas não levaram a doença a sério, no início, porque achavam que realmente não tinham diabetes e/ou porque pensaram que o médico se equivocou no diagnóstico, ou seja, negavam a doença; ou até mesmo, por que o médico não foi enfático ao comunicar-lhes o diagnóstico.

Em entrevista a Malafaia (2008), Saulo Cavalcanti assevera que existem alguns pacientes que não assumem a doença, e referem que têm só um pouquinho de açúcar elevado, comentando que “[...] o pior cego é aquele que não quer ver”.

Os profissionais de saúde, principalmente os médicos, que são responsáveis legais pelo diagnóstico da doença, deveriam esclarecer, logo no ato da identificação da doença, sobre o diagnóstico e sobre a importância de mudar hábitos, buscando uma melhor qualidade de vida para evitar as complicações.

Muitas vezes tende-se a achar que as pessoas não mudaram o comportamento, por que são rebeldes e não se preocupam com sua saúde. Mas, algumas pessoas relatam, nas consultas, que alguns médicos simplificaram sua condição dizendo, “seu açúcar está alto”, “deu uma pequena alteração no seu açúcar, mas não é nada preocupante não”, ou “o seu

diabetes é emocional” quando deveriam dizer claramente “você tem diabetes- sabe o que isto? Então, explicar tudo sobre a doença e as complicações que poderiam surgir face ao não seguimento do regime terapêutico. Este fato revela que alguns profissionais não vêm dando a devida importância ao diagnóstico e esta abordagem gera dúvida, se realmente está instalada a doença. Neste caso, a atitude médica deve ser clara e firme no momento de comunicar a pessoa sobre o diagnóstico.

Segundo Lyra e colaboradores (2006) mesmo para as pessoas que têm pré-diabetes, ou seja, que têm Tolerância Diminuída a Glicose (TDG) ou Glicemia de Jejum Alterada (GJA) deve ter estratégias para prevenção da doença. Estímulo à prática de hábitos saudáveis como alimentação balanceada e prática de atividade física e, em alguns casos até mesmo a introdução de medicação para evitar complicações cardiovasculares, que aumentam a mortalidade e fazem com que as pessoas com diabetes tenham uma redução de 15 anos ou mais na expectativa de vida.

A SBD (2007) conceitua pré-diabetes como sendo um estado intermediário entre a homeostase normal da glicose e o DM e, segue os valores da Federação Internacional de Diabetes que considera TDG a glicemia de jejum entre 100 e 126 mg/dL e GJA após sobrecarga de 75 g de glicose o valor de glicemia de 2 horas entre 140 e 199 mg/dL.

Em alguns momentos, também, relataram que viviam dentro da normalidade, sem grandes preocupações e sem levar a sério a doença, pois não sentiam nada, até que os “exageros” começaram a interferir nas suas vidas.

Normal, não esquento minha cabeça não. Porque eu não sinto nada, como de tudo, nada me faz mal, não sinto dor de barriga, não sinto desinteria, nada, coração, não sinto nada no coração, fígado, nada [...] Na época (do diagnóstico) não tinha “descobrido” nada, ai eu tinha saúde, não sentia nada, problema nenhum. Ai eu não me assustei não, toda sexta feira, eu ia no mercado e tomava cerveja. Não bebia exagerado.

Ai o diabetes começou a ficar alto, ai eu isolei tudo [...] (AFP).

Para mim foi normal, eu não senti nada não [...] até agora eu nunca tive problema de diabetes (CAM).

[...] Eu aceito bem, graças a Deus, porque não tá me incomodando, [...] (acho diabetes) Uma coisa comum, porque eu não ligava muito né? Como agora mesmo continuo (pausa) só tomando cuidado para não me machucar, essa coisa toda [...] (OPS).

[...] porque antes eu tomava esses remédios que eu tomo hoje, comia feijoadada, tomava cachaça, tomava whisky, tomava cerveja, comia tudo, era uma vida normal, não sentia nada, nada, nada [...] eu sou filho do interior, se passasse uma gilete que cortasse não precisava fazer nada, eu botava um pouco de limão, qualquer coisa, e cicatrizava e eu era diabético e cicatrizava.

E agora não cicatrizou, só que o problema foi meu, foi ignorância minha [...] do jeito que eu furei ficou, pra a senhora ter uma idéia o diabetes tava tão alto que quando eu entrei na loja foi que a moça olhou meus pés e ela disse Sr. ACMC o que o Sr. tem hein? Porque seus pés estão saindo tanto sangue e eu não tava sentindo absolutamente nada [...] agora quando eu furei o pé que complicou tudo, ai eu fiquei mais dependente [...] Hoje eu cuido até com certo rigor (ACMC).

Diabetes eu praticamente (pausa) eu não sei (risos). Sintomas eu não sinto, porque talvez eu não conheça os sintomas da diabetes, né? (HS)

Foi com naturalidade, já ouvia falar da doença, mas não conhecia muito bem assim, não me causou preocupação assim maior não (JBS).

Pelos relatos percebe-se que a falta de conhecimento sobre a doença e dos seus sintomas, bem como o desconhecimento de que o diabetes, em grande parte das vezes, é assintomático, levou o depoente a acreditar que está tudo normal com ele, convivendo com a doença sem preocupações e alterações dos seus hábitos de vida.

Smeltzer e Bare (1999) sinalizam que sintomas dolorosos e perturbadores levam aos testes diagnóstico e ao seguimento terapêutico. Em contra-partida a falta de sintomas dificulta esse seguimento porque as pessoas não se sentem doentes.

Em entrevista a Malafaia (2008, p. 22) o endocrinologista Saulo Cavalcante comenta ser freqüente em pessoas com diabetes, por ser uma doença assintomática, não procurar se tratar. Faz uma comparação entre uma pessoa que está com dor e que procura logo uma emergência, até altas horas da noite, para solucionar seu problema, porém “[...] quando se tem enfermidades que não doem, como o diabetes, o indivíduo não valoriza o tratamento.” Ressalta que é preciso estar atento pois, a médio e longo prazo com certeza terão doenças vasculares devido a destruição do endotélio. E, para a manifestação de algum sintoma é necessário a glicemia que esteja acima de 170 mg/dL.

Quando o paciente refere normalidade na convivência com o diabetes, é de se esperar que ele esteja aceitando a doença e, conseqüentemente, mudando hábitos. O simples fato de não sentir nada não significa que esteja bem, pode ser que esteja próximo a uma crise ou contribuindo para uma complicação.

Porém, como percebe-se nos relatos apresentados, alguns depoentes consideraram que está tudo normal, o que pode significar que tudo parece estar indo bem com sua saúde e que ele não precisa se preocupar muito em se cuidar, ou simplesmente desconhece seus efeitos. É esse sentido de normalidade que coloca em risco quem convive com essa doença e sua cronicidade.

Canguilhem (1990, p. 95) refere em seu texto *O normal e o patológico* que o termo normal não é estático nem pacífico, mas um conceito dinâmico e polêmico. “[...] é normal aquilo que é como deve ser [...]”. E segue comentando que a diferença entre o normal e o patológico é muito tênue e incerto,

[...] aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que

avalia essa transformação por que é ele que sofre suas conseqüências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe.” (p. 145)

Neste sentido, o diabetes, por ser uma doença silenciosa, dificulta a mudança de atitude em alguns pacientes, porque é difícil convencê-los dos perigos dessa pseudonormalidade em que se encontram. Eles menosprezam o diagnóstico e continuam vivendo como se nada tivesse acontecido até que algo lhe incomode. Parece que é preciso sentir dor ou complicar sua condição para ter a certeza de que a doença está instalada e algo de mal está ocorrendo. O desconhecimento da doença, bem como, a falta de sintomas, na maioria das vezes, também, leva as pessoas com diabetes a não conseguirem dimensionar o valor e a contribuição do regime terapêutico, na sua saúde, e tendem a levar a vida como se não estivessem vivenciando essa condição.

Leite e Vasconcelos (2003) afirmam que a ausência de sintomas, em algum momento da doença, é um dos fatores da não adesão à terapêutica. Ainda sobre a adesão Péres, Franco e Santos (2006), salientam que a ausência de sintomas foi um dos aspectos que dificultou o cumprimento do plano alimentar, já que após a ingestão de alguns alimentos eles não sentiam nada. Assim, é de se compreender que “[...] o caráter assintomático da doença, faz com que os pacientes, na maioria das vezes, não reconheçam a importância do tratamento medicamentoso” (PÉRES, et al, 2007, p. 1107).

Conforme salienta Caixeta (2007), na maioria das vezes, o DM2 acontece de forma silenciosa, não causando, a princípio, grande impacto biopsicossocial. Isto faz com que, ocorra uma resistência por parte da pessoa que tem diabetes, e de seus familiares em seguir o tratamento necessário.

Por outro lado, ao longo dessas últimas décadas emerge a preocupação com os investimentos no programa de saúde do diabetes e identifica-se uma maior atenção mundial para a questão dos custos diretos e os custos intangíveis como dor, ansiedade, perda da qualidade de vida que são difíceis de serem mensurados. Nos EUA os custos voltados para a saúde do paciente diabético são três vezes maiores que para um indivíduo sem a doença. “Estimativas do custo direto para o Brasil estão em torno de 3,9 bilhões de dólares [...]” (SBD, 2007, p. 9).

Cavinatto (2003) salienta a necessidade de focar a educação, também, em pacientes que ainda não apresentam indícios de complicação do diabetes, inclusive os recém diagnosticados. E, afirma, que a motivação nestes pacientes para o autocuidado é geralmente muito menor.

Depreende-se dos depoimentos que a falta de manifestação clínica determina um simbolismo de imunidade, no paciente, sentimento de que nada poderá lhe acontecer. É necessário vencer a pseudo-concepção de que a doença só existe na manifestação de sintomas. Esse parece ser o grande desafio para a equipe multiprofissional motivar estas pessoas que ainda não apresentaram nenhum sinal e/ou sintoma evidentes da doença a seguir o tratamento preventivo proposto.

5.4 CATEGORIA II – O SIGNIFICADO DE SER DIABÉTICO

Ser diabético, também, significou para este grupo de pacientes ter que conviver com uma alimentação restrita, com receio das aplicações da insulina e complicações crônicas, além de almejavam a cura da doença e buscarem o controle glicêmico, constantemente, para viverem mais, e melhor. Nesse sentido, destacamos três subcategorias que retratam o conjunto de significados construídos e atribuídos à composição desse ser.

5.4.1 Subcategoria I – Alimentação: vivendo uma vida restrita

As restrições relativas aos alimentos assumem valor e significação nessa investigação. O “peso” da restrição alimentar foi o significado que mais emergiu nas falas dos depoentes e, como é possível perceber, repercute de forma negativa na vida dessas pessoas. Conforme salienta Oliveira e Milech (2004) antes do surgimento das insulinas, a dieta era praticamente constituída de proteínas e lipídeos, com baixíssima ingestão de carboidratos. Talvez, essa antiga restrição na cota de ingestão diária de carboidratos reflita, ainda, hoje na composição imaginária e sobre o impacto da privação, causado pela dieta, no mundo simbólico das pessoas com diabetes, como podemos identificar nas falas que se seguem.

Ah! é você ficar restrita em algumas coisas né? Em termos de alimentação né? [...] é um choque né? É um choque devido às restrições né? [...] (ALJN)

Para mim é a pior coisa do mundo, não aceito, porque você fica restrita, não pode comer o que você gosta, que é o principal, e (pausa) fica restrita a muita coisa, eu acho que seja isso [...] mudou a minha vida, mudou muitas coisas, eu tive que deixar de (risos) chupar jujuba, que eu gostava, e outras coisas né? Que não pode, não pode, lá em casa se eu pegar um pedacinho de bolo , vem um e abafa da minha mão, é uma agonia (emotiva/choro) [...] (SAM).

Transtorno (risos) é um transtorno para mim [...] eu gostava muito de doce, de comida (pausa) de café bem doce, quanto mais minha família falava ai era que eu fazia, coisas que a gente faz sem pensar né? [...] (ZABV).

Diabetes é uma doença que me incomoda muito, me deixa muito cansado, e com 57 anos e eu virei um velho. [...] incomoda demais, não posso comer o que eu quero, na hora que eu quero, que eu sempre fiz mesmo, mesmo sabendo que eu tinha diabetes (VHCG).

A dificuldade foi que eu gostava muito de doce e no início eu fiquei assim meio resistente [...] (MRC)

No princípio foi difícil entendeu? [...] de vez em quando eu cismava e fazia aquelas farras homéricas que eu fazia, aí parava, mas depois continuava, não tinha restrição a nada (ACMC).

Pelos relatos percebe-se que a doença impõe certas mudanças que estão diretamente relacionadas à perda de autonomia da pessoa, especialmente, sobre a falta que o alimento doce faz. Alguns pacientes, do estudo, vêem a terapêutica alimentar como um choque, restrição, incômodo e dificuldade. Não conseguem perceber que a reeducação alimentar, tem em vista, uma melhor qualidade de vida.

Segundo Péres, et al (2007, p. 1109) o controle alimentar é visto sob a

... ótica da privação, do “regime”, das proibições e restrições impostas à gratificação oral, e não da necessidade de uma reeducação alimentar. As crenças prevalentes enfatizam a restrição, acentuam o “não pode”, em detrimento das outras possibilidades que se abrem como os ganhos na qualidade de vida caso o diabético siga as recomendações prescritas pelos profissionais.

Francioni e Silva (2007) afirmam que as pessoas que têm diabetes apresentam resistências a algumas mudanças, principalmente em relação à alimentação pois, mesmo sabendo das limitações, normalmente tentam encontrar argumentos para manter velhos hábitos que lhes dão prazer.

A alimentação não pode ser vista somente como algo biológico e, os profissionais de saúde devem estar atentos para os aspectos culturais, sociais e simbólicos do ato de comer. A cultura alimentar do brasileiro, em especial a do bahiano é rica em gordura e carboidrato. Mudar o comportamento alimentar é mudar a cultura e, hábitos incorporados há vários anos, desta forma, não é fácil reverter esta situação. Péres, et al (2007) ressaltam que a mudança de comportamento é algo difícil e, normalmente, se dá de forma demorada, onde vários fatores complexos, como os culturais, econômicos e sociais estão envolvidos.

Nas falas que se seguem percebe-se como a cultura, os hábitos familiares, e até mesmo a raça e a religião influenciam nos modos de se alimentar de um grupo, e isto a dificulta a mudança dos hábitos adquiridos ao longo dos anos. Alguns alimentos são introduzidos desde criança em rituais alimentares, celebram encontros, festas familiares e de santos, como, por exemplo, nas religiões judaico-cristãs e no candomblé e, assim, fortalecem e unificam laços, credos, famílias e ritos. É fácil identificar o significado do arroz para japoneses, os pães e

doces para as celebrações judaicas e católicas, a farofa, feijão doce e azeite para as religiões africanas e feijão com farinha, feijoadada, inhame, banana da terra, para os bahianos, como se percebe abaixo. É na convivência enraizada dessas culturas que se dão as dificuldades de enfrentamento e substituição dos hábitos alimentares das pessoas com doenças crônicas, de um modo geral.

(Dificuldade) [...] só na alimentação, no caso tive que mudar de comer massa, essas coisas, farinha. Tive que começar a comer frutas, verduras. Só que eu fui acostumado desde pequeno comer tudo que aparecia pela frente [...] a alimentação foi como te disse, o médico me passou uma lista, que não era para comer pão, às vezes como pão, como biscoito, não é exagerado né? (AFP)

[...] no princípio para mim foi difícil, eu comia muita carne de porco, eu adorava, eu fazia farofa daquelas gorduras da carne de porco [...] (ZABV).

[...] Na alimentação eu não gosto nem de arroz e nem de macarrão, então eu gosto de minha farinha, [...] então se eu como feijão eu não como arroz, eu como a minha farinha [...]. Eu gosto de um inhame por causa da menopausa, aí se eu comer o inhame eu não como o pão, se eu comer uma banana da terra eu não como só um pedaço, eu gosto da banana da terra, então eu prefiro não comer o pão e comer uns três pedaços de banana da terra (SAM)

Eu encontrei muitas dificuldades no início, [...] você tem que tirar certo tipo de alimento, e eu não queria tirar, eu olhava, beliscava, eu comia escondido [...] (JSJ).

A dificuldade de seguir uma orientação alimentar é nítida, muitos, na prática, até demonstram interesse em seguir uma alimentação mais saudável porém, no dia-a-dia, essa vontade é relegada a segundo plano, pois enfrentam obstáculos que, favorecem a manutenção dos hábitos culturais enraizados desde a infância. Pensam que é necessário fazer uma comida, para eles, diferenciada em casa, que fazer sua própria comida é desestimulante e que não se pode comer de forma saudável, fora de casa.

A necessidade de fazer sua própria refeição foi levantada como um aspecto dificultador para se alimentar de forma adequada. A depoente abaixo, por morar com um sobrinho que não almoçava em casa, não fazia comida, ficando, às vezes, somente com lanches e merendas o que a predispunha a hipoglicemias.

Às vezes tenho dificuldade com a alimentação, porque se uma outra pessoa faz sua alimentação, você pode até comer direitinho um pouquinho a mais, mas a pessoa mesmo fazendo aquela comida todo dia, todo dia, tem dia que eu fico só na merenda, e não é para ficar assim. Eu me levanto de madrugada tremendo. Às vezes eu janto de noite, às vezes eu não janto, ultimamente eu não tô nem jantando, me sinto mal, ontem mesmo cinco horas da manhã eu me levantei para comer, antes de ontem eu levantei três horas para comer. Quer dizer se eu me alimentasse bem de noite, passava a noite tranquila, e eu não passo. Eu me sinto mesmo fria, gelada, o corpo todo tremendo. Eu tenho para mim que é do diabetes (COM)

Almoçar fora de casa foi tido, também, como algo que dificulta se alimentar direito como se percebe no depoimento abaixo,

[...] Tenho dificuldade na alimentação também, porque eu almoço na rua, quem almoça na rua não tem nem tempo direito de escolher o que quer comer (ACMC).

Sabe-se que o corre-corre dos dias de hoje, tem favorecido ao aumento pela procura de *fast food* e, o momento das refeições tem ficado comprometido, mas não pode-se deixar de comentar que é perfeitamente possível se alimentar de forma saudável mesmo fora de casa. Pode-se inclusive, escolher um tipo de alimento mais saudável, que seja prático, seguindo a quantidade recomendada pela nutricionista.

Dar seguimento ao plano alimentar não é fácil, é bastante complexo, requer atenção especial da equipe de saúde que lida com pessoas que precisam restringir a alimentação, pois a ansiedade e o stress contribuem, também, para que a pessoa coma em maior quantidade do que o estabelecido. O ato de comer para Péres, Franco e Santos (2006, p.311) não

[...] significa apenas ingestão de nutrientes, mas envolve também uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos [...] “come-se” simbolicamente o nervosismo, a ansiedade e as frustrações do cotidiano. [...]. Há um sistema de valores, de símbolos e significados que estão associados à dimensão do comer e que precisam ser compreendidos pelos profissionais de saúde, para maior eficácia das ações com pacientes submetidos a rigoroso controle alimentar.

Além do que, na cultura brasileira, reunir amigos para conversar, sair, ir à festas é sinal de mesa farta. Todos esses encontros são regados a muita comida (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006). Para alguns depoentes restringir a comida é podar também os relacionamentos interpessoais. Preferem não sair a ter que se restringir a certos tipos de alimentos.

As confraternizações sempre se dão ao redor da mesa e, nestes momentos, os valores e crenças estão presentes, são reforçados os vínculos e as trocas afetivas.

Uma doença muito complicada viu? [...] muito complicado, desconforto total para o paciente [...] muita coisa (mudou) muito na minha vida, em relação ao meu jeito de viver, eu passeava muito, eu curtia muito, eu saía mais, hoje eu não faço mais isso [...] (JSJ).

[...] eu era sadia e agora com diabetes é tudo controlado, para mim foi um pouco difícil. Eu me alimentava bem, nunca tive nem uma dor de cabeça, com esse problema de coração não posso pegar peso, não posso subir ladeira, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo [...]. Não tem ambiente nenhum bom para a gente frequentar assim, não participo quase de nada, vou em festinhas e tudo mas, tudo no controle entendeu? (COM)

Como é possível perceber o ato de comer é mais que um ato de ingerir alimentos e, conforme salienta Collière (2003, p. 153) é um ato social, que se pratica em torno de refeições carregadas de símbolos afetivos e sociais. Deve-se compreender que é necessário tentar conciliar a dieta com a vida social, pois senão o indivíduo não a segue ou “vive afastada do que ainda dá sentido à sua vida.”

É muito difícil resistir sempre às tentações, às vezes, constatou-se que os pacientes saíram “dá ética”, deram uma “escorregadela”. Mas o importante foi que retornaram aos hábitos saudáveis tão logo foi possível. Mesmos os entrevistados que estão controlados relataram a dificuldade em seguir à risca o plano alimentar, e comentam que às vezes transgridem, porém não abusam e se cuidam. Segundo Péres, Franco e Santos (2006) e Peres e colaboradores (2007) a transgressão e o desejo alimentar estão sempre presentes na vida das pessoas que têm diabetes.

[...] eu não vou dizer que eu sigo corretamente (a dieta), sempre no fim de semana eu saio da ética, (mas procuro comer) os alimentos certos, necessários [...] (COM).

Não vou lhe dizer (que cuido da alimentação) como eu deveria cuidar, porque de vez em quando a gente dá uma escorregadinha né? Natal mesmo, a gente dá uma fugidinha. Mas eu cuido bem, eu me cuido [...] (ZABV).

[...] porque eu não faço a dieta que a enfermeira e o médico passou [...] o médico me passou uma lista, que não era para comer pão, as vezes como pão, como biscoito, não é exagerado né? [...] fui acostumado desde pequeno comer tudo que aparecia pela frente [...] (AFP).

[...] quando eu mantenho minha dieta e o exercício físico normal meu açúcar da sempre baixo, quando eu abuso é que ele fica alto. Eu acho que até se você quiser ter uma vida de qualidade saudável, você tem que fazer uma dieta para manter seu açúcar (dentro do normal) [...] (LGPV).

Na prática, observa-se, que a falta de informações corretas sobre como elaborar um plano alimentar, por parte de alguns profissionais, é um fator que colabora para a baixa adesão ao plano alimentar, por exemplo, as listas fornecidas por alguns profissionais restringindo diversos alimentos, tipo (evitar, proibido, não comer, etc..) causam dúvidas nas pessoas com diabetes e também o sentimento de restrição máxima e por vezes o sentimento de culpa por estar fazendo algo errado e que piora o seu estado de saúde.

A dieta talvez seja a opção terapêutica que mais requer participação ativa da pessoa paciente e que trás consequências mais imediatas; ela pode medir de forma mais rápida o resultado dos seus atos, de suas escolhas face a sua saúde. Durante todo o tempo ele se confronta com a situação de fazer escolhas e isto não é fácil para grande parte das pessoas.

Elas também associam comer bem com comer sem limites e não com comer de forma saudável. A alimentação, também, desde a tenra idade, está associada com privilégios, status e recompensa.

Para que possam utilizar as novas propostas de intervenção nutricional que permitirá uma alimentação mais flexível sem interferir na piora glicêmica eles precisam dominar novos

conceitos e conhecimentos que muitas vezes apresentam barreiras como: cognitivo, medo e desconhecimento por parte das pessoas com diabetes e timidez, incapacidade na transmissão do conhecimento e utilização de ferramentas inadequadas por parte do profissional de saúde.

Desta forma, o apoio de uma equipe multiprofissional informada, integrada e parceira é de extrema importância na vida das pessoas que têm diabetes, mas, conforme, sinaliza Francioni e Silva (2007, p. 110) as pessoas com diabetes esperam...

que os profissionais de saúde ocupem um espaço de orientação e de diálogo de maneira consistente [...] esperam que os profissionais não somente digam o que as pessoas com diabetes não podem fazer, mas sim de encontrarem juntos o que podem fazer, desenvolvendo uma concepção de que ser saudável não é fazer tudo sem restrições e sofrer consequências desastrosas, mas é manter uma conduta com cuidado que lhe permite viver com qualidade.

Enfim, a restrição alimentar mostrou-se nesse caso como algo muito penoso na vida dessas pessoas, sendo que a dificuldade em seguir uma alimentação mais saudável foi muito relatada também, tendo em vista que não é nada fácil mudar hábitos incorporados há anos na sua vida. Apesar de alguns, ainda, criarem mais dificuldades para o seguimento do plano alimentar e, de existirem alguns momentos de recaídas, percebe-se o empenho e força de vontade em retornar para uma alimentação mais desejável o quanto antes.

5.4.2 Subcategoria II - Convivendo com o incômodo da injeção de insulina e o medo das complicações

O medo de ficar dependente da insulina, das injeções e das complicações crônicas e agudas do diabetes foi outro que significou bastante para os entrevistados como é possível depreender nas falas. Em alguns casos, o início da utilização da insulina foi postergada ao máximo e, em outras circunstâncias nem foi sequer administrada.

[...] agora mesmo eu comecei a usar insulina aí, quando chega à hora de tomar que me dá agonia a furada [...] (ALJN)

Eu já era apavorado com esse negócio de diabetes, sempre fui. Considerei uma coisa muito grave, porque eu tenho um irmão mais novo do que eu já (choro e pausa), e ele já vem sofrendo com diabetes há muito tempo, ele toma insulina. Nós temos uma fazenda em Jaguaquara e as vezes de manhã cedo e na hora de dormir sempre aplicava a insulina, e aquilo ali (bastante emotivo, chora novamente) eu ficava apavorado, nunca desejei que aquilo fosse me acontecer, e foi me acontecer agora, mas graças a Deus eu não to precisando (tomar insulina) [...] (JLMR).

No mesmo dia da entrevista o médico prescreveu insulina a ele, e o paciente se recusou a fazer uso, disse que agora iria seguir o tratamento certinho para vê se não precisava, estava apavorado com a idéia de ter que tomar insulina.

[...] a aporrinhção, o incômodo de tomar aquela furada, quer dizer todo dia eu media a glicemia, e tomava a furada, aquilo já era sagrado, aquilo foi me chateando foi me chateado, hoje mesmo não tomei a insulina (ACMC).

O meu endocrinologista anterior já havia me dito que era necessário eu utilizar insulina, não escondo isso, mas não usava porque tinha muito medo de ficar dependente daquilo, e o medo também da furada. Só Dra. W que me convenceu a usar (JSJ).

Pode-se perceber que, apesar dos hábitos saudáveis, se não houver o seguimento da terapêutica medicamentosa adequada e, associada a outros hábitos não será possível reduzir a glicemia.

Outro paciente também relata que tinha muito medo de tomar insulina, que sabia que este seria seu fim, pois sua glicemia estava muito elevada decorrente da falta de cuidado com a doença. Por isso, adiava a ida ao médico e, tinha três anos que não ia a um endocrinologista.

[...] não sei ao certo quando surgiu o diabetes, porque eu ia a um médico depois a outro. Sempre fui relaxado com estas coisas. Não utilizei a insulina até hoje, nem sei a dose. Tenho dificuldade de aceitar a insulina, quero fugir do espeto, até a espetada da glicemia me incomoda. Fazia uns 3 anos ou mais que não ia a endocrinologista. Agora que estive internado melhorou mais, porque eu vi que não é muito dolorido. Mas ainda não aceitei a idéia totalmente, sempre tive pavor a furada(VHCG).

A insulina sempre foi tida, ao longo dos tempos, como a última opção terapêutica para o paciente. Então ele pode entender que está perto do seu fim. Outras vezes o médico diz se não conseguirmos controlar o seu DM agora, só com insulina. Isto dá para o paciente a impressão de que não existem mais alternativas para ele. Por outro lado trazemos da infância a relação entre injeção com punição e aqui é o próprio paciente que se aplica, logo é obrigado à auto punir-se.

Lyra e Cavalcanti (2006) salientam que é comum os pacientes adiarem ao máximo a utilização da insulina, chegando ao ponto de mudarem de médico várias vezes, tudo isso associado à irreversibilidade e a gravidade da doença. Somado a esse fato, acredito que a resistência ao uso da insulina, como é possível constatar nos relatos, tem muito haver com o medo da agulhada, de sentir dor. Assim me parece ser esse um dos maiores ou senão o maior empecilho para a adesão e seguimento ao tratamento com insulina. Uma estratégia que devemos utilizar é a demonstração prática e informar sobre os benefícios da sua utilização.

Segundo a SBD (2007), os custos do diabetes não são somente de ordem financeira há, também, os custos intangíveis como, dor, ansiedade, inconveniência e perda da qualidade de vida, que apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e suas famílias, e são difíceis de serem quantificados.

Silva (2001) em sua tese sobre as *Narrativas do viver com diabetes* constatou que o tratamento com a insulina foi visto pelos pacientes como efetivo, porém, a maioria referiu dificuldades na sua aceitação, muitas vezes, relacionadas às construções simbólicas presente sobre a agressão ao corpo, a dependência, a perda de controle sobre si mesmo, além, da discriminação. Os sentimentos de pavor, ódio, mau humor em relação à utilização da insulina, bem como, a recusa na sua administração foram encontrados nos estudos de Péres, et al. (2007).

O medo de apresentar complicações esteve muito presente nos depoimentos dos pacientes e, em alguns casos, foi o que motivou o cuidado e a mudança de comportamento.

Para o meu futuro eu espero conseguir controlar a diabetes, porque eu tenho muito medo de ficar doente, então meu desespero é esse, tenho medo de perder um pé, ficar cego, ter problema de rins isso ai me deixa apavorado, eu estou buscando para não ter isso, infelizmente talvez eu venha a ter, mas eu quero prolongar o máximo possível (LGPV).

[...] Não me corto, faço tudo como mandam, para não me prejudicar. O diabetes se não se tratar (pausa), só tenho medo um pouquinho da circulação (COM).

Espero não ter complicações, com os rins, com as vistas, porque de ano em ano eu tenho esse cuidado, agora mesmo vai completar um ano que eu fiz, e vou fazer de novo, o exame né da retina. E os rins a última vez que eu fiz tava tudo beleza (a irmã tem retinopatia, e cegueira devido ao diabetes) (MRC).

[...] o que me aconteceu já há alguns anos atrás, foi a diminuição da potência (sexual) [...] Agora eu vou ter que seguir né, o tratamento direitinho, mesmo porque eu tenho que seguir mesmo porque senão o negócio apavora mais ainda (JLMR).

[...] porque eu (pausa) monitorar né sua alimentação, medicação, tem que saber mesmo porque se você não tomar sua medicação correta, se você não fizer a dieta correta, você não sobrevive a ela [...] (JSJ).

Eu espero manter [...] manter cada vez mais esse nível de controle, e com isso achar que eu vou contribuir para que pelo menos tudo funcione regularmente, funções regulares dos órgãos [...] (JBS).

[...] no final da tarde da 109, ele chega a 110, então eu não deixo ela abaixar muito para não ter (pausa, medo de hipoglicemia) quando dá 109 – 110 eu como alguma coisinha [...] (LGPV).

Relatou que não toma insulina todos os dias, pois tem medo de hipoglicemia (AFP).

Percebe-se no relato dos depoentes o medo constante das complicações crônicas e agudas. Pode-se perceber que o medo da hipoglicemia esteve presente no relato de dois pacientes, e eles estavam com a glicemia normalizada, o que predispõe a hipoglicemia mais freqüente mesmo, pois já se encontravam na meta glicêmica. Porém um dos pacientes deixava de tomar insulina devido ao medo, o que não está correto. Na verdade este paciente necessita ser orientado dos cuidados com hipoglicemia, reconhecer uma hipoglicemia, checar a glicemia. E se realmente estiver tendo hipoglicemias freqüentes tentarmos descobrir a causa, e se for o caso o médico reduzir a dose da medicação.

Moreira (2007) encontrou, também, em seu estudo sentimentos em relação às complicações crônicas, como: insegurança, tristeza, incerteza, medo e finitude.

O universo cultural da pessoa com diabetes é expresso através de sentimentos como medo, sofrimento, desesperança e dor. Há relatos de medo da morte, do desconhecido, e das complicações, entre elas a amputação (MUNÕZ et al, 2003).

Reis (2002) em seu estudo sobre crenças dos diabéticos idosos, sobre a doença e o tratamento, observou que os participantes tinham o diabetes como uma doença perigosa, incurável que causava mutilação e levava à morte.

Deste modo, considerando os três aspectos - necessidade, aceitação e medo das complicações, verifica-se que as pessoas com diabetes, que precisam fazer uso da insulina apesar de todo o sentimento negativo que apresentam se vêem obrigados a passarem por um processo de aceitação e incorporação desse tratamento em suas vidas, e que, este processo, pode ser minorado quando ele reconhece seus limites, encontra-se bem orientado e esclarecido sobre os cuidados e benefícios desta terapêutica.

5.4.3 Subcategoria III – Esperando o controle e a cura da doença

Nos depoimentos podemos perceber que grande parte das pessoas que têm diabetes na maioria das vezes, quer mesmo é se ver livre da doença ou, pelo menos, obter o controle metabólico da mesma. Deste modo, livre das complicações que lhe causam muito medo, dos medicamentos e, podendo comer doce sem culpa e peso na consciência.

Controlar a glicemia não é nada fácil, faz-se necessário, acima de tudo, a aceitação da doença e participação ativa no tratamento. A busca pelo controle envolve determinação, força de vontade, inclusive para abrir mão de prazeres como alimentos que contém açúcar. Lazarus; Folkman (1984 apud SILVA, 2001, p. 137) afirmam que o controle pode ser visto como um “[...] poder de exercer o domínio de si mesmo, estando relacionado a sentimentos de confiança e disposição para manter-se estável”.

O controle glicêmico foi relatado como algo que precisa ser buscado a todo instante, para que se possa sobreviver à doença, evitar complicações e internamentos, como se percebe nas falas abaixo.

[...] Quer dizer, tem que ter um jogo de cintura, se não tiver você não sobrevive. E vou vivendo, acostumei a comer aquilo tudo moderado, a fome é infernal, mas eu consigo controlar, se não você não consegue sobreviver a ela (JSJ).

Alimentação que eu comia tudo, fazia de tudo, hoje eu não faço nada, nada no limite né? Tudo controlado. Mas eu achei bastante diferente, porque eu era sadia e agora com diabetes é tudo controlado [...] Mas agora eu já tô com problema de coração, a família toda tá indo com problema assim, coração, rins, tudo devido ao diabetes. Por causa disso eu já perdi 3 irmãos diabéticos, quer dizer que a gente fica se mantendo né? Eu mantenho certo, mas tem hora que saio do limite um pouquinho, mas eu contenho ele certo [...] Para que eu fazer e abusar e fica aqui internada [...], eu não abuso porque se tratar ela bem, andar no regime certo, no regulamento, do diabetes a gente não vai (MCO).

Para o meu futuro eu espero conseguir controlar a diabetes, porque eu tenho muito medo de ficar doente, então meu desespero é esse, tenho medo de perder um pé, ficar cego, ter problema de rins isso aí me deixa apavorado, eu estou buscando para não ter isso, infelizmente talvez eu venha a ter, mas eu quero prolongar o máximo possível (LGPV).

Pelo depoimento de alguns entrevistados percebe-se que a busca pelo controle da glicemia deve-se ao medo das complicações da doença, de internações e da morte. Viver com diabetes é conviver com a incerteza, é sentir-se ameaçado.

No estudo de Silva (2001), os participantes também almejavam o controle glicêmico com vistas a terem um futuro melhor, com uma vida mais longa e uma melhor qualidade de vida.

Encontrou-se no estudo das autoras relatos de que o diabetes é uma enfermidade que além de irritar e invadir leva à constante controle e restrições (MUNÕZ et al, 2003).

Para a manutenção e controle da doença crônica faz-se necessário uma constante aderência ao regime terapêutico, sendo que a realidade da vida diária, a cultura, os valores e fatores socioeconômicos afetam sobremaneira o grau de adesão das pessoas, ao tratamento. O não seguimento ao tratamento reduz a sobrevida, desde quando predispõe a pessoa à complicações. Segundo Smeltzer e Bare (1999, p. 276) o controle das doenças crônicas,

requer um treinamento complexo, problemas inter-relacionados de natureza médica, social e emocional. Os esforços colaborativos dos variados e diferentes profissionais da saúde são necessários para fornecer um amplo serviço que é freqüentemente necessário.

Uma maneira de ajudar a pessoa com diabetes a controlar sua glicemia é fazer negociações, estabelecer metas em conjunto e, no estimular à autonomia. Para Francioni e Silva (2007, p. 108):

[...] negociar alterações das regras do controle do diabetes, impostas algumas vezes de forma agressiva pelos profissionais de saúde, possibilita que a pessoa se perceba ainda no comando de sua vida, o que a torna mais responsável e consciente de que suas decisões [...].

Não existe a melhor ou única forma de ajudar pessoas com diabetes a manter-se controlado, isto, se aprende com a prática, com muito estudo, com paixão pelo que se faz e, acima de tudo, explorando o mundo de quem vive com a doença. Só assim, poderemos pensar

em ajudá-los nesta complexa tarefa de buscar um melhor controle e qualidade de vida. É necessário estar motivado para motivar alguém. O êxito em trabalhar com pessoas que apresentam doenças crônicas é a motivação constante que deve estar presente na vida desses trabalhadores. Para isso é necessário saber distinguir o que é mais coerente, se é utilizar métodos fundados na sugestão ou se é melhor privilegiar a livre atitude e o pensamento de cada pessoa e, assim, estimular sua autonomia para o julgamento de sua situação.

Pensamos que deva ser a junção dos dois caminhos ou o que seja melhor naquele momento, pois, não podemos esquecer, jamais, que a pessoa que tem diabetes deve ser o principal responsável pela sua saúde e tratamento, se estiver em condições de responder por eles. Muitas vezes, na prática, percebemos a delegação das responsabilidades para os familiares e para os profissionais de saúde. Deve-se, antes de tudo, lembrar que as pessoas que têm diabetes têm autonomia para fazer o que achem melhor para as suas vidas. Nossa função é abastecê-los de conhecimento para que eles possam a partir daí seguir o seu caminho.

Esta postura vai ao encontro dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005, p.6) referente à Autonomia e Responsabilidade Individual, e Consentimento, que constam:

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia. [...] Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

A autonomia é desejada para todas as pessoas e, no caso das com DM, porém, não devemos esquecer que a aprendizagem de novos conhecimentos e habilidades por elas, não são, por si só, suficientemente impactantes para a aquisição de autonomia, conforme aborda Cavinatto (2003, p. 41), pois:

[...] se espera que as ações de autocuidado, positivas e responsáveis, sejam duradouras e passíveis de continuidade por parte dos pacientes [...] Essas reflexões podem indicar um primeiro passo à autonomia do paciente, onde o diálogo entre o profissional de saúde e o sujeito diabético possa trazer novas luzes sobre o processo de lidar com a doença, facilitando escolhas, traçando conjuntamente objetivos possíveis a cada momento de vida do paciente, buscando resolutividade no seu cuidar”

Como se pode vê, o que motivou o controle da doença foi à possibilidade de complicações e morte. Devemos mudar o foco das nossas atuações, evitando aterrorizar e

focar somente nas complicações; que por sinal é o caminho mais fácil e utilizado; pois choca e traumatiza. Devemos sim, tentar motivá-los a ir em busca de uma vida mais saudável, com uma alimentação balanceada, evitando o sedentarismo, a obesidade, controlando o uso do sal, e trabalhando suas expectativas e motivações com pensamentos positivos e esperança de uma vida plena e feliz, apesar da doença.

Por outro lado, alguns, quando já estão controlados, não querem mais ir ao médico, pois acham que sozinhos darão conta de se tratar, o que pode se tornar um perigo grave.

Segundo Saulo Cavalcante (MALAFAIA, 2008, p. 23), até os médicos de outras especialidades caem na armadilha de não referenciar para o endocrinologista quando a glicemia está normalizada. Ressaltam que “[...] é preciso lembrar que estamos cuidando de uma doença grave, covarde, perigosa, que pode apresentar várias complicações e até mesmo matar, mas que responde relativamente bem a um tratamento adequado”.

O controle da glicemia é o alvo do tratamento do paciente diabético e isto, foi almejado por alguns depoentes. Cabe aos profissionais de saúde encontrar em conjunto com o paciente a melhor maneira de conquistar esta meta, sem deixar de considerar os aspectos éticos implicados nesta relação profissional – paciente.

Outro aspecto encontrado no estudo foi à esperança na cura da doença em vista de poder ficar livre das medicações e voltar a comer doce.

O conflito entre a ingestão de açúcar e a culpa subsequente se apresentou no discurso dos entrevistados como determinante na expectativa de cura. A culpa parece ser o sentimento que persegue aquele que conhece os efeitos danosos do açúcar no seu organismo. Aquele que ignora, provavelmente, não sofre essa experiência, não percebe a dimensão do problema aceita os desígnios incertos da doença e do destino. Em ambas as situações são esperadas motivações para aceitar e incorporar-se na adesão ao regime dietético.

Segundo Silva (2001, p. 145) o conflito entre as pessoas com diabetes e seu tratamento é o “[...] sentimento de ambigüidade entre aceitar uma vida com limitações decorrentes do tratamento da biomedicina e procurar curas milagrosas”. E complementa salientando que o diabetes é percebido como violação da liberdade, e requer, muitas vezes, mudança no papel desempenhado pela pessoa, o que, às vezes, pode levar a incapacidade para enfrentar a situação.

Apesar de algumas pacientes terem relatado que já se acostumaram a viver sem o doce, o que mais querem é a cura para voltar a comê-lo sem culpa.

Normal, normal, quero dizer dentro de conviver com o diabetes, eu não como açúcar, já me acostumei, já me habituei, não me faz falta, ao contrário, quando eu preciso assim colocar um pouco na boca, eu sinto

aquele sabor que tinha o açúcar para mim [...] (Espero) Ir aos 90 anos, daí para lá (risos) e a cura do diabetes, ainda vou esperar a cura do diabetes e comer açúcar (ZABV).

(Espero) Ah que descubra assim algum tipo de vacinação, ou alguma medicação que você tome e não precise a ficar restrita a comer alguma coisa, eu adoro doce (ALJN).

Espero que haja a cura da diabetes, me disseram que se eu fizer a redução de estômago que tem cura né? Espero a cura (SAM).

Ah eu espero para o futuro, que venha a cura do diabetes viu? E estou disposta até a me submeter às células tronco, se me chamar para ser cobaia eu vou ser, (risos), estou disposta mesmo (JSJ)

Como se evidencia nos trechos apresentados há uma expectativa de cura com as novas terapias que tem surgido e criando esperanças no destino dessas pessoas, fomentando o desejo, mais imediatista, de estar bem e livre da doença.

Porém, conforme assevera Lyra e Cavalcanti (2006, p. 289) “[...] o transplante de pâncreas e de ilhotas pancreáticas são as únicas modalidades conhecidas hoje com o potencial de curar o diabetes *mellitus* tipo 1” e alertam que é discutível o possível papel na cura do DM2. Esses autores afirmam, ainda, que o transplante de pâncreas comparado aos outros transplantes de órgãos “apresenta a mais alta incidência de complicações técnicas que levam a reoperações”.

A todo instante a mídia divulga informações a respeito da cura do diabetes, o que leva muitas pessoas com diabetes tipo 2 buscarem alternativas para se vê livre da doença, como é o caso da cirurgia bariátrica que está em voga e que a SBD (2007) não tem recomendado sob a argumentação de que é necessário maiores pesquisas sobre o assunto para que possam ser indicadas.

Os motivos que fizeram com que dois depoentes expressassem sua busca pela cura da doença foi a utilização continuada dos medicamentos e a esperança de um tratamento salvador, que propicie a cura definitiva sem as condições indesejáveis do seu uso prolongado. Tanto o incômodo dos efeitos adversos como a dependência do uso do medicamento foram percebidos por estes depoentes como algo ruim.

Eu espero que essa doença saia de mim, que é meio difícil. Ou então controlasse, não desse crise como em muita gente dá. Nem ficasse boa nem ficasse ruim, mas que ela controlasse, mais nada. Tem tempo que tá lá em cima, tem tempo que tá cá em baixo. Esperar o controle né? Mas eu esperava que ficasse boa né? Porque os remédios que tomo a boca fica amarga a vida toda, não tem gosto a comida. Ah se me dissesse toma esse remédio que você vai ficar boa, aí eu fazia um sacrifício e ficava boa, mas não tem esse medicamento, para ficar livre, desimpedida, para dizer graças a Deus eu fiquei boa do diabetes. Já tomei tanto chá que quase perco a vista, porque chá dá infecção urinária e prejudica as vistas. Aí também deixei. Me conformo, tô bem graças a Deus. (COM)

[...] a primeira coisa que eu quero fazer é essa cirurgia, não quero mais ficar dependente de remédio (VHCG).

Péres, Franco e Santos (2006) constataram em seu estudo sobre o comportamento alimentar de mulheres portadoras de diabetes tipo 2 que as pacientes tinham dificuldade em seguir a dieta devido aos vários significados associados à alimentação, como perda do prazer de comer, da autonomia e liberdade. Os doces foram um dos alimentos muito desejados.

Silva (2001) percebe a esperança como algo que mantém as pessoas envolvidas com seu tratamento e sabendo lidar melhor com seu dia-a-dia, além de promover certo conforto enquanto duram as ameaças e desafios, pois possibilitam manter as pessoas envolvidas com a vida e não somente com a doença e as complicações.

Para Weber (2005), mesmo não sendo possível oferecer a cura procurada por todos, podemos amenizar seu sofrimento e proporcionar condições para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Enfim, independente desses pacientes aceitarem ou não a doença foi freqüente o anseio pela cura, estando dispostos até a se submeter a tratamentos experimentais, tudo isso, motivados pela possibilidade de comer doce e / ou ficar livre dos remédios, o que nos permite perceber a “sede” de liberdade nas falas. O controle da glicemia, também, foi almejado e conquistado por alguns depoentes como forma de se vê livre de complicações e aumentar os anos de vida, sendo que para isso, foram necessários grandes esforços para controlar a fome e os deslizos na alimentação.

O “Ser diabético” revelou que apesar do desprazer da restrição alimentar, da convivência com medos freqüentes em relação à possibilidade de tomar insulina e ter complicações crônicas, ele convive com uma força de vontade e uma esperança de cura e de controle glicêmico que tem por determinação o desejo de evitarem ou mesmo retardarem as complicações e ter uma vida longa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender o significado de ser diabético tipo 2 foi preciso nos aproximarmos da experiência da pessoa que vive a doença.

O significado de *Ser diabético* e *Descobrir-se diabético* geraram sentimento de revolta e negação, refletindo-se no pouco caso dado ao diagnóstico, e continuando a viver normalmente como se nada tivesse acontecido. Outros significados observados foram a continuidade ao trabalho; seguido das restrições alimentares; medo e inconveniência das injeções de insulina e das complicações; além da esperança no controle e na cura definitiva da doença.

Ficou evidente a dificuldade em aceitar e lidar com o diabetes, no início da doença, e essa negação se deu devido às cobranças para mudar o estilo de vida, mais especificamente relacionado à mudança nos hábitos alimentares. O momento que obteve a confirmação do diagnóstico mostrou-se bastante difícil e crítico, porém, alguns relataram não ter levado a sério a doença no momento do diagnóstico. O reconhecimento, a aceitação e maior preocupação com a DM deu-se em grande parte devido ao surgimento das complicações, pois muitos relataram que continuavam a viver dentro da normalidade, sem preocupações, quando não apresentavam sintomas evidentes da doença. A falta de manifestação clínica determinou um sentimento de imunidade, um sentimento de que nada poderá lhe acontecer. E esse parece ser o grande desafio para a equipe de saúde.

A manutenção da rotina, em especial, do trabalho, após o diagnóstico se mostrou com significados relacionados a aceitação da doença e, determinante do seu impacto positivo.

A restrição alimentar assumiu um significado maior com repercussão negativa expressiva, na vida dessas pessoas, porém percebe-se o empenho e a força de vontade de seguir uma alimentação desejável.

O constante controle glicêmico foi relatado como algo que precisa ser buscado a todo instante, para continuar vivendo sem complicações e internações. O medo de ficar dependente da insulina, o medo das injeções e das complicações crônicas do diabetes estão presentes nos relatos, por isso, em alguns casos o início da utilização da insulina foi postergada ao máximo e, em alguns momentos, sequer foi administrada. Verifica-se, também, que as pessoas com diabetes, que precisam fazer uso da insulina, apesar de todo o sentimento negativo que apresentam, se vêem obrigados a passarem por um processo de aceitação e incorporação desse tratamento em suas vidas.

Percebe-se esperança na cura e no controle glicêmico como forma de evitar ou retardar as complicações e ter uma vida longa com qualidade. Alguns pacientes almejam a cura da doença pela possibilidade de voltar a comer doces.

Foi possível, também, evidenciar que não existe uma linearidade na maneira de conviver com o diabetes. Esse é um processo que vai sendo construído com conhecimentos do cotidiano, com as experiências pessoais e interações sociais vivenciadas.

Enfim, o significado que a pessoa diabética tem em relação à sua condição, direciona o comportamento de saúde, tanto na busca de hábitos mais saudáveis como hábitos inadequados, determinando, deste modo, possibilidades ou dificuldades para o controle da doença. É neste contexto, que o cuidado de enfermagem deve ser enfático, essencial, observando os aspectos clínicos, valorizando os emocionais e ajudando no controle e na qualidade de vida das pessoas com diabetes.

Vencido os objetivos desta etapa espero que o conhecimento trazido por este estudo possa ajudar as equipes de saúde a terem uma nova visão do tratamento e cuidado dessas pessoas a partir da compreensão do significado do “Ser diabético”.

Assim, este foi somente o início de uma caminhada na busca de ajuda para que as pessoas com diabetes tenham uma melhor qualidade de vida, consigam controlar a doença e se aceitem como tendo de uma doença crônica que pode ser perfeitamente controlada por eles mesmos. Aprendi muito com este estudo, repensei e redirecionei minha prática em alguns momentos. Porém, novos estudos precisam ser realizados a fim de se compreender melhor outros aspectos da vivência do ser diabético, inclusive pesquisar outras maneiras de melhor enfrentar esta doença.

7 RECOMENDAÇÕES

Após a conclusão deste estudo, recomendo aos profissionais de saúde que trabalham com pessoas diabéticas sessões e orientações em grupo, que podem e devem ser utilizadas para que os pacientes que estão controlados e aceitando a doença possam interagir com os demais e trocarem experiências, reforçando que é possível controlar a doença e viver uma vida feliz aceitando seu problema de saúde e melhorando a qualidade de vida.

Os grupos de apoio apresentam-se como opção e estratégia, pois é um momento a mais que o paciente tem para ser escutado e trocar experiências com os outros enfermos, diminuindo, desta maneira, os sentimentos de angústia, injustiça e revolta desencadeada pela doença, auxiliando no manejo das crises futuras e na adesão ao regime terapêutico. O conhecimento das dificuldades do convívio diário, bem como de sua ansiedade pode auxiliar os profissionais da saúde no atendimento aos pacientes que apresentam doenças crônicas.

O diabetes pode estar relacionado à maneira como a pessoa interpreta, aceita ou não, o acontecimento. A maneira de encarar e tratar o diabetes depende muito da personalidade e disciplina de cada pessoa. É possível ter uma qualidade de vida e de saúde altamente satisfatória, assim como também é possível fazer da doença a desculpa para todos os insucessos na vida e esse, parece ser o grande desafio que se apresenta para a equipe que cuida dessas pessoas.

Outra estratégia sugerida é a criação de centros de referência em doenças crônicas ou até mesmo centros especializados em diabetes no país, com equipes multiprofissionais para darem o suporte necessário aos pacientes e familiares.

Porém, para que esse suporte seja efetivo mudanças na formação profissional deve ocorrer, pois os profissionais de saúde, na maioria das vezes, são orientados para uma visão meramente biologicista, onde a patologia é mais importante que o enfermo, dando-se mais destaque aos aspectos biológicos e esquecendo-se dos aspectos psicológicos, sociais e culturais que acometem este *Ser* diabético.

Enfim, pensamos que o caminho para o controle e aceitação da doença, perpassa pela motivação, conhecimento, responsabilização e apoio.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, R. C. de S. A comunicação como instrumento do processo do cuidar – visão do aluno de graduação. São Paulo: **Nursing**, n.45, p. 19-23, Fev. 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. Resolução 196/96 – Ética em pesquisa com seres humanos, 1996.

CAIXETA, C. C. **As relações familiares e o processo de adoecimento em diabetes tipo 2**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAVINATTO, S. M. **Doença crônica, autocuidado e autonomia: estudo de um processo educativo junto a pacientes com diabetes mellito tipo 2**. São Paulo, 2003.

COLLIÉRE, F.M. Cuidar... acompanhar as grandes passagens da vida . In: _____. **Cuidar a primeira arte da vida**. 2 ed. Lisboa: Lusociência, 2003. p. 169-196.

_____. A prática de enfermagem no âmbito da acção sanitária e social. In: _____. **Cuidar a primeira arte da vida**. 2 ed. Lisboa: Lusociência, 2003. p. 223-259.

_____. Origem das práticas de cuidado e sua influência na prática de enfermagem. In: _____. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. cap. 1

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 240/2000, aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências, de 30 de Agosto de 2000.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. Trad. TAPAJÓS, Ana; PRADO, Mauro Machado do, 2005, p. 13. Disponível em: <<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=17>>. Acesso em 30 de Julho de 2008.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. de; COSTA, T. N. A.. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** , v.31,n.2, p.219-226, Ago, 1997.

FOSTER, P.C; JANSSENS, N.P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J.B (Org). **Teoria de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. da. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus. Florianópolis: **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n.1, p. 105-111, Jan-Mar 2007.

GUERRA, L. F. **Diabetes: da negação à aceitação**, 2006. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/makepdf.php?itemid=326>> Acesso em: 02 de Março de 2008.

HELENO, M. G. V.; MALERBI, F. E. K.. **Aspectos psicológicos no controle do diabetes mellitus**, 2007. Disponível em: <<http://www.diabetesebook.org.br/capitulo/aspectos-psicologicos-no-controle-do-emdiabetes-mellitussem>> Acesso em 13 de Março de 2008.

KUBLER- ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 296.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. da P. C. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura**. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n3/17457.pdf> > Acesso em: 18 de Julho de 2007.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? Florianópolis: **Texto e Contexto Enfermagem**.v.10,n.1. p.32-49, jan/abr, 2001.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC, 1998. p. 284.

LYRA, R.; CAVALCANTI, N.. **Diabetes Mellitus**. 1.ed.Rio de Janeiro: COPYRIGHT Ruy Lyra Ney Cavalcanti, 2006. 667 p.

LYRA, R.; OLIVEIRA, M.; LINS, D.; CAVALCANTI, N. *Prevention of type 2 diabetes melitus*. **Arq Bras Endocrinol Metab**, 2006, vol.50, n. 2, ISSN 0004-2730.

MAIA, F., F.R; ARAÚJO, L. R. Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 em Minas Gerais. **Arq Bras Endocrinol Metab**, vol. 48 n. 2, Abril, 2004.

MALAFIA, S.D., Eu Já Sei Me Cuidar? **Diabetes a revista da SBD**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 22-23, maio 2008.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicentric study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian cooperative group on the study of diabetes prevalence. **Diabetes Care**. Vol. 15, n. 11, p. 1509-1516, 1992.

MATOS, O.S.; ANDRADE, A.M.D.; ALMEIDA, O.C.; VIDERO, P; SOUSA, S.S.S.; CERSOSIMO,E.; COSTA, J.L.F. Impacto da Assistência multidisciplinar no controle glicêmico do portador de diabetes mellitus. **Arq Bras Endocrinol Metab** . v. 49, n. 5, p. 948, 2005.

MINAYO, M.C de S; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O .; GOMES, R. **Pesquisa social teoria, método e criatividade**. 10 .ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

MINAYO, M. C. de S; SANCHES, O. Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou complementariedade. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9 , n.3, p. 239-262, jul/set, 2003.

MOREIRA, T. M. de O. **Narrativas de pessoas com diabetes na rede básica: determinantes da hospitalização** – Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da UFBA, Salvador, BA, 2007.

MUNÕZ, L. A.; PRICE, Y.; GAMBINI, L.; STEFANELLI, M. da C.. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. **Rev. Esc. Enferm. USP.** V.37, n.4.2003. p. 77-84

MUSSI, F. C. Desconforto, Modelo Biomédico e Enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. **Acta Paul Enf**, v.16, n.3, Jul./Set., 2003.

OLIVEIRA, J. E. P. de; MILECH, A.. **Diabetes Mellitus clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 349.

OLIVEIRA, O. Enfermagem contribue ativamente para que o paciente diabético leve uma vida mais independente. São Paulo: **Nursing**, n.63, p. 12-13, Agosto de 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório mundial/ Organização Mundial de Saúde. Brasília, 2003, 105 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**./ Organização Pan-Americana de Saúde. – Brasília, 2003, 60 p.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev. Saúde Pública**. v. 40 n. 2. p. 310 – 317, 2006.

PÉRES, D. S., SANTOS, M. A. dos, ZANETTI, M. L.; FERRONATO, A.A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Nov./Dez. 2007, vol. 15, n. 6 p. 1105-1112. ISSN 0104-1169.

PETERS, A.; SANTOS, D. D; CATAFESTA, K.G.; BATISTA, C.L.B.M. Competência do portador de diabetes mellitus para o autocuidado. São Paulo: **Nursing**, n.72, Maio de 2004. p. 15-22.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Delineamento de pesquisa. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Trad. Regina Machado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, cap. 6. p. 108- 140.

REIS, O. M. dos; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K.. Preparo de médicos para o atendimento a diabéticos ao Programa da Saúde da Família e suas percepções sobre as dificuldades de adesão ao tratamento. **Acta Sci. Health Sci**, v.27,n.2, p.119-129 , 2005.

REIS, O. M. dos. **Crenças de idosos portadores de diabetes mellitus sobre a doença e hábitos alimentares**. 2002. Monografia (Especialização) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

ROSSI, M. J. dos S.. O curar e o cuidar. A história de uma relação. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília. n. 44 v 1, p. 16-21, jan/mar. 1991.

SABATÉ, E. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción**. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2004.

SAVIANI, D. **Educação: do comum à consciência filosófica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, M. D. G. V. da. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. [Tese]. Florianópolis: Departamento de Enfermagem/EFSC; 2001.

SILVA, M. J. da; RODRIGUES, R.M.; VALE, E.G. O uso das ciências sociais no campo da enfermagem. São Paulo: **Nursing**, n.81, p. 80-85, Fev. 2005.

SILVA, M. O. da. Plano educativo. In: OLIVEIRA, J. E.P.de; MILECH, A.. **Diabetes Mellitus clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 67-76.

_____. O preparo para o autocuidado do cliente diabético e família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, p. 137-52. Ago. 1991.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. Brunner e Suddart. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007.

SOUZA, A. L.; PIERIN, Â. M.. Papel da enfermagem no aumento dos índices de adesão nas doenças crônicas. IN: MION JR, D.; NOBRE, F. **Risco Cardiovascular global: convencendo o paciente a reduzir o risco**. São Paulo: Lemos, 2002. P. 57-81.

THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progreson fo long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **N Engl J Med**, vol. 329, n. 14, p. 977-986,1993.

UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP. Intensive blood glucose control with sulplonylureas or insulina compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. **Lancet**, v.352, n. 9131, p. 837-853, 1998.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.

____ **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Cap 1. Petrópolis: Nozes, 2006, p.

WEBER, M. B.. Tratamento multidisciplinar e qualidade de vida em doentes crônicos. **Diálogo científico**, v.1, n.2, p. 11-12, mar./abr. 2005.

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

ZIMMERMAN, B. R.; WALKER, E. A. **Guia completo sobre diabetes da American Diabetes Association**. Trad. Marilene Tombini. Rio de Janeiro: Anima, 2002. p. 610.

APÊNDICES



APÊNDICE A - INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DA PESQUISA

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa **BUSCANDO COMPREENDER O SIGNIFICADO DE SER DIABÉTICO TIPO 2**, em caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o ambulatório de diabetes.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA

A expectativa deste estudo é poder contribuir para uma melhor abordagem dos profissionais de saúde que trabalham com pessoas com diabetes tipo 2, no que tange a aceitação da doença e o controle glicêmico, deste modo, favorecendo a redução da mortalidade, das complicações do diabetes, bem como contribuindo para a melhora da qualidade de vida dessas pessoas. Esta pesquisa de caráter descritivo pretende: Compreender os significados de ser diabético tipo 2 e verificar a inter-relação existente entre os significados de ser diabético com o comportamento apresentado em relação ao seguimento terapêutico e controle glicêmico.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se concordar em participar da pesquisa, você deverá responder a uma entrevista gravada. A entrevista seguirá um formulário previamente elaborado que buscará coletar dados de identificação, clínicos, sócio-culturais e vivências em relação ao diabetes.

RISCOS E DESCONFORTOS

Não existem riscos evidentes na pesquisa. Poderá ser considerado desconforto lembranças ou vivências desagradáveis em relação à convivência com diabetes.

BENEFÍCIOS

A pesquisa contribuirá para possíveis mudanças de atitudes por parte da equipe multiprofissional no tratamento das pessoas com diabetes tipo 2.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE

Não arcarão com nenhum gasto decorrente da sua participação na entrevista, bem como, não receberão qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido à participação na pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA

Será garantido sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Serão divulgados somente dados que estejam diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: OLIVIA SOUZA CASTRO ALMEIDA

ENDEREÇO: RUA: HORTO GARIBALDI, Nº 141, APTO 502, ED. PALAZZO RAVIZZA, RIO VERMELHO, SALVADOR – BA.

TELEFONE: (71) 8825- 0604 / 33347474

Olivia Souza Castro Almeida
Enfermeira do Centro de Diabetes do Hospital Salvador



APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora Olivia Souza Castro Almeida - dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Salvador, _____ de _____ de 2008.

ASSINATURA

R.G.: _____



APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Título: **BUSCANDO COMPREENDER O SIGNIFICADO DE SER DIABÉTICO TIPO 2**

1. IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS

Abreviatura do nome: _____

Idade: ____ anos Sexo: F(☐) M(☐) Tempo de DM: _____ meses

Glicemia capilar: _____ Ocupação: _____ Renda: _____

Religião: _____ Cor auto declarada: _____

Escolaridade: _____

Estado civil: _____

Mora com quem: _____

Faz uso de tratamento medicamentoso? Quais:

(☐) Antidiabético oral (AO) (☐) Insulina (☐) AO + Insulina

Tem alguma complicação crônica decorrente do DM? Quais?

(☐) Retinopatia (☐) Nefropatia (☐) Neuropatia autonômica (☐) Neuropatia somática (☐) Doença arterial crônica (☐) AVC (☐) Angiopatia periférica Outras:

2. SIGNIFICADOS DA DOENÇA E COMO ESTES MANIFESTAM NO SEGUIMENTO TERAPÊUTICO, ACEITAÇÃO E CONTROLE GLICÊMICO?

Para você o que é diabetes?

Como se sentiu ao descobrir que tinha diabetes?

Que mudanças aconteceram na sua vida após o diagnóstico? Como enfrentou essas mudanças?

Como você cuida da doença?

Quais as dificuldades encontradas para seguir o tratamento proposto?

Como é para você conviver com diabetes?

O que você espera para o futuro?



APENDICE D – ENTREVISTAS TRANSCRITAS

Abreviatura: ZABV

Glicemia capilar: 155 mg/dl 2 h pós

prandial (pp)/ HbA1c: 6%

Idade: 72 anos Sexo: F

Cor auto declarada: mulata

Tempo de DM: 23 anos

Ocupação: Professora aposentada

Renda familiar: de 1 a 2 salários mínimos

Escolaridade: Médio completo

Estado civil: casada

Religião: Espírita

Mora com quem: esposo e filhos

Medicamentos que faz uso para DM: antidiabéticos orais

Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: Não

Antecedentes familiares para DM: pai e irmãos

Para você o que é DM?

Transtorno (risos) é um transtorno para mim, no princípio eu não aceitava. Porque nestes dias eu estava conversando com uma filha minha e ela dizendo, mas minha mãe quando a senhora soube que estava com diabetes a senhora lembra o escarcéu que a senhora fez? Lembro minha filha, e de vez em quando até hoje eu faço. Porque eu já acostumei, porque eu não tenho jeito a dá né? Eu tenho que aprender a conviver com o diabetes. Foi um transtorno para mim (chorou, ficou bastante emotiva).

Como é para você conviver com diabetes?

Normal, normal quero dizer dentro de conviver com o diabetes, eu não como açúcar, já me acostumei, já me habituei, não me faz falta, ao contrário, quando eu preciso assim colocar um pouco na boca, eu sinto aquele sabor que tinha o açúcar para mim, quando às vezes (pausa) eu gostava muito de doce, de comida (pausa) de café bem doce, quanto mais minha família falava ai era que eu fazia, coisas que a gente faz sem pensar né? Mas hoje em dia, eu aceito bem.

Como se sentiu ao descobrir que tinha diabetes?

Como lhe disse, senti uma angústia, foi um transtorno. Chorei, me lamentei, me maldisse, mas depois eu procurei, posso falar? Eu procurei uma religião, me apeguei ao espiritismo, leio muito, gosto, as vezes deixo de sair para ler, e com isso tenho vivido, e muito bem.

Que mudanças aconteceram na sua vida após o diagnóstico?

(Pensativa) um bocado, na alimentação, tirar o açúcar, que no princípio para mim foi difícil, eu comia muita carne de porco, eu adorava, eu fazia farofa daquelas gorduras da carne de porco, me restringi assim a muita coisa, no princípio né? Porque eu achava que quem tinha

diabetes não podia fazer mais nada, depois que eu comecei a ler as revistas de diabetes que eu compro muito, leio, essas coisas assim (pausa) foi que eu comecei a melhorar.

Como você cuida da doença?

Não vou lhe dizer que como eu deveria cuidar, porque de vez em quando a gente dá uma escorregadinha né? Natal mesmo, a gente dá uma fugidinha. Mas eu cuido bem, eu me cuido, procuro me cuidar. Fazendo o que? Exercício, ando quase todos os dias, só não ando dia de Domingo, ou quando tá chovendo, porque eu moro aqui na Centenário, então eu ando por aqui mesmo, quando tá chovendo que eu não ando, porque eu só gosto de andar de manhã, e (pausa) agora fazer piscina (hidroginástica) eu não gosto mesmo, tenho medo de água, eu acho que já morri alguma vez afogada, porque tenho medo de água, água mesmo só no chuveiro. Mas ando uns 50 minutos, 45 minutos, raramente eu chego a uma hora.

Quais as dificuldades encontradas para seguir o tratamento?

Até o momento nenhuma.

O que você espera para o futuro?

Ir aos 90 anos, daí para lá (risos) e a cura do diabetes, ainda vou esperar a cura do diabetes e comer açúcar.

Abreviatura: ALJN
prandial)/ HbA1c: 9,3%

Glicemia capilar: 345 mg/dl 3 h pós

Idade: 42 anos Sexo: F
Cor auto declarada: negra
Tempo de DM: 30 anos
Ocupação: administradora
Renda familiar: entre 2 e 3 salários mínimos
Escolaridade: superior
Estado civil: casada
Religião: espírita
Mora com quem: esposo e filhos
Medicamentos que faz uso para DM: antidiabéticos orais
Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: Não
Antecedentes familiares para DM: pai e mãe

Ah é você ficar restrita em algumas coisas né? Em termos de alimentação né? Salão de beleza mesmo, para a gente fazer unha, a gente também tem que levar nosso material, tudo isso tem que ter um processo.

Normal, eu faço tudo, caminho, tenho minhas caminhadas pela manhã, trabalho, estudo, é normal. Mas quando descobri foi muito ruim né? Porque eu tinha apenas 12 anos e fiquei restrita, doce essas coisas que eu gosto muito, fiquei muito restrita a essas coisas, mas em relação a outras coisas, é (pausa) como pessoa, como comportamento, tudo normal.

Acho que todo mundo usa essa palavra, é um choque né? É um choque devido as restrições né? Pelo fato de você começar a tomar medicação e ser uma coisa constante.

A mudança foi essa né? Após começar a tomar medicação e se restringir a alguns alimentos, só isso.

Todo dia, agora mesmo eu comecei a usar insulina aí, quando chega a hora de tomar que me dá agonia a furada, mas eu sei que eu preciso, então, normal.

As dificuldades ah, eu queria encontrar um salão que cuidasse das unhas dos pés né? Para diabético, e não tem, eu acho que não tem, ou eu não procurei ainda, primeiro porque eu já tenho uma deficiência na perna né? E eu tenho que cuidar muito dos meus pés, devido a calos que eu tenho nos pés, é de fazer muita força, e eu queria ir em um salão assim, para tomar umas massagens, alguma coisa assim, que fosse constante, para que a gente pudesse se sentir bem.

Ah que descubra assim algum tipo de vacinação, ou alguma medicação que você tome e não precise a ficar restrita a comer alguma coisa, eu adoro doce.

Abreviatura: HS
HbA1c: 7,1%

Glicemia capilar: 187 mg/dl 2:10 h pp)/

Idade: 79 anos Sexo: M

Cor auto declarada: parda

Tempo de DM: 5 anos

Ocupação: administrador aposentado

Renda familiar: de 2 a 3 salários mínimos

Escolaridade: fundamental incompleto

Estado civil: viúvo

Religião: não tem

Mora com quem: sozinho

Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral

Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: doença arterial coronariana

Antecedentes familiares para DM: não, somente o filho tem

Diabetes eu praticamente (pausa) eu não sei (risos). Sintomas eu não sinto, porque talvez eu não conheça os sintomas da diabetes, né?

Normal, procurando fazer as dietas o máximo possível, só.

Normal, normalmente.

Hum, praticamente nenhuma. Porque eu continuo trabalhando, o que mudou foi a alimentação geral que modificou por completo né?

Dentro do possível (risos).

Dificuldades (pausa) é às vezes falta de remédio, porque tem remédios aí que eu tô tomando que é muito caro, mas dentro do possível eu faço todos os esforços de tomar todos eles.

Que venha um futuro melhor ainda do que esse que nós tamos, eu sou sempre esperançoso.(HS)

Abreviatura: JLMR

HbA1c: 11,5%

Glicemia capilar: 394 mg/dl 4 h pp)/

Idade: 76 anos Sexo: M

Cor auto declarada: branca

Tempo de DM: 5 anos

Ocupação: aposentado

Renda familiar: entre 1 e 2 salários mínimos

Escolaridade: fundamental incompleto

Estado civil: casado

Religião: católico não praticante

Mora com quem: esposa e filhos

Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral

Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: disfunção erétil

Antecedentes familiares para DM: pai e mãe

Eu já era apavorado com esse negócio de diabetes, sempre fui. Considerei uma coisa muito grave, porque eu tenho um irmão mais novo do que eu já (choro e pausa), e ele já vem sofrendo com diabetes há muito tempo, ele toma insulina. Nós temos uma fazenda em Jaguaquara e as vezes de manhã cedo e na hora de dormir sempre aplicava a insulina, e aquilo ali (choro) eu ficava apavorado, nunca desejei que aquilo fosse me acontecer, e foi me acontecer agora, mas graças a Deus eu não to precisando (tomar insulina), e nunca me apavorei, mas ultimamente do jeito que tá, ele (irmão) mesmo que no fim do ano passado que me levou aquele aparelhinho de presente, e na hora que ele tirou o sangue lá, rapaz Ave Maria você está com quase 500 e tanto (choro) daí foi que ele me apavorou mais ainda, aí é aquela coisa. Ultimamente, agora eu tô já acostumando quando fala que tá em 300 e tanto, 200 e tanto, como agora mesmo que tirou e tava em 300 e 390, quer dizer tá altíssima. E o que eu tô notando que ultimamente eu me tornei uma manteiga (choro) eu não sei se é proveniente mesmo do diabetes, que até assistir um programa de televisão que eu me emociono, qualquer coisa me emociono.

Bom, de agora em diante que eu tenho que me acostumar mesmo, como eu vou me acostumar com isso, não sei, se continuar (pausa), o médico passou, aumentou mais esse remédio que eu só tomava meio dia, passei a tomar de manhã, meio dia e de noite. Eu acredito que ela vai abaixar aí. Não sei se vou continuar com essa manteiga derretida. Porque ultimamente eu não posso nem conversar sobre meu passado, qualquer coisa que aí eu me emociono.

Fiquei apavorado. Mas há cinco anos atrás dava 130, 160 e voltava para 111 e (pausa) eu não tinha, não dava importância.

Praticamente nenhuma, o que me aconteceu já há alguns anos atrás, foi a diminuição da potência (sexual), agora não sei se (pausa), há cinco anos atrás o médico passou um remédio do colesterol e alguns vezes depois que eu fui a ele, ele me disse: não rapaz isso é de açúcar, isso aí é da glicemia, não é efeito do Eupresim que eu tomava, mas eu dizia é doutor tenho sentido ultimamente, e ele disse não, é do açúcar, aí eu não dei importância.

Só tomando os remédios, quer dizer tenho evitado o açúcar, mesmo porque não sou chegado a qualquer comida, ou qualquer doce, essas coisas, não sou chegado a coisa doce demais, e venho tomando aquele açúcar líquido (adoçante).

Agora eu vou ter que seguir né, o tratamento direitinho, mesmo porque eu tenho que seguir mesmo porque senão o negócio apavora mais ainda.

Agora é agradecer a Deus cada dia que me passa, e levar a vida. E na idade que estou, com 76 anos já, embora não me considero cansado, nem nada, tem que parar, não parar de viver. Cuidar um pouco mais da saúde.

Abreviatura: CAM
pp)/ HbA1c: 10,1%

Glicemia capilar: 280 mg/dl 2:30 h

Idade: 63 anos Sexo: F
Cor auto declarada: parda
Tempo de DM: 20 anos
Ocupação: aposentada
Renda familiar: 1 a 2 salários mínimos
Escolaridade: médio completo
Estado civil: união estável
Religião: católica
Mora com quem: esposo
Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral e insulina
Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: retinopatia e neuropatia somática
Antecedentes familiares para DM: mãe e irmã

Eu não sei, sei que é uma coisa chata né?

Pedir a Deus sempre, porque o diabetes é uma doença muito chata né? E controlar, ir controlando até o dia que Deus quiser.

Como se sentiu ao descobrir que tinha diabetes?
Para mim foi normal, eu não senti nada não.

Eu nem sei te responder, porque a gente tem que continuar pedindo a vida né? Para mim não mudou nada, porque para mim foi normal, todo mundo tem né? Não me desesperei não.

Na base dos remédios né? Insulina, comprimido. Temos que confiar em Deus primeiramente né? Colocar tudo nas mãos de Deus, desesperar é pior.

Não tenho nenhuma dificuldade por enquanto né? Porque até agora eu nunca tive problema de diabetes, só ia nas consultas com a médica mesmo.

A morte né? (risos), porque com 63 anos, o que tem que esperar? É confiar em Deus e esperar a morte né? A gente entrega na mão de Deus.

Abreviatura: AFP
pp)/ HbA1c: 6,3%

Glicemia capilar: 183 mg/dl 2:30 h

Idade: 58 anos Sexo: M
Cor auto declarada: mulato
Tempo de DM: 18 anos
Ocupação: aposentado
Renda familiar: 1 a 2 salários mínimos
Escolaridade: fundamental incompleto
Estado civil: casado
Religião: católico
Mora com quem: esposa e filhos
Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral e insulina
Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: disfunção erétil
Antecedentes familiares para DM: mãe, tio materno e irmã

Eu descobri que é açúcar no sangue, comi muito doce, outros já dizem que já vem de família, não sei qual o problema, o médico mesmo que pode explicar. O meu mesmo estou controlando, a médica hoje mesmo me disse que está controlado, mas falou se tiver uma nutricionista lhe acompanhando melhor ainda, porque eu não sigo a dieta que o médico passou não.

Normal, não esquento minha cabeça não. Porque eu não sinto nada, como de tudo, nada me faz mal, não sinto dor de barriga, não sinto desinteria, nada, coração , não sinto nada no coração , fígado , nada, nestes dias eu fiz um exame do fígado, rim, não deu nada. A próstata que deu uma alteração.

Na época (do diagnóstico) não tinha “descobrido” nada, ai eu tinha saúde, não sentia nada, problema nenhum. Ai eu não me assustei não, toda sexta feira, eu ia no mercado e tomava cerveja. Não bebia exagerado. Ai o diabetes começou a ficar alto, ai eu isolei tudo.

Comecei a diminuir o açúcar, refrigerantes, que eu tomava muito refrigerante, já gostava de Coca-cola, Pepsi. Ai diminui açúcar mesmo, comecei a usar adoçante. Eu me corto em prego em arame em tudo, a minha filha fala para eu não andar descalço (pausa) tem gente que fica agoniado quando descobre que tem diabetes e eu não, para mim é como se eu tivesse bom, normal. O meu problema mais é nas pernas, costumado correr, andar pra qui pra li, acordava cinco horas da manhã e chegava em casa 8 horas da noite, trabalhando, agora tenho que andar com o auxílio de (muleta), mas graças a Deus que eu já largo ela. Só que tava dizendo a médica, depois desde negócio (cirurgia de Hérnia de disco) a minha potência que tá abalada, uns dizem que é do diabetes e outros que foi problema da hérnia de disco, depois que eu operei, leva assim tempo para ter relação.

Tomando os medicamentos, a alimentação foi como te disse o médico me passou uma lista, que não era para comer pão, as vezes como pão, como biscoito, não é exagerado né? Pessoa de baixa renda não pode querer fazer seu regime. No dia a dia mesmo como macarrão, às vezes arroz, outro feijão. A carne ele disse que eu tinha que mudar, comer só frango, peixe, essas coisas, carne branca, não comer carne vermelha.

Só a alimentação, no caso tive que mudar de comer massa, essas coisas, farinha. Tive que começar a comer frutas, verduras. Só que eu fui acostumado desde pequeno comer tudo que aparecia pela frente, assim eu vou controlando.

Eu só espero agora as minhas filhas que fiquem bem, porque eu já tou quase no... qualquer tempo que eu viver agora para mim é lucro. ... Só Deus que sabe o que vem pela frente.

CONTATO NÃO GRAVADO, NO DIA 10 DE JUNHO DE 2008.

Relatou que não toma insulina todos os dias, pois tem medo de hipoglicemia. E reafirma que apesar de ter perdido a mãe devido ao diabetes (gangrena em MMII), tenta vê o diabetes como algo normal, pois “se a gente tá com o problema temos que tentar combater né? Se desesperar é pior, aí a pressão e a glicemia vai subir”

Abreviatura: SAM
10,8%

Glicemia capilar: 358 3 h pp)/ HbA1c:

Idade: 56 anos Sexo: F
Cor auto declarada: preta
Tempo de DM: 4 anos
Ocupação: aposentada
Renda familiar: acima de 3 salários mínimos
Escolaridade: médio completo
Estado civil: casada
Religião: evangélica
Mora com quem: esposo e filhos
Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral
Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: Não
Antecedentes familiares para DM: avós paternos e maternos e mãe

Para mim é a pior coisa do mundo, não aceito, porque você fica restrita, não pode comer o que você gosta, que é o principal, e (pausa) fica restrita a muita coisa, eu acho que seja isso.

Para mim é péssimo, eu não aceito, todo dia eu digo a Deus isso, não aceito mesmo, não aceito essa doença em mim.

Eu me senti arrasada, arrasadíssima. Porque eu não conhecia assim entendeu? Porque minha avó tem anos que já faleceu e eu não me lembrava mais, e depois meu cardiologista, disse na época que era uma doença que matava aos poucos. Que iria destruindo as pessoas aos poucos se não tomasse cuidado.

Mudou a minha vida, mudou muitas coisas, eu tive que deixar de (risos) chupar jujuba, que eu gostava, e outras coisas né? Que não pode, não pode, lá em casa se eu pegar um pedacinho de bolo, vem um e abafa da minha mão, é uma agonia (emotiva/choro). Eu acho que minha vida sexual também mudou muito (choro), muito remédio, não sinto nenhuma vontade, eu creio que seja do remédio.

Tomo meus remédios normais, não deixo de forma nenhuma de tomar, se me indicam chá eu vou e tomo, remédio assim que dizem que ajudam, agora mesmo uma amiga chegou lá da Racco, me deu um chá que é muito bom, aí eu vou e compro pensando, sei lá achando que vou melhorar entendeu? Mas aí eu tô tomando e deu 300 e pouco a minha glicemia, eu tomo só que não tem efeito nenhum essas coisas, comprei entendeu? Eu não vou mais comprar, gastar dinheiro. Tomo chá de insulina, que uma vizinha minha tem um pé lá e eu tomo. Na alimentação eu não gosto nem de arroz e nem de macarrão, então eu gosto de minha farinha, o que eu faço, eu vou e compro no posto lá, aí uma nutricionista me disse que eu podia comer 2 colheres de farinha, até 3, então se eu como feijão eu não como arroz, eu como a minha farinha, arroz para mim é a última coisa, eu boto óleo do bom, azeite doce extra virgem, minha alimentação é essa. Eu gosto de um inhame por causa da menopausa, aí se eu comer o inhame eu não como o pão, se eu comer uma banana da terra eu não como só um pedaço, eu gosto da banana da terra, então eu prefiro não comer o pão e comer uns três pedaços de banana da terra.

Antes não estava com convênio, agora que meu marido pôde fazer eu estou procurando me cuidar entendeu? quando você não tem convênio você não pode se cuidar, você vai para um posto de saúde, começa muito bem, depois é médico não vai, aí você passa meses e meses sem ser orientada. Agora não vai existir dificuldade porque eu vou seguir, antes eu não tinha convênio.

Espero que haja a cura da diabetes, me disseram a que se fizer a redução de estômago que tem cura né? Espero a cura.

CONTATO NÃO GRAVADO, NO DIA 25 DE JULHO DE 2008.

Após participar do grupo de pacientes com glicemias muito elevadas, com a equipe multiprofissional, de ter tido meu apoio logo após o término da entrevista, pois a paciente se encontrava transtornada com a doença mesmo após 4 anos de diagnóstico. Em Julho dia tive a surpresa e a felicidade da hemoglobina glicada dela ter reduzido de 10,8% para 6,4%. Relatando neste dia que começou a aceitar mais a doença e seguir mais o plano alimentar, pois a grande dificuldade dela era com a alimentação.

Abreviatura: VHCG
HbA1c: 10,7%

Glicemia capilar: 359 mg/dl 5 hpp)/

Idade: 57 anos Sexo: M

Cor auto declarada: branco

Tempo de DM: 20 anos

Ocupação: representante

Renda familiar: acima de 3 salários mínimos

Escolaridade: médio completo

Estado civil: casado

Religião: não tem

Mora com quem: esposa e filhos

Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral

Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana e disfunção erétil

Antecedentes familiares para DM: mãe e tio materno

Diabetes é uma doença que me incomoda muito, me deixa muito cansado, e com 57 anos e eu virei um velho. Me incomoda muito, inclusive tomar remédio, incomoda muito.

É isso eu sinto um incomodo grande. Eu acho que virei um velho com 57 anos, muito cansaço muita preguiça, incomoda demais, não posso comer o que eu quero, na hora que eu quero, que eu sempre fiz mesmo, mesmo sabendo que eu tinha diabetes.

Normal, fui empurrando com a barriga, nunca levei a sério que tava né? Alias eu nunca quis acreditar que tava, agora não tem mais escapatória. Agora que eu tô com ela no corpo mesmo com esses anos todos, que eu tô revoltado, tanto que a primeira coisa que eu quero fazer é essa cirurgia, não quero mais ficar dependente de remédio.

Após o diagnóstico inicial não. Na verdade não houveram muitas mudanças. não devia comer sorvete, mas eu como um sorvetinho de vez em quando, não devia comer gordura, mas eu sou gaúcho, adoro churrasco. Me proibir carne é um problema muito sério, é (pausa) cerveja, agora que eu estou tomando uma cerveja sem álcool, mas também sei que é errado, adoro cerveja. Então ou seja, parte de umas coisas que fazia antes e não posso fazer.

Pelo menos eu sou rigoroso nestes remédios que eu estou tomando. Tomo direitinho, mas eu não tenho regime alimentar, mas agora tô querendo levar mais a sério, pois agora tô mais preocupado.

Antes, apesar de achar que isso não foi motivo (pausa) estou há três anos em Salvador, então estou me instalando, tava com problema financeiro. Foi mais isso, preguiça, que foi o fator principal, muita preguiça em adotar um (pausa) cuidar mais de mim mesmo, agora não, agora eu to correndo atrás. Tô morando perto da praia, vou poder fazer as caminhadas, pois odeio fazer atividade física, mas caminhar eu gosto.

Eu espero que após a consulta que eu tive com Dra. Ana e com a nutricionista e após os exames eu possa voltar ao Dr. Erivaldo, e ele possa realmente dizer que se você quiser fazer a cirurgia do diabetes, faça. Eu sei que é experimental, sei tudo, mas só deu saber que eu vou me vê livre desse cansaço dessa dor no corpo, tudo isso aí, me entusiasma muito, eu fui o primeiro, um dos primeiros pacientes em São Paulo da cirurgia da miopia, zerou tudo, agora eu tô quase perdendo a visão, tô fazendo umas aplicações de Laser. Então, o que eu espero é ... meu pensamento tá todo voltado em função que eu consiga uma solução de eu fazer essa cirurgia, mesmo sendo experimental, porque eu quero fazer.

CONTATO NÃO GRAVADO, NO DIA 12 DE JUNHO DE 2008.

Em contato posterior o paciente relatou que tinha muito medo de tomar insulina, que sabia que este seria seu fim, pois sua glicemia estava muito elevada decorrente da falta de cuidado com a doença. Por isso adiava a ida a médico, tinha três anos que não ia a um endocrinologista. “não sei ao certo quando surgiu o diabetes, porque eu ia em um médico depois em outro. Sempre fui relaxado com estas coisas. Não utilizei a insulina até hoje, nem sei a dose. Tenho dificuldade de aceitar a insulina , quero fugir do espeto, até a espetada da glicemia me incomoda. Fazia uns 3 anos ou mais que não ia a endocrinologista. Agora que estive internado melhorou mais, porque eu vi que não é muito dolorido. Mas ainda não aceitei a idéia totalmente, sempre tiver pavor a furada.” Em relação a alimentação referiu que nunca teve uma alimentação saudável, mas que

estava tentando mudar o hábito “ depois que estive aqui, que dei uma mudada geral, parei de comer porcarias fora de hora.”

Abreviatura: JSJ
mg/dl))/ HbA1c: 13,9%

Glicemia capilar: HI (acima de 600

Idade: 54 anos Sexo: F
Cor auto declarada: morena
Tempo de DM: 15 anos
Ocupação: doceira
Renda familiar: 1 a 2 salários mínimos
Escolaridade: médio completo
Estado civil: união estável
Religião: católica
Mora com quem: esposo
Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral
Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: Não
Antecedentes familiares para DM: avô paterno

Uma doença muito complicada viu? Porque é uma doença que vem pelo sangue, vai para a urina também, é uma açúcar muito alto, muito complicado, desconforto total para o paciente.

Tem que saber realmente conviver, eu (pausa) convivo com jogo de cintura mesmo, porque realmente as pessoas têm que saber conviver mesmo, porque eu (pausa) monitorar né sua alimentação, medicação, tem que saber mesmo porque se você não tomar sua medicação correta, se você não fizer a dieta correta, você não sobrevive a ela.

(No início) apareceu o açúcar, a glicose em 136 (mg/dl) eu não liguei, deixei para lá, aí o próximo exame deu 185 (mg/dl) daí para cá deu diabete. Minha auto-estima baixou e muito. Eu tive vontade de morrer, depois eu consegui levantar com a ajuda da minha família e tô até hoje tentando sobreviver, com os medicamentos, com dieta, com exercício físico.

Muita coisa muito na minha vida, em relação ao meu jeito de viver, eu passeava muito, eu curtia muito, eu saia mais, hoje eu não faço mais isso porque bebia fumava parei tudo isso, a alimentação mudou, eu comia muita coisa, hoje eu já não como, não como gordura, não como farinha, só vivo mais realmente nos legumes nas verduras, frutas. Doce, açúcar tudo isso eu tirei. Tem que ter muita força de vontade, porque eu pesava 92 kg, perdi 13 kg imediatamente, de 3 a 4 meses.

Hoje graças a Deus eu cuido muito bem, com meus medicamentos com minha alimentação, eu almoço por volta de onze e meia, lanche três horas, quando dá seis horas eu tomo uma sopa bem balanceada, a noite o meu jantar é só sopa, antes de dormir um copo de leite ou uma maçã ou uma banda de uma fruta. Aí cada exame que faço (pausa) agora mesmo eu fiz o exame de colesterol deu 160 aí dá para vê que eu não como gordura, mas já teve a 380. Meu açúcar já foi a quase 600, e hoje esta em 200, 180, 185 (mg/dl). Quer dizer tem que ter um jogo de cintura, se não tiver você não sobrevive. E vou vivendo, acostumei a comer aquilo tudo moderado, a fome é infernal, mas eu consigo controlar, se não você não conseguiu sobreviver a ela.

Eu encontrei muitas dificuldades no início, mas eu superei, porque tem que ter caminhada, eu não queria andar, você tem que tirar certo tipo de alimento, e eu não queria tirar, eu olhava, beliscava, eu comia escondido. Mas depois eu fui indo, fui indo e consegui. Agora eu olho para a comida e não sinto vontade.

Ah eu espero para o futuro, que venha a cura do diabetes viu? E estou disposta até a me submeter as células tronco, se me chamar para ser cobaia eu vou ser, (risos), estou disposta mesmo.

CONTATO NÃO GRAVADO, NO DIA 17 DE JULHO DE 2008.

A paciente chega ao ambulatório para consulta com endocrinologista e aproveito para investigar e tirar algumas dúvidas em relação a sua entrevista. Foi quando percebi que sua glicemia estava muito bem controlada, glicemia capilar do dia, 130 após 1:30 de almoço e sua HbA1c havia reduzido de 13,9% para 8,4%. Fiz alguns questionamentos e descobri que por detrás daquele descontrole glicêmico anterior, apesar de sinalizar que seguia tudo certinho, existia uma preocupação grande de ficar dependente de insulina e medo da aplicação. “O meu endocrinologista anterior já havia me dito que era necessário eu utilizar insulina, não escondo isso, mas não usava porque tinha muito medo de ficar dependente daquilo, e o medo também da furada. Só Dra. W que me convenceu a usar.” Podemos perceber que apesar de hábitos saudáveis se não houve a terapêutica medicamentosa adequada associada não conseguimos reduzir a glicemia.

Abreviatura: JBS
pp)/ HbA1c: 6,4%

Glicemia capilar: 103 mg/dl 2:20 h

Idade: 71 anos Sexo: M
Cor auto declarada: negro
Tempo de DM: 40 anos
Ocupação: Juiz aposentado
Renda familiar: acima de 3 salários mínimos
Escolaridade: superior
Estado civil: casado
Religião: evangélico
Mora com quem: esposa
Medicamentos que faz uso para DM: insulinas
Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: pé diabético
Antecedentes familiares para DM: tio paterno

É quando o açúcar fica alto no sangue.

Eu primeiro tenho me sentido bem, principalmente porque eu mantenho o controle, e isso me favorece que eu tenha uma vida normal. Não tenho tido complicação não.

Foi com naturalidade, já ouvia falar da doença, mas não conhecia muito bem assim, mas não me causou preocupação assim maior não.

Praticamente o que eu posso dizer que eu tenha percebido nenhuma, porque eu continuei, apesar de ter ficado um período fazendo tratamento, fazendo a medida do açúcar, controlando vamos dizer assim, eu continuei com meu trabalho sem maior alteração, tudo normal. Apenas me resguardei no período que devia fazer a dieta, tomar medicação, para controlar. Mas não alterou nada.

Com muito cuidado, embora que para mim é difícil por causa da função, que exige uma atividade mais intensa né? E às vezes a pessoa pode deixar passar determinados preceitos. Talvez por causa da profissão eu não tenha sido tão rigoroso no controle, por causa da atividade profissional, mas sempre tive o cuidado de manter a regularidade da glicemia (pausa) dieta mesmo, o meu espírito nunca foi de gulodice, me alimentava sempre moderadamente, com aquilo que eu tinha conhecimento que podia fazer uso, não abusava, não conseguia abusar da alimentação. Com base nisso eu me achava em condições de controlar, tanto que felizmente nunca tive dificuldade nenhuma a mais com a saúde.

Nenhuma, ao contrário quando tive internado agora para fazer esse curativo, e eu tive até melhor orientação. A partir daí, inclusive, eu fui mais orientado em fazer uma dieta precisa, o que tem me ajudado bastante.

Eu espero manter, quer dizer, eu espero boas expectativas do futuro. Por exemplo, manter cada vez mais esse nível de controle, e com isso achar que eu vou contribuir para que pelo menos tudo funcione regularmente, funções regulares dos órgãos, mais ou menos esse objetivo.

Abreviatura: MCO
pp)/ HbA1c: 7,9%

Glicemia capilar: 60 mg/dl 3:40 h

Idade: 55 anos Sexo: F

Cor auto declarada: parda

Tempo de DM: 10 anos

Ocupação: aposentada

Renda familiar: 1 salário mínimo

Escolaridade: fundamental incompleto

Estado civil: solteira

Religião: católica

Mora com quem: sobrinho

Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral e insulina

Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: doença arterial coronariana

Antecedentes familiares para DM: mãe, irmãos e tia materna

É hereditária, é muita preocupação.

Digo assim no sentido de (pausa) custo de vida, eu não vou dizer que eu sigo corretamente, sempre no fim de semana eu saio da ética, como os alimentos certos, necessários, tomo os medicamentos nos horários certos, mas às vezes (pausa) eu nem posso comer tudo porque o diabetes é caro, um doce uma coisa assim eu realmente não compro mesmo. Eu to vivendo né? Porque a gente labutando com ela certinha a gente vive mais. Mas agora eu já tô com problema de coração, a família toda tá indo com problema assim, coração, rins, tudo devido

ao diabetes. Por causa disso eu já perdi 3 irmãos diabéticos, quer dizer que a gente fica se mantendo né? Eu mantenho certo, mas tem hora que saio do limite um pouquinho, mas eu contenho ele certo.

Eu fiquei um pouco revoltada, porque até o momento ninguém sabia que tinha, eu só labutava com minha mãe, um tio meu também que morreu quase açucarado, os órgãos dele ficou tudo assim com gota de água, aí eu fui convivendo tratando e pronto. Aí eu comecei a fazer a dieta que o médico mandou, não coma isso, não coma aquilo, aí pronto. No início nem levei a sério, mas depois a idade vai chegando e a gente tem que manter né? Você começa a sentir dores aqui, dores acolá, atacou logo o coração, aí pronto, aí eu ando no regime total.

Muitas, fiquei muito preocupada, aí vem as doencinhas, dor disso, dor daquilo, que eu não sentia nada, agora sinto muito cansaço. Alimentação que eu comia tudo, fazia de tudo, hoje eu não faço nada, nada no limite né? Tudo controlado. Mas eu achei bastante diferente, porque eu era sadia e agora com diabetes é tudo controlado, para mim foi um pouco difícil. Eu me alimentava bem, nunca tive nem uma dor de cabeça, com esse problema de coração não posso pegar peso, não posso subir ladeira, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo. Não tem ambiente nenhum bom para a gente frequentar assim, não participo quase de nada, vou em festinhas e tudo mas, tudo no controle entendeu? Vou vivendo, eu não me preocupo não, não me julgo nem doente, acostumei com diabetes, no meu controle, nos meus medicamentos, e na minha alimentação. eu atualmente nem me julgo mais diabética. Me preocupo um pouquinho mais com o coração, porque no dia a dia a gente tá cansada, mas o diabetes não me incomoda não. É coisa do tempo, a gente tem que aceitar, eu mesmo não me julgo assim diferente não, sou uma pessoa totalmente normal. Eu não posso fazer isso não posso fazer aquilo, eu me conformo. Para que eu fazer e me abusar e ficar aqui internada, esse ano eu dei graças a Deus porque eu não me internei, todo ano passo internada, Novembro e Dezembro, é 2002, é 2003... esse ano não, para mim não foi uma glória? Entrei o ano de 2008 com a cabeça erguida, não entrei nem no hospital, tava marcado para dia 10 e essa menina me ligou para vim hoje, quer dizer nem médico tô mais frequentando. Realmente eu sei que tenho problema de coração, mas eu estou fazendo meu regime e tomando meu medicamento, não tô precisando. Qual era o dia que eu não vinha para a emergência, não é uma glória para mim? É, me sinto bem graças a Deus.

Eu cuido como ela deve ser, tem horas que eu saio do controle. Mas eu nem me julgo diabética. Mas eu sei que realmente todo mundo tem da minha família, eu não abuso, porque se tratar ela bem, andar no regime certo, no regulamento, do diabetes a gente não vai. Não me corto, faço tudo como mandam, para não me prejudicar. O diabetes se não se tratar (pausa), só tenho medo um pouquinho da circulação.

Vivendo, espero que Deus me dê mais saúde, eu cuidando de mim, que eu vá até o dia que Deus quiser.

As vezes tenho dificuldade com a alimentação, porque se uma outra pessoa faz sua alimentação, você pode até comer direitinho um pouquinho a mais, mas a pessoa mesmo fazendo aquela comida todo dia todo dia, tem dia que eu fico só na merenda, e não é para ficar assim. Eu me levanto de madrugada tremendo. As vezes eu janto de noite, as vezes eu não janto, ultimamente eu não tô nem jantando, me sinto mal, ontem mesmo cinco horas da manhã eu me levantei para comer, antes de ontem eu levantei três horas para comer. Quer dizer se eu me alimentasse bem de noite, passava a noite tranquila, e eu não passo. Eu me sinto mesmo fria, gelada, o corpo todo tremendo. Eu tenho para mim que é do diabetes. Os

medicamentos eu tomo certo, uma vez ou outra assim que falta remédios nos postos, faço um sacrifício, uma irmã compra o remédio, outra compra. E eu vou levando, é difícil mesmo eu achar esse medicamento mesmo que passa. O angiologista mesmo me passou um medicamento que eu não tomo, a insulina Lantus, eu comprei umas três, as que eu comprei foi uns 260 e pouco reais, hoje mesmo tá 310, e eu suspendi, porque eu não tenho condições, mas não tenho mesmo. Eu falei, com todos os médicos deixei de tomar.

Eu espero que essa doença saia de mim, que é meio difícil. Ou então controlasse, não desse crise como em muita gente dá. Nem ficasse boa nem ficasse ruim, mas que ela controlasse, mais nada. Tem tempo que tá lá em cima, tem tempo que tá cá em baixo. esperar o controle né? Mas eu esperava que ficasse boa né? Porque os remédios que tomo a boca fica amarga a vida toda, não tem gosto a comida. Ah se me dissesse toma esse remédio que você vai ficar boa, aí eu fazia um sacrifício e ficava boa, mas não tem esse medicamento, para ficar livre, desimpedida, para dizer graças a Deus eu fiquei boa do diabetes. Já tomei tanto chá que quase perco a vista, porque chá dá infecção urinária e prejudica as vistas. Aí também deixei. Me conformo, tô bem graças a Deus.

Abreviatura: MRC
HbA1c: 5,9%

Glicemia capilar: 112 mg/dl 1 h pp)/

Idade: 51 anos Sexo: F
Cor auto declarada: parda
Tempo de DM: 6 anos
Ocupação: recepcionista
Renda familiar: 1 a 2 salários mínimos
Escolaridade: médio completo
Estado civil: solteira
Religião: evangélica
Mora com quem: sozinha
Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral
Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: Não
Antecedentes familiares para DM: irmã

Diabetes é falta de insulina no pâncreas, aí o açúcar dá mais que o normal e por isso temos que fazer dieta e tomar os remédios para controlar o açúcar.

No início eu senti um pouco de dificuldades, porque ao invés de ir no endocrinologista fui num cardiologista, ele constatou que eu era diabética mas passou um remédio mas eu não tomava. Aí um ano depois eu fui de novo e estava super alto, aí eu comecei a tomar os comprimidos direitinho, depois disso que fui controlando, senti muita dificuldade no início.

Fiquei meio chateada e não levei muito a sério não. Um ano depois que eu comecei a levar mais a sério.

A mudança aconteceu quando eu resolvi tirar tudo o que era de carboidrato, massa, foi quando perdi quase 25 kg em um ano, foi quando entrei aqui. Dra. Ana me ajudou muito e quando eu via o que poderia me acontecer, resolvi mudar (trabalha no CDHS e convive com pacientes com complicações crônicas).

Eu cuido monitorando sempre, indo ao médico de três em três meses, tomo os medicamentos, que é o principal né? E cuido da alimentação na medida do possível, tentando não pisar na bola, a medicação é o principal e eu tomo sempre nos horários corretos.

A dificuldade foi que eu gostava muito de doce e no início eu fiquei assim meio resistente mas hoje eu levo numa boa sem problema nenhum.

Espero não ter complicações, com os rins com as vistas, porque de ano em ano eu tenho esse cuidado, agora mesmo vai completar um ano que eu fiz, e vou fazer de novo, o exame né da retina. E os rins a última vez que eu fiz tava tudo beleza. Eu espero assim, se tivesse uma possibilidade de ter um tratamento melhor, para a gente não ficar tomando a medicação.

Abreviatura: **ACMC**
pp)/ HbA1c: 7,0%

Glicemia capilar: 229 mg/dl 2 h

Idade: 75 anos Sexo: M

Cor auto declarada: moreno

Tempo de DM: 20 anos

Ocupação: comerciante

Renda familiar: acima de 3 salários mínimos

Escolaridade: médio completo

Estado civil: casado

Religião: não tem

Mora com quem: esposa

Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral e insulina

Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: pé diabético e disfunção erétil

Antecedentes familiares para DM: mãe

Pelo o que me consta diabetes é excesso de açúcar no sangue.

Eu convivía bem, até que eu sofri um acidente é (pausa) um prego enferrujado entrou em meu pé e eu pensando ainda que era jovem que era forte como eu era, então eu resolvi não tomar nada, no outro dia o pé amanheceu inchado aí visitei Dr. Martineli e ele virou para mim e disse eu não vou lhe passar antibiótico não, você vai tomar agora e vai para casa na hora de deitar você toma outro e se piorar de noite, toma aqui meu celular aí você liga que eu vou lhe buscar para lhe internar. Aí que eu descobri que a situação era mais grave que eu pensava, porque antes eu tomava esses remédios que eu tomo hoje, comia feijoadá, tomava cachaça, toma whisky, tomava cerveja, comia tudo, era uma vida normal, não sentia nada nada, nada. Sentia uma coisa, a função sexual ia diminuindo gradativamente entendeu? A medida que os anos passavam ela ia diminuindo só isso. Agora quando eu furei o pé que complicou tudo, aí eu fiquei mais dependente, não sei se é excesso da medicação, não sei o que é, quer dizer eu não tenho mais aquele ânimo, aquela coisa que eu tinha, eu era um cara que praticava esporte, fazia tudo, olha minha senhora, eu sou filho do interior, se passasse uma gilete que cortasse não precisava fazer nada, eu botava um pouco de limão, qualquer coisa, e cicatrizava e eu era diabético e cicatrizava. E agora não cicatrizou, só que o problema foi meu, foi ignorância minha, porque eu tenho uma lojinha ali no campo da pólvora quase em frente ao centro de saúde, eu sei que é um negócio gratuito eu podia chegar lá e tomava minhas vacinas, mas não fiz, do jeito que eu furei ficou, pra a senhora ter uma idéia o diabetes tava tão alto que quando eu entrei na loja foi que a moça olhou meus pés e ela disse Sr. ACMC o que o Sr. tem hein? Porque seus pés estão saindo tanto sangue e eu não tava sentindo absolutamente nada.

Continuei no mesmo ritmo, só deixei de comer açúcar, só, passei a tomar adoçante, levei um ano em regime para vê se ela sumia, porque tava no princípio, ainda me lembro que fui num sítio de um amigo meu, um médico lá em Nossa Senhora do Passé ai ele disse rapaz vamos tomar um wiskyzinho ai eu disse, eu não vou tomar não porque eu tô diabético, e ele disse mas isso não faz mal em diabético coisa nenhuma rapaz. Eu conversando falei rapaz quando a bebida entra ela se transforma automaticamente em glicose, então vai para o sangue. Mas foi assim, mas nunca tive (pausa) pior época foi agora. Te digo com honestidade, eu lhe digo uma coisa com franqueza (ênfase), se não tivesse dado resultado que eu esperava (com os curativos, medicação) eu ia parar de tudo, ia voltar ao ritmo que eu era, ia viver minha vida, viver como eu vivia antigamente, não ia ligar para mais nada, ou eu tenho um organismo muito bom, mas é o seguinte mesmo com todas restrições de Dr. Cícero, de meu irmão que é chato como um diabo também, do endocrinologista, todo sábado eu tomava meu litro de wisky. Todo Sábado e todo Domingo.

Só deixei de comer açúcar, e tomo a medicação, o resto eu faço tudo. No princípio foi difícil entendeu, mas a Sra. sabe a idade vai passando, a gente vai envelhecendo e vai perdendo aquele ímpeto da mocidade, isso é lógico para todo mundo, então eu fui diminuindo gradativamente, de vez em quando eu cismava e fazia aquelas farras homéricas que eu fazia, ai parava, mas depois continuava, não tinha restrição a nada. e todo mundo lá em casa meu irmão, minhas irmãs, ficava enchendo meu saco, coisa e outra, ai eu fui parando mais um pouco, eles ficavam me policiando.

Hoje eu cuido até com certo rigor, o único elemento extra que faço é o seguinte, por exemplo hoje é quarta né? Se eu resolver beber, eu vou entro num bar tomo meu wisky, como meu tiragosto, minha cerveja.

Para lhe ser honesto, eu detesto consultório médico, eu tenho ojeriza, você acredita que quando marca uma consulta eu não durmo direito, fico preocupado com aquilo, não gosto mesmo, nunca fui assim de ficar indo a médico nada, sempre tive uma vida independente. Porque na minha terra só tinha um médico, ele fazia tudo, a evolução tem suas vantagens e suas dificuldades, hoje a Sra. procura um médico para tratar do dedo e se a dor for aqui (apontou para o punho) ele não vem, acho isso um absurdo, acho que o médico tem que ser médico. Também tenho dificuldade no deslocamento (para ir comprar insulina), a aporrinhção, o incômodo de tomar aquela furada, quer dizer todo dia eu media a glicemia, e tomava a furada, aquilo já era sagrado, aquilo foi me chateando foi me chateado, hoje mesmo não tomei a insulina. Tenho dificuldade na alimentação também, porque eu almoço na rua, quem almoça na rua não tem nem tempo direito de escolher o que quer comer.

A morte, é o que eu espero minha filha, eu tenho 75 anos bem vividos minha filha, o que você pensar eu já fiz na vida, só não fiz matar e roubar, então eu estou com a vida realizada. Tenho dois filhos um é advogado e outro engenheiro, minha mulher tem um apartamento na Pituba razoável, tenho uma casa comercial na cidade, pequena mas é minha, prédio tudo, então o que eu quero mais. Eu não posso dizer a Sra. que eu vou arrumar uma namorada de 15, 16 anos que eu não vou, se elas quiserem namorar comigo é por causa de dinheiro, eu não sou idiota.

Abreviatura: LGPV

Glicemia capilar: 165 mg/dl 2:30 h pp)/ HbA1c: 5,5%

Idade: 59 anos Sexo: M
Cor auto declarada: branca

Tempo de DM: 5 anos
Ocupação: Advogado
Renda familiar: acima de 3 salários mínimos
Escolaridade: superior
Estado civil: casado
Religião: católico
Mora com quem: esposo e filhos
Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral
Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: Não
Antecedentes familiares para DM: mãe

Eu acho que minha diabetes é emocional, porque às vezes o alimento não me faz tanto mal dentro do controle. Quando eu estou emocionado eu sinto que ela sobe, sobe bem, então eu procuro evitar, meu companheiro nesta hora é o Lexotan, eu tomo o Lexotan e meu açúcar abaixa totalmente, meu açúcar normalmente de manhã é 134 – 140 não chega a 200, nunca chegou, mas depois do almoço dá um pouco alto dá 220 - 230, mas no final da tarde da 109, ele chega a 110, então eu não deixo ela abaixar muito para não ter (pausa) quando dá 109 – 110 eu como alguma coisinha. Diabetes é uma doença que, pelos estudos que fiz e pelo que andei lendo seria até saudável se você conseguisse fazer uma dieta adequada, para você manter seu açúcar legal, só que tem que se ter muita força de vontade para se conseguir fazer dieta, porque quando eu mantenho minha dieta e o exercício físico normal meu açúcar da sempre baixo, quando eu abuso é que ele fica alto. Eu acho que até se você quiser ter uma vida de qualidade saudável, você tem que fazer uma dieta para manter seu açúcar, e eu acho que o diabete tá aí, ajuda você a ter uma vida saudável. Quer dizer ela tem conseqüências piores né, mas para você conseguir manter seu açúcar você precisa fazer uma dieta, e essa dieta vem favorecer sua própria vida.

No começo foi meio chato eu fiquei aborrecido e tal, agora não, eu tento (pausa) eu sei quando meu açúcar tá alto, eu sei quando ele tá baixo, então eu sei controlar. Meu conhecimento sobre a doença contribuiu para que eu aceitasse melhor, eu procurei ter informações de familiares, de profissionais de saúde, de internet, de amigos, comentários, estudos, então comecei a senti que dá para você administrar numa boa.

Fiquei aborrecido, falei poxa vida justo eu?

As mudanças evidentemente foram aquelas que (pausa) eu parei de (pausa) de abusar na comida, na bebida, comecei a tomar os medicamentos, foi isso que modificou, já não como tanto pão, não como tanta massa que eu gosto muito, vinho que gostava muito, tô bebendo muito pouco e tal. Não houve trauma nenhum não. A minha mulher me ajudou muito e me ajuda até hoje, ela (pausa) quando vou abusar um pouco ela disse olha, segura um pouco tal, e também minha consciência, quando eu abuso, eu sei que tô abusando, eu falo olha amanhã eu vou ter que entrar na linha, eu tenho consciência da coisa.

Eu uso meus medicamentos de forma indicada pelos médicos, tento me informar se tem medicamentos novos, às vezes eu troco uma idéia com o médico e digo olha esse remédio deu problema na internet vamos trocar, faço o controle do açúcar toda manhã e faço as vezes lá pela 11:00 horas, meio dia. Faço uma hora por dia de exercício físico ou andando ou meia corridinha tal, mas eu faço, todos os dias, ou de manhã ou a noite, é uma coisa que eu faço, mesmo viajando eu faço.

Eu é (pausa) em termo de dieta acho que nenhum, agora eu acho que essa questão de comprar remédio, graças a Deus eu não tenho esse problema de comprar remédio, porque os remédios estão um pouco caros, principalmente esse Januvia, mas eu acho que outras pessoas teriam problemas com o gasto. Mas para mim não tem problema.

Para o meu futuro eu espero conseguir controlar a diabetes, porque eu tenho muito medo de ficar doente, então meu desespero é esse, tenho medo de perder um pé, ficar cego, ter problema de rins isso ai me deixa apavorado, eu estou buscando para não ter isso, infelizmente talvez eu venha a ter mas eu quero prolongar o máximo possível.

Abreviatura: OPS
pp)/ HbA1c: 9,2%

Glicemia capilar: 433 mg/dl 4:30 h

Idade: 69 anos Sexo: F
Cor auto declarada: morena
Tempo de DM: 32 anos
Ocupação: do lar
Renda familiar: 1 e 2 salários mínimos
Escolaridade: médio completo
Estado civil: casada
Religião: evangélica
Mora com quem: esposo
Medicamentos que faz uso para DM: antidiabético oral (há 02 dias sem fazer uso da medicação)
Tem alguma complicação crônica decorrente do DM: Não
Antecedentes familiares para DM: tios maternos

A diabetes é uma doença que não tem cura e a gente tem que aprender a conviver com ela.

É evitar comer certas coisas que não devo né? Não me machucar também, ter cuidados sempre com meus pés, com meu corpo para não ter ferimento, essas coisas. Eu aceito bem, graças a Deus, porque não ta me incomodando, é só não comer certas coisas, açúcar doces essas coisas.

Olha eu descobri há 30 anos, fui fazer uma cirurgia para retirar o útero, ai daí para cá eu tô diabética.

Uma coisa comum, porque eu não ligava muito né? Como agora mesmo continuo (pausa) só tomando cuidado para não me machucar essa coisa toda, mas eu aceito.

Muito pouco né? Tô tomando cuidado para não me cair, não me machucar para não ter ferimento, mas a minha vida continua a mesma.

Evitando comer certas coisas que me faça mal né? Açúcar, doce, não bebo, não fumo. Tomo os remédios que os médicos passam.

Não sinto nenhuma dificuldade.

Oh futuro eu espero ainda viver muito com ela né?

ANEXOS



ANEXO A - SOLICITAÇÃO DE PERMISSÃO PARA CAMPO DE PESQUISA

Ilmo. Sr. Dr.

Ricardo Ferraz

Superintendente do Hospital Salvador

Prezado Senhor,

Vimos pelo presente, solicitar a V.S.^a. permissão para que **Olívia Souza Castro Almeida**, aluna regularmente matriculada no programa de Pós-graduação do curso de Mestrado em Enfermagem desta Escola, proceda levantamento de dados através de entrevista dos clientes com Diabetes Mellitus tipo 2 cadastrados no Centro de Diabetes do Salvador, para fins de elaboração de Dissertação de Mestrado intitulada “SIGNIFICADOS DE SER DIABÉTICO TIPO 2”.

Esperamos contar com a colaboração de V.S.^a., subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Professora Dr.^a Enilda Rosendo do Nascimento
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IORG0003460. Assurance FWA00002471, October 26, 2010
IRB00004123, October 5, 2007 - October 4, 2010

Rua Padre Pejó 240, Canela – Ambulatório Magalhães Neto 3.º andar, Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde
 Cep: 40.110-170 – Salvador-Bahia telefax.: (71) 3203-2740 e-mail: cepmco@ufba.br homepage: www.cepimco.ufba.br

PARECER/RESOLUÇÃO N.º 151/2007

Título do projeto: “Significados da doença para as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em tratamento ambulatorial”.

Financiamento. Recursos próprios. Orçamento mínimo.

Pesquisadora Responsável. **Olivia Souza Castro Almeida**, Especialista em Enfermagem em UTI. **Orientador** — Professor, Doutor **Álvaro Pereira**, Professor, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. “Currícula Vitae” apensos.

Instituição. Hospital Salvador – Centro de Diabetes do Salvador

Área do conhecimento. 4.04, Nível N, Grupo III.

Objetivos. Geral — apreender os significados da doença para as pessoas com DM2 em tratamento ambulatorial. **Específico** — verificar os significados simbólicos que determinam a aceitação da doença e caracterizar os simbolismos em relação ao seguimento terapêutico e controle glicêmico.

Súmula. Estudo qualitativo, de caráter exploratório descritivo, a ser realizado no ambulatório de Diabetes do Hospital Salvador. Serão convidados a participar pessoas que têm DM2 atendidos no ambulatório há mais de 06 (seis) meses, com idade superior a 18 (dezoito) anos e que façam parte do programa de gerenciamento. Será aplicada entrevista semi-estruturada. Será realizada análise temática dos dados em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento de resultados.

Considerações finais. Projeto de pesquisa com objetivos claros e metodologia detalhada. Revisão da literatura condizente com os objetivos. Orçamento apresentado e factível. Cronograma de execução possível. Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido, “TCLPE”, claro, preservando direitos éticos e bioéticos dos sujeitos de pesquisa. **Projeto aprovável.**

Assinatura

Salvador, 14 de Novembro de 2007

Professor, Doutor Antônio dos Santos Barata,
 Coordenador - CEP/MCO/UFBA

Observações importantes. Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste (a) ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução e nas “Recomendações Adicionais” apensas, bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação, (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).