

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Maria Fernanda da Cunha Rezende

**UM ESTUDO DE CASO SOBRE A
EXPERIÊNCIA DA DOENÇA DE DIABÉTICOS
TIPO 2 USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARAGUARI-MG**

Brasília
2010

Maria Fernanda da Cunha Rezende

UM ESTUDO DE CASO SOBRE A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA DE DIABÉTICOS
TIPO 2 USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
ARAGUARI-MG

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do
grau de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Denise Oliveira e Silva

Brasília
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R467e Rezende, Maria Fernanda da Cunha.

Um estudo de caso sobre a experiência da doença de diabéticos tipo 2 usuários de uma unidade básica de saúde da família de Araguari-MG/ Maria Fernanda da Cunha Rezende. — Recife: M. F. C. Rezende, 2010.

98 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadora: Denise Oliveira e Silva.

1. Diabetes Mellitus tipo 2. 2. Transição Nutricional. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Programa Saúde da Família. 5. Pesquisa Qualitativa. I. Silva, Denise Oliveira e. II. Título.

CDU 616.379-008-64

MARIA FERNANDA DA CUNHA REZENDE

UM ESTUDO DE CASO SOBRE A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA DE DIABÉTICOS
TIPO 2 USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
ARAGUARI-MG

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do
grau de mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 19/11/2010.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Janine Helfst Leicht Collaço
Universidade de Brasília

Dra. Maria do Carmo Freitas
Universidade Federal da Bahia

Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Aos meus pais, *Walter e Ione*, por me estimularem a trilhar o caminho dos estudos desde criança.

Ao meu esposo, *Leonardo*, pelos dois anos em que suportou pacientemente minhas ausências enquanto me dedicava a este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, que por intermédio de meus amigos espirituais, me concedeu forças e coragem para chegar até o final desta etapa, diante de tantos percalços.

A *Dr^a. Denise Oliveira e Silva*, meu agradecimento especial. Sou grata pela oportunidade de conhecê-la, sobretudo pelos valiosos ensinamentos acadêmicos e morais que me foram transmitidos. Eles serão lembrados por toda minha vida acadêmica, profissional e pessoal.

A *Iara Cristina Borges*, Secretária de Saúde de Araguari, por apoiar a continuidade de meus estudos e por isto mesmo, compreender meu distanciamento em momentos importantes da Secretaria.

A *Dr^a. Rosana de Cássia Oliveira*, diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Presidente Antônio Carlos, por acompanhar e apoiar meu ingresso no curso de mestrado e por também compreender os momentos em que minha dedicação ao trabalho mostrou-se limitada.

Aos meus *irmãos, amigos e colegas de trabalho*, que próximos ou distantes compartilharam comigo momentos importantes desta jornada e dividiram o meu fardo entre si para que pudesse concluir esta dissertação.

Às colegas de mestrado *Simone, Cristina e Andréia*, pelo laço de amizade criado desde o início do curso e pela cumplicidade.

Às *Agentes Comunitárias de Saúde da UBSF Novo Horizonte*, que gentilmente se dispuseram a auxiliar na indicação dos informantes-chave desta pesquisa.

Aos *usuários* da mesma unidade de saúde, que prontamente abriram as portas de seus lares e de suas vidas para contribuírem na concretização deste estudo, sem sequer me conhecerem.

À nutricionista e minha ex-aluna *Cláudia Ferrari Teixeira de Siqueira*, que amavelmente transcreveu as entrevistas que realizei. Sua ajuda e seu comprometimento foram primordiais para o andamento deste trabalho.

“Nas ciências sociais, descobre-se, frequentemente, o que se tornou invisível
por excesso de visibilidade.”

Álvaro P. Pires

REZENDE, Maria Fernanda da Cunha. Um estudo de caso sobre a experiência da doença de diabéticos tipo 2 usuários de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Araguari-MG. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2010.

RESUMO

A transição nutricional causou transformações no perfil de adoecimento da população, sendo o diabetes *mellitus* tipo 2 uma das principais patologias. A atenção primária à saúde é fundamental na implantação de políticas públicas para controle do diabetes, de forma a administrar os fatores de risco e a oferecer conhecimentos que favoreçam a adesão aos tratamentos medicamentoso e nutricional. No caso da adesão ao tratamento, ressalta-se a forte influência das redes de convívio social que norteiam a experiência da doença pelo sujeito. Este estudo visa analisar a experiência da doença dos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, acompanhados em domicílio por agentes comunitários de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Araguari, Minas Gerais. Trata-se de pesquisa qualitativa ligada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. A metodologia utilizada está baseada em uma tentativa de exercício etnográfico, cujos sujeitos foram entrevistados em seus domicílios pela pesquisadora responsável. Os resultados mostram que a experiência da doença inicia-se com a descoberta do diabetes relacionada a sintomas de polidipsia e poliúria, percebidos pelos próprios sujeitos e diagnosticados na unidade de saúde. O primeiro tratamento buscado é a assistência médica do serviço de saúde, sendo as práticas integrativas utilizadas somente pelos diabéticos considerados descompensados. A descompensação surge pelo desequilíbrio social do meio em que o doente vive. Este estudo pode contribuir para a melhor adesão ao tratamento oficial do diabetes, a partir da valoração da cultura dos doentes pelo serviço de saúde oficial, de modo a desconstruir o discurso biomédico na rede municipal de saúde em questão.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus* tipo 2, Transição Nutricional, Atenção Primária, Programa Saúde da Família, Pesquisa Qualitativa

REZENDE, Maria Fernanda da Cunha. A case study on experience of illness of diabetes type 2 in a Basic Unity of Family Health in Araguari – GM. 2010. Dissertação (Professional Masters in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2010.

ABSTRACT

The nutrition transition caused changes in the health profile of the population, and diabetes *mellitus* type 2 is one of the main pathologies. The primary health care is an extremely important piece to provide public policies in order to control diabetes, to manage the risk factors, as well as to provide expertise to promote acceptance to both drug and nutritional treatments. Once the treatment has been accepted, this study highlights the strong influence of social networks which prompt the experience of illness by the individuals. This study aims to analyze the experience of illness of patients with diabetes mellitus type 2, being these patients often followed at home by community workers from the Family Health Program of the small town of Araguari, Minas Gerais. This research is primarily qualitative, and it is linked to the Graduate Program in Public Health Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. The methodology is based on the attempt to exercise ethnographic. The subjects were interviewed in their homes by researcher majored. The results show that the experience of illness begins with the discovery of diabetes-related symptoms of polyuria and polydipsia, and perceived by themselves and diagnosed at the public health system. The first treatment is sought medical care from the health service, being the only non-conventional practices used by diabetics decompensated. The imbalance arises by means of social imbalance where the patient lives. This study may contribute to better acceptance to treatment of diabetes official from the culture of evaluations of patients by the health officer in order deconstruct the eminently biological speech of the public health system in Araguari.

Keywords: Diabetes *Mellitus* type 2, Nutrition Transition, Primary Health Care, Family Health Program, Qualitative Research

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	13
2.1 O processo saúde-doença	13
2.2 Alimentação e estilo de vida na predisposição ao diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	16
2.3 Prevalência do diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	20
2.4 O papel da atenção primária à saúde	24
2.5 Os tratamentos medicamentoso e fitoterápico do diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	28
2.6 Importância da prática de exercícios físicos no controle da glicemia ...	34
2.7 Adesão do portador de diabetes aos tratamentos medicamentoso e dietoterápico	35
3 JUSTIFICATIVA	42
4 QUESTÕES CENTRAIS	44
5 OBJETIVOS	45
5.1 Objetivo Geral	45
5.2 Objetivos Específicos	45
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	46
6.1 A pesquisa na Unidade Básica de Saúde da Família Novo Horizonte	49
6.2 O bairro Novo Horizonte	52
6.3 As entrevistas semi-estruturadas	53
6.4 Análise dos dados	56
7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
8 A REALIDADE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO HORIZONTE	60
8.1 A rotina de atendimentos da unidade de saúde	60
8.2 A assistência aos portadores de diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	62
9 O ESTAR DIABÉTICO: RECONHECIMENTO DA DOENÇA	69
10 SER DIABÉTICO: CONTROLE DA DOENÇA E CURA	75
11 O USO DE TERAPÊUTICAS CONVENCIONAIS E DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMO REEQUILÍBRIO DO SER EM BUSCA DA CURA	78
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97

1 APRESENTAÇÃO

O tema “Saúde Pública” despertou-me interesse ainda na graduação em Nutrição. Desde então desejei atuar nesta área, especialmente na minha cidade natal, Araguari-MG, para poder contribuir com o município que carecia de profissionais nutricionistas. Terminada a graduação, foi aberto edital para concurso público municipal, fui aprovada e desde então atuo há sete anos.

Trabalho na Secretaria Municipal de Saúde há seis anos como referência técnica da vigilância alimentar e nutricional e para suprir a grande demanda por atendimentos nutricionais, também presto atendimentos ambulatoriais no centro de especialidades médicas, a Policlínica.

Sempre me intrigou a baixa adesão de muitos “pacientes”, especialmente dos portadores de diabetes tipo 2, já que a eles são disponibilizados atendimentos médico, de enfermagem e nutricional necessários. Então, assim que fui admitida no curso de mestrado e nos primeiros contatos com minha orientadora, fiz este apontamento e a partir daí, desenvolvemos o projeto de pesquisa, cujo eixo seria conhecer a experiência da doença destes “pacientes”. Para isto, fui desafiada a modificar meu olhar positivista incorporado na graduação e reproduzido na docência universitária, ao estudar Antropologia e Sociologia para buscar a subjetividade do comportamento humano em relação à doença e compreender as razões deste não seguimento ao tratamento proposto.

Assim, o fruto destes dois anos de estudos é esta dissertação construída em quatro capítulos distribuídos da seguinte maneira: “A realidade da Unidade Básica de Saúde da Família Novo Horizonte”; “O estar diabético: reconhecimento da doença”; “Ser diabético: controle da doença e cura” e “O uso de terapêuticas convencionais e de práticas integrativas como reequilíbrio do ser em busca da cura”.

A distribuição dos capítulos neste formato proporciona durante a leitura, conhecer e desenvolver críticas sobre a experiência da doença dos sujeitos assistidos pela atenção primária à saúde, nunca antes descrita para o município.

Por se tratar de uma conclusão de curso de mestrado profissional, este trabalho foi capaz de contribuir para a prática profissional desta nutricionista-

pesquisadora e neste aspecto, oferecer subsídios aos gestores para a proposição de ações na atenção primária, no tocante ao tratamento do diabetes tipo 2.

Apesar da elaboração de um estudo de caso ter sido preponderante em função da limitação temporal, os resultados obtidos sobre a experiência da doença de diabéticos não são menos importantes, pois servem de alerta para uma situação que possivelmente ocorre nas demais unidades de saúde do município.

2 INTRODUÇÃO

2.1 O processo saúde-doença

Para Sandoval (2003), saúde é definida como uma

experiência dinâmica da vida dos seres humanos, compreendida como uma condição de bem-estar, implicando no contínuo ajustamento aos estressores do meio ambiente interno ou externo, variável de acordo com sua orientação de vida, necessidades e recursos disponíveis para enfrentar as situações que surgem, de modo a alcançar a qualidade de vida a que tem direito enquanto cidadão (SANDOVAL, 2003, p. 68).

Ao discorrer sobre doença, Laplantine (2010) destaca a diferenciação entre as terminologias *disease*, *illness* e *sickness* existentes na língua inglesa. Neste sentido, *disease* significa a doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico, ou seja, refere-se ao conhecimento científico da doença; *illness* é a doença experimentada pelo doente, possuindo um sentido subjetivo e ligada a comportamentos socioculturais; e *sickness* significa, em um sentido geral, mal-estar ou um estado muito menos grave que a doença em si.

Caprara (2003) trata o conceito de doença baseado nos pensamentos de Kierkegaard e Heidegger que analisaram a angústia e a ansiedade. O primeiro autor afirma que a angústia é um componente constitutivo do ser humano, enquanto o segundo descreve que a ansiedade não é um sintoma patológico, mas um estado que permite acesso privilegiado ao autoconhecimento. Contemporaneamente, uma abordagem hermenêutica pode ser feita de forma a conceituar que ansiedade é a procura de um novo significado de vida; um problema que permite abordar a relação saúde-doença por um outro olhar.

No mesmo trabalho, a autora discorre que Gadamer refere-se à saúde como algo que se revela através do bem-estar, coincide com o ser no mundo, com a satisfação de ter uma vida ativa. Enquanto a doença chama a atenção pela presença, a saúde não desperta interesse, ficando escondida. A saúde, para ele, deve ser entendida como equilíbrio e ter cuidado com a saúde significa evitar excessos, prevenindo o uso de medicamentos ou exames laboratoriais desnecessários.

A mesma autora descreve saúde e doença afirmando que as condições de saúde dos indivíduos estão ligadas a fatores macroeconômicos e sociais, e vê a pobreza não como causa direta das doenças, mas sim como determinante principal; e que a antropologia interpreta a doença como um produto determinado pela cultura, a qual abarca o conjunto de ideias, regras, conceitos e comportamentos compartilhados, capaz de organizar a experiência da doença nas sociedades.

O binômio saúde-doença é um complexo gradiente de sanidade específico a cada indivíduo ou comunidade (SAVASTANO, 1980), cuja origem envolve determinações biológicas, econômicas, sociais, culturais e psicológicas. As ações que tomam como objeto o processo saúde-doença, embora possuam características técnicas evidentes, têm se organizado, historicamente, enquanto práticas podendo ou não guardar relação com as necessidades de saúde, até mesmo com as necessidades de serviços de saúde. Desta forma, nem as necessidades de saúde nem as práticas a elas referidas existem em abstrato, possuindo historicamente a ser buscada por quem pretende investigá-las (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Laframboise (1973 apud SILVA Jr. et al., 2003) definiu um modelo de abordagem do binômio saúde-doença denominado “campo da saúde”. Este modelo apresenta a multicausalidade de fatores para a determinação da saúde ou da doença, quais sejam: biologia humana, ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde.

Para ele, a biologia humana envolve todos os fatores que se manifestam no organismo humano resultantes da herança genética, da constituição do indivíduo, do processo natural de envelhecimento, das suscetibilidades e das resistências. O ambiente incorpora os fatores externos ao organismo, como clima, acesso à água, radiações, exposição à poluição e contaminantes, além do próprio nível socioeconômico, renda, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, exposição a riscos ocupacionais, absorção de novas tecnologias. O estilo de vida representa o conjunto das decisões que o indivíduo toma em relação a sua saúde. São os comportamentos que envolvem atividades de lazer, hábitos alimentares, muitas vezes autodeterminados ou adquiridos conforme influência cultural ou social e estão desta forma, parcialmente sob seu controle, tendo em vista que o ambiente social do indivíduo condiciona fortemente suas atitudes. Já a organização da atenção à saúde

relaciona-se à disponibilidade, à quantidade e à qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde.

O trabalho desenvolvido por Bercini e Tomanik (2006) procurou resgatar a concepção de saúde e doença na visão das mulheres de pescadores de Porto Rico - PR. Para elas, o significado de saúde não é simplesmente a ausência de doenças, mas ao contrário; as mulheres associam saúde à doença e a consideram um dos elementos mais importantes da vida, pois com saúde é possível enfrentar qualquer problema. A pessoa doente não pode trabalhar, nem cuidar dos filhos. Ainda de acordo com a ideia destas mulheres, a saúde relaciona-se com bem-estar, felicidade, dom de Deus e condição de aproveitar a vida, tanto no sentido de alegria, quanto no da capacidade para o trabalho.

Em relação à doença, visto o corpo do indivíduo ser interpretado como um instrumento de trabalho, quando este corpo não pode mais desempenhar as atividades rotineiras de sobrevivência, considera-se que a doença está instalada.

Percebe-se, desta maneira, que as dimensões referidas do processo saúde-doença são interligadas e interdependentes, mostrando a complexidade do tema e valorizando a dimensão social, principalmente relacionada à condição financeira, visto que o trabalho teve constância nos relatos.

Alves (1993) associa doença à enfermidade, considerando que para se compreender a enfermidade é necessário se ater a uma experiência, visto que é a experiência de sentir-se mal que se originam as representações da doença e põem em movimento a capacidade do ser humano de transformá-la em um conhecimento. Ou seja, é através das impressões sensíveis produzidas pelo mal-estar físico e/ou psíquico que os indivíduos se consideram doentes.

Em uma linha de raciocínio semelhante, Ferreira (1995 apud CANESQUI, 2003) atribuiu o significado de enfermidade ao de “estar doente” e complementa que “a doença é uma construção social e a cultura, plena de significações, somente tem valor se compartilhada pelo grupo social”. Em relação à dor, as percepções e os relatos são influenciados pela vivência cultural do doente, seu repertório linguístico, domínio ou não de termos técnicos, crenças e representações sobre corpo e doença, experiências individuais, além da lembrança da sensação de dor.

No entanto, ressalta Alves (1993), que nem toda alteração ou disfunção orgânica ou psíquica desperta necessariamente uma experiência de sentir-se mal,

pois processos ou estados patológicos podem estar presentes no organismo sem que se tenha consciência, além do que, a ideia de enfermidade não aponta apenas para as impressões sensíveis, e sim para o sentido atribuído a elas.

Estudo de Lima (2005) sobre as representações sociais de saúde em portadores de diabetes que procuraram serviço de retinopatia diabética mostra que os entrevistados vinculavam obrigatoriamente a saúde ao bem-estar e a doença ao desconforto e, muitas vezes, mesmo dependendo de medicação para o controle da enfermidade, consideravam-se saudáveis pelo fato de não sentirem dor ou mal-estar. Com frequência, o significado da doença estava vinculado à dor e ao desconforto. Esta percepção leva a uma despreocupação quanto a seu acompanhamento médico, tendo em vista que essa doença é silenciosa e, quando apresenta sintomas, encontra-se em um estágio avançado.

Percebe-se então, que definições flexíveis de saúde e de doença consideram múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como fatores psicológicos, sociais e biológicos. Apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, não existem definições universais (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002), porque estas duas situações não possuem o mesmo significado para todos e as pessoas as sentem de diferentes maneiras e graus como indivíduos e nas diferentes culturas (SAVASTANO, 1980).

Um indivíduo pode sentir-se mais doente, abandonar mais precocemente suas atividades, ausentar-se do trabalho por mais tempo, se sentir mais incomodado que outro com os mesmos sintomas objetivos. Lenta ou bruscamente transita-se da normalidade ao patológico, desencadeando um processo complexo, quanto à escolha do tipo de recurso a adotar, influenciado pelas representações que interferem na explicação da doença, na opção por determinado recurso e nos itinerários em busca de cuidados terapêuticos (GERHARDT, 2006, p. 2453).

Desta forma, a construção do conhecimento sobre saúde-doença é explicada pelas representações sociais enquanto senso comum, ideias, imagens, concepções e visão de mundo que os sujeitos possuem sobre a realidade (BERCINI; TOMANIK, 2006).

2.2 Alimentação e estilo de vida na predisposição ao diabetes *mellitus* tipo 2

No Brasil, os principais fatores associados à maior prevalência do diabetes são a obesidade, o envelhecimento populacional e a história familiar (MALERBI; FRANCO, 1992 apud SARTORELLI; FRANCO, 2003). É comprovado que o excesso de peso está associado ao aparecimento de complicações cardiovasculares, como hipertensão arterial, insuficiência coronariana, arteriosclerose; osteomusculares; respiratórias; dermatológicas; distúrbios endócrino-metabólicos, como o diabetes e a dislipidemia; e neoplásicas (SOUZA et al., 2005).

O aumento da incidência do diabetes em termos mundiais tem sido relacionado às modificações do estilo de vida e do meio ambiente, culminadas pelo processo de industrialização após a Segunda Guerra Mundial (TOSCANO, 2004; GARCIA, 1997). Estas modificações, capazes de levar à obesidade, ao sedentarismo e ao consumo de uma dieta rica em calorias e gorduras (TOSCANO, 2004) modificaram a forma de as pessoas se alimentarem, de modo que os prazeres à mesa tornaram-se acompanhados de preocupações relacionadas à saúde (GARCIA, 1997).

Há evidências de que mudanças no estilo de vida ocorrem com maior sucesso, quanto mais precoces forem as intervenções e não há controvérsias de que a adoção de uma alimentação saudável, rica em frutas, verduras, legumes, grãos integrais e pobre em gorduras saturadas, associada à prática regular de atividade física, no mínimo trinta minutos ao dia, possam atuar benéficamente na qualidade de vida da população e na carga de doenças ao sistema de saúde pública (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Sartorelli et al. (2005) realizaram um estudo de caso controle em uma unidade de atenção primária à saúde do interior de São Paulo, com a finalidade de avaliar o impacto de intervenções nutricionais de baixo custo e de mudanças no estilo de vida em adultos. Durante seis meses, os indivíduos participantes da pesquisa receberam orientações nutricionais para o aumento na ingestão de frutas, verduras, legumes e azeite de oliva, redução do consumo de gorduras saturadas e incremento da atividade física. Após este período foram submetidos a uma nova avaliação nutricional e bioquímica, e os resultados mostraram que a intervenção promoveu modificações positivas significativas sobre o peso, circunferência da cintura, pressão arterial, glicemia, colesterol total e LDL colesterol. Desta forma, o estudo sugere que medidas simples de intervenção adaptadas às condições das unidades de saúde

podem produzir importante impacto na melhoria da qualidade de vida de indivíduos com risco metabólico.

Por sua vez, a Pesquisa de Orçamento Familiar (2002-2003) revela que as tendências do padrão alimentar da população brasileira confirmam a participação crescente das doenças crônicas não transmissíveis no perfil de morbimortalidade da população brasileira. Ao se comparar a evolução temporal do padrão de consumo alimentar no país entre 1974 e 2003 pode-se perceber uma variação importante, visto que houve um aumento no consumo de carnes em geral, leite e derivados, óleos e gorduras vegetais, biscoitos e refeições prontas, correspondente a cerca de 50%, 36%, 16%, 400% e 80%, respectivamente. Determinados alimentos e grupos de alimentos mostraram tendência inversa, como o arroz, feijões e leguminosas, raízes e tubérculos, peixes, ovos, e gordura animal, quais sejam, 23%, 30%, 30%, 50%, 84% e 65%, respectivamente. Tendências opostas foram vistas em relação ao consumo de açúcar e refrigerante, o primeiro teve o consumo diminuído em 23% e o segundo, um consumo aumentado em 400%. O consumo de frutas, verduras e legumes praticamente não alterou, permanecendo entre 3% e 4%, porém abaixo do preconizado, que é de 6 a 7% das calorias totais. Em relação aos macronutrientes, o consumo de carboidratos apresenta-se em 55% das calorias totais, porém com cerca de 12% representando o consumo de açúcar, valor que ultrapassa os 10% do valor calórico total recomendado para açúcares simples, apesar de ter havido algum declínio entre os dois últimos. Observa-se um aumento no consumo de gorduras, que ultrapassa os 30% recomendados, sendo o consumo de 10% de gorduras saturadas praticamente atingido, 9,6%. Embora o teor de proteínas na dieta mostre tendência de aumento, a proporção de calorias protéicas se mostrou adequada nos quatro inquéritos realizados no país (1974/75, 1987/88, 1995/96 e 2002/2003) (LEVY-COSTA et al., 2005).

Os resultados encontrados apontam para tendências desfavoráveis do padrão alimentar, sobretudo do ponto de vista da obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, certos tipos de câncer e outras enfermidades crônicas associadas a dietas com alta densidade energética, escassez de fibras e micronutrientes e excesso de gorduras em geral e de gorduras saturadas (LEVY-COSTA et al., 2005).

Contudo, é preciso ponderar que o comportamento alimentar do ser humano é regido pela ação biológica inerente à condição de onívoro e pela ação cognitiva,

ligada às crenças, representações, superstições que provocam efeitos orgânicos e necessidades coerentes para o sujeito. Desta forma, o comportamento alimentar é entendido não apenas como as práticas observadas empiricamente (o que, quanto, como, onde, quando e na companhia de quem comemos), mas também com os aspectos socioculturais e psicológicos relacionados a alimentos e preparações apropriados para diversas situações, escolhas alimentares, comida desejada e apreciada, alimentos e preparações que gostaríamos de experimentar, quantidade de comida que pensamos que comemos etc (GARCIA, 1997; PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

Hábitos alimentares dependem dos fatores relativos às condições de acesso ao alimento [...] e também da seletividade que varia de cultura a cultura precisamente por ser a alimentação um fenômeno cultural. Hábitos alimentares possuem conteúdos simbólicos e cognitivos, relativos a classificações sociais, à percepção do organismo humano e das relações entre este e as substâncias ingeridas (WOORTMANN, 1978, p. 42).

Em nossa cultura, o alimento desempenha vários papéis, como o de suprir as necessidades nutricionais, de servir de recompensa para algumas ações, especialmente em momentos de ansiedade e estresse, além de ser o centro das atividades sociais, sendo o elemento que não pode faltar nos encontros sociais entre amigos e famílias (MATTOSINHO; SILVA, 2007). Sem dúvida, o fácil acesso a comidas saborosas, com alto teor de gordura e a redução ou a inexistência da atividade física são fatores que facilitam a acumulação de peso (SOUZA et al., 2005) e conseqüentemente, favorecem o surgimento do diabetes.

Neste aspecto, a aplicação do conceito de “promoção da saúde” deve ser valorizada na prática dos profissionais de saúde, visto que a educação alimentar e nutricional é essencial à prevenção e à melhoria da qualidade de vida dos portadores de diabetes. Assim, conforme descrito na Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986), promoção da saúde é o

nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na

direção de um bem-estar global (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986, p. 01).

De acordo com o que afirmam Sícoli e Nascimento (2003), a promoção da saúde, portanto, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, recaindo sobre as ações intersetoriais relacionadas à educação, saneamento básico, habitação, renda, trabalho, alimentação, meio ambiente, acesso a bens e serviços essenciais, lazer, entre outros determinantes sociais da saúde. Os autores reforçam que na Carta de Ottawa, a participação ativa da população é essencial para operacionalizar a promoção da saúde.

Atualmente, com o movimento de prevenção das doenças crônicas, também conhecido como a “segunda revolução epidemiológica”, a promoção da saúde deve-se associar a medidas preventivas sobre o ambiente físico e estilos de vida. Isto ocorre em virtude do não enquadramento do modelo da história natural da doença, de Leavell & Clark, para o caso destas doenças, no qual existiam três níveis de prevenção dentro dos quais poderiam ser aplicadas medidas preventivas contra agentes patológicos (BUSS, 2000). Assim, no contexto das doenças crônicas não transmissíveis, a doença não é determinada por um agente etiológico específico, mas por padrões comportamentais.

Portanto, é fato que a mudança no estilo de vida, por meio da adoção da prática de exercícios físicos regulares e uma dieta adequada diminuem o risco de se adquirir o diabetes e oferece uma boa qualidade de vida ao paciente diabético. No entanto, ela é influenciada por fatores psicológicos, sociais e econômicos. Sendo assim, programas eficazes de prevenção ao diabetes e de atenção a pessoas com diabetes devem incorporar ações que ofereçam apoio psicossocial aos indivíduos participantes (MOLENA-FERNANDES et al., 2005), devido à existência de um sistema de valores, 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 um rigoroso controle alimentar (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

2.3 Prevalência do diabetes *mellitus* tipo 2

Diabetes, que em grego significa sifão, recebeu este nome por provocar polidipsia e poliúria; e tal denominação foi usada pela primeira vez por Apolonio e Memphis em 250 a.C.. O diabetes só adquire a terminologia *mellitus* no século I d.C. que, em latim, significa mel, uma alusão à urina doce (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

No entanto, outros autores relatam que foi o médico grego Arateus da Capadócia, no século II, quem denominou o termo diabetes o qual, segundo ele, era o derretimento da carne e dos membros para a urina. Entre os séculos V e VI, médicos indianos mencionaram que a urina de pacientes com diabetes era adocicada, fato comprovado pela observação de formigas atraídas pela urina destes pacientes (FIGUEROLA, 1990; COSTA; SILVA NETO, 1992 apud MOLENA-FERNANDES et al., 2005).

Os sintomas da doença foram descritos há cerca de 3500 anos, no Papiro de Ebers no antigo Egito (MARLES; FARNSWORTH, 1995 apud CARVALHO; DINIZ; MUKHERJEE, 2005) e o primeiro caso registrado no Egito em 1500 a.C. (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

Na América Latina, o diabetes é um dos principais problemas de saúde, onde a prevalência alcança 19 milhões de pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001), sendo grande parcela constituída por indivíduos produtivos para o trabalho. Este fenômeno acarreta aumento do ônus à previdência social, alimentando assim, a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (BRASIL, 2006; SARTORELLI; FRANCO, 2003; TOSCANO, 2004).

Até mesmo os países desenvolvidos os quais, apesar dos avanços científicos e do fácil acesso a cuidados de saúde são acometidos pelo aumento da prevalência do diabetes. Desta forma, pressupõe-se que intervenções com a finalidade de prevenir tal condição, como a atividade física e dieta são subutilizados (GEORG et al., 2005).

Estima-se que em 2020, dois terços da carga de doenças será atribuída às doenças crônicas não transmissíveis (CHOPRA, 2002), sendo as dietas altamente calóricas e o sedentarismo, os principais condicionantes ao aumento da prevalência da obesidade, outro fator de risco importante para o diabetes tipo 2 (ZIMMET, 2003).

Em 1995 estimou-se que o diabetes *mellitus* atingia 4% da população adulta mundial e é previsto que em 2025 atingirá 5,4% desta, o que equivalerá a

aproximadamente 300 milhões de diabéticos. Nos países desenvolvidos, este aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais avançadas, em decorrência da elevação da expectativa de vida e do aumento populacional. Nos países em desenvolvimento, o aumento será observado em todas as faixas etárias, principalmente no grupo de 45 a 64 anos, cuja prevalência possivelmente triplicará (KING; AUBERT; HERMAN, 1998).

Na América Latina sugere-se que, a menos que sejam introduzidas ações preventivas importantes, este número atinja 40 milhões em 2025. Devido o diabetes *mellitus* tipo 2 ser mais freqüente em obesos e em pessoas de nível socioeconômico baixo, a doença representa uma carga social importante que se manifesta tanto nos sistemas de serviços de saúde, quanto na qualidade de vida das pessoas e familiares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

No Brasil, de acordo com o estudo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, intitulado VIGITEL, no ano de 2009, a ocorrência de diabetes na população adulta foi de 5,8% para ambos os sexos. A prevalência aumenta com a idade, ou seja, o diabetes atinge 22,1% da população com idade superior a 65 anos. Observando a série histórica do VIGITEL (2006, 2007, 2008 e 2009), a prevalência de diabetes no país vem aumentando, como declaram inúmeros estudos, e é de 5,2%, 5,2%, 5,5% e 5,8%, respectivamente (BRASIL, 2010).

Outro fator que pode suscitar em aumento do número de casos de diabetes é o desconhecimento da doença. Um estudo multicêntrico de base populacional realizado em 1988 em nove capitais brasileiras demonstrou que a prevalência do diabetes em população urbana de 30 a 69 anos de idade foi de 7,6%; e 46% dos casos existentes desconheciam o diagnóstico que provavelmente seria descoberto por manifestação de alguma complicação crônica do diabetes (MALERBI; FRANCO, 1992 apud SARTORELLI; FRANCO, 2003). Daí a importância de uma atenção primária à saúde bem estruturada com ações de prevenção primária.

No Brasil e em Minas Gerais, o conjunto das doenças cardiovasculares é considerado o principal problema de saúde pública, tendo na hipertensão e no diabetes as causas importantes para seu predomínio (MINAS GERAIS, 2008).

A análise situacional da saúde em Minas Gerais mostra uma população num processo de envelhecimento muito rápido. Em 2006, 9% da população mineira,

1.800.000 habitantes, era composta por pessoas de mais de 60 anos; em 2025 este percentual será de aproximadamente 15%. Este incremento acelerado dos idosos tem duas implicações principais: o aumento dos custos do sistema público de saúde e o incremento das doenças crônicas (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2008).

Tavares e Rodrigues (2002) afirmaram que de acordo com o Ministério da Saúde, no Estado de Minas Gerais havia, no ano de 1993, cerca de 300.000 diabéticos tipo 1 e 2, representando 1,9% da população total e destes, 2,6% eram do tipo 1 e 97,4%, do tipo 2. Por sua vez, a pesquisa VIGITEL 2009 encontrou na capital mineira, um índice de diabetes autorreferido em adultos maiores de 18 anos de 4,7%, sendo 4,3% entre homens e 5,1% entre mulheres (BRASIL, 2010).

Segundo a Coordenação de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2009), o estado adota para fins de estimativa do número de casos de diabetes, a Portaria 493, de 13 de março de 2006 do Ministério da Saúde, a qual considera 11% a prevalência de diabetes na população de 40 anos e mais. As taxas de mortalidade ocasionadas pelas doenças cardiovasculares, à exceção dos acidentes vasculares cerebrais, são altas e crescentes. A taxa de mortalidade por diabetes em 2003 ficou em 18,52 por cem mil habitantes em 2003 e 18,84 em 2004, indicando ligeiro aumento na mortalidade por esta causa (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2008). Conforme dados gerados pelo SIH/SUS de 2006, o diabetes em Minas Gerais está entre as principais causas de internações hospitalares no SUS, perfazendo um total de 14.042 internações ou 1,1% do total de internações realizadas entre julho e agosto de 2005. Os gastos com estas hospitalizações são estimados em cerca de 88,2 milhões de reais no ano (MINAS GERAIS, 2008).

O município de Araguari, localizado na região do Triângulo Mineiro, possui 122 anos, 110.334 habitantes estimados em 2008, índice de desenvolvimento humano de 0,815 e PIB per capita de R\$17.236,00 em 2000 (ARAGUARI, 2009), e 12 casos de óbitos de crianças menores de um ano em 2008 (ARAGUARI, 2009a). É integrante do circuito turístico do Triângulo Mineiro como pólo de turismo ecológico, segundo Programa Nacional de Turismo do Ministério do Turismo. A economia é agroexportadora, com lavouras de café, soja, laranja, milho, acerola, uva; é o maior produtor de tomate do estado e possui três das maiores empresas de

suco do país que produzem 70% de todo o suco consumido nacionalmente. Possui também um rebanho de 145.000 cabeças de gado e frigoríficos exportadores de carne bovina (ARAGUARI, 2009).

É gestor pleno da atenção básica e do sistema de saúde, possui uma rede de saúde constituída por 17 unidades básicas de saúde, sendo 13 equipes de saúde da família e 04 unidades de saúde tradicionais; 04 postos de saúde na zona rural; 01 policlínica; 01 centro de referência de atenção materno infantil; 01 centro de referência de DST/ AIDS; 04 unidades de atenção à saúde mental; 01 pronto atendimento; 01 serviço de atendimento domiciliar; 01 farmácia municipal; 03 hospitais, 10 laboratórios de patologia clínica e 01 clínica de hemodiálise privados credenciados ao SUS.

No município, a prevalência de diabetes tipo 2 é de 4,22%, conforme dados gerados pelo Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)¹ (ARAGUARI, 2009b). Em contrapartida, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)² apresenta prevalência de 2,83% de diabéticos³ (ARAGUARI, 2009c).

Dados desta natureza aumentam os gastos em saúde, causam prejuízos à qualidade de vida, diminuição da capacidade para o trabalho e da expectativa de vida. Por isso, há urgência em priorizar programas de controle desse agravo que desenvolvam assistência especial aos usuários diabéticos, bem como identificação precoce da população com fatores de risco (RODRIGUES; LIMA; NOZAWA, 2006). É necessário que os serviços de saúde desenvolvam ações de prevenção e controle do diabetes *mellitus*, e que sejam mais abrangentes à população, com o objetivo de reduzir os índices de morbimortalidade e o aparecimento dos fatores de risco (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

2.4 O papel da atenção primária à saúde

¹ Refere-se ao registro de diabéticos e hipertensos acompanhados em todas as unidades de saúde municipais.

² Refere-se ao cadastramento de usuários do Programa Saúde da Família.

³ Diabéticos tipo 1 e tipo 2, conjuntamente.

O impacto do diabetes sobre o sistema de saúde de diversos países ainda não está bem documentado, mas considerando a associação da doença a altas taxas de hospitalizações, a uma grande incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações, pode-se prever a carga representada para os sistemas de saúde (MOLENA-FERNANDES et al., 2005).

Desta forma, programas eficazes de prevenção do diabetes vêm sendo discutidos e as mudanças no estilo de vida, como modificações na dieta e combate ao sedentarismo, são apontadas como condições importantes na prevenção e controle do diabetes (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

No Brasil, estudos sobre impacto de programas de prevenção primária do diabetes tipo 2 em população saudável ou de alto risco são escassos. Dados preliminares de um estudo de intervenção para a prevenção do diabetes em população adulta sugerem que esses programas são viáveis em unidades básicas de saúde e promovem a melhoria da saúde da população (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Apesar de se conhecer a importância da prevenção primária como base no controle do diabetes, o manejo desta patologia deve ser realizado em um sistema hierarquizado de saúde (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001), no qual o rastreamento e o diagnóstico precoce, a garantia de acesso e utilização do serviço de saúde e o cuidado despendido com qualidade não devem ser dispostos em segundo plano. Isto se deve ao fato de que o diabetes *mellitus* permanece assintomático por um longo tempo antes de ser diagnosticado, existe alta prevalência de complicações microvasculares na época do diagnóstico, além do que, a detecção e o diagnóstico precoces permitiriam a instituição de terapia com redução das complicações relacionadas à enfermidade. Portanto, o acesso efetivo ao sistema de saúde, a garantia de qualidade do tratamento, a educação e a adesão dos portadores de diabetes reduziriam a carga da doença ao sistema de saúde e ao próprio portador (TOSCANO, 2004).

Infelizmente, poucos são os serviços munidos de atividades baseadas em programas de saúde planejados e, quando isso acontece, a atenção materno-infantil é a atividade exclusiva ou predominante. Mesmo sem a formulação de programas específicos de cuidado, no entanto, o atendimento a pacientes portadores de

doenças crônicas vem se processando nos serviços de atenção primária. A avaliação da situação atual do cuidado de pacientes diabéticos ao nível primário, portanto, torna-se elemento essencial para o estabelecimento de metas e condutas que atendam à população de forma efetiva (ARAÚJO et al., 1999).

Desta maneira, o controle metabólico de indivíduos com a doença em evolução consiste em um dos maiores desafios dos serviços de saúde. Por isso, tornam-se necessários programas eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde que visem as prevenções primária e secundária do diabetes *mellitus* tipo 2. Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, a associação entre o ganho de peso, obesidade abdominal, sedentarismo e o desenvolvimento de diabetes *mellitus* tipo 2 é real, e o consumo alimentar habitual é considerado um dos principais fatores passíveis de modificação relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (SARTORELLI; FRANCO; CARDOSO, 2006).

Teixeira e Zanetti (2006) elaboraram um estudo sistematizado sobre a educação em diabetes e observaram que o apoio educacional é capaz de criar forte impacto sobre o comportamento dos pacientes, no que se refere à evolução da saúde e aos custos despendidos no atendimento. Isto se explica pela confirmação de que mudanças no estilo de vida, mediante educação continuada dos diabéticos, resultam em redução de peso, melhor controle glicêmico, da pressão arterial e lipídeos, e conseqüentemente, reduzem os riscos cardiovasculares.

No Brasil, porém, a maioria dos programas de educação em saúde para pessoas com diabetes é planejada sob a ótica dos profissionais de saúde, com o objetivo de fornecer informações às pessoas com base nas mudanças de hábitos necessários para um bom equilíbrio glicêmico, desconsiderando aspectos importantes, como crenças e valores sobre saúde (SANDOVAL, 2003).

Francioni e Silva (2007) relatam a experiência de um programa realizado em uma unidade de Saúde de Florianópolis - SC voltado para o viver saudável de pessoas com diabetes, utilizando grupos de convivência, os quais buscam compartilhar saberes e experiências, por meio de uma rede de suporte social capaz de promover a autonomia dos participantes, ampliar a criatividade, melhorar a auto-imagem, oportunizar a livre expressão sobre as emoções e estabelecer articulações com outros grupos e instituições.

Neste trabalho foi observado que o ato de compartilhar experiências em grupo possibilitou que novas diretrizes fossem traçadas em relação às práticas assistenciais dirigidas às pessoas com diabetes, pois deste modo é possível entender os anseios, necessidades, revoltas e situações do cotidiano que, em determinados momentos, não são percebidas pelo profissional de saúde. Quanto à percepção de como as pessoas com diabetes constroem seu processo de viver e ser saudável, é possível perceber que há um reconhecimento de sua condição como algo que demanda cuidados e mudanças expressivas no seu cotidiano. No decorrer dos encontros, foi percebido que quanto mais os medos são desvendados, mais fácil é conviver com a doença, de forma que as pessoas se tornam mais autônomas e conseguem encontrar caminhos de promoção à saúde e de uma vida melhor.

O diabetes *mellitus* deve ser encarado pelos profissionais da saúde além das complicações crônicas físicas e considerado quanto à questão de que o viver com essa doença não raramente traz importantes conseqüências crônicas sociais para as pessoas, como discriminação, dificuldades cotidianas na realização de atividades e convívio social. Assim, desenvolver um processo educativo com pessoas diabéticas requer muito mais do que dar informações, discutir tratamentos e cuidados, é preciso desenvolver ações educativas considerando estas repercussões sociais e a estrutura deficiente dos serviços de saúde (SANDOVAL, 2003).

O grande desafio dos profissionais de saúde é motivar para o cuidado, pessoas diabéticas assintomáticas, com níveis glicêmicos alterados. Estratégias educacionais devem atender aos aspectos emocionais, sociais, de valores e crenças destas pessoas em relação à própria saúde. Para tanto, os programas de saúde para o controle do diabetes devem conter ações individuais de assistência e ações populacionais de abrangência coletiva, que incluam famílias e cuidadores, direcionadas à promoção da saúde, a fim de provocar impacto educacional e melhor resolubilidade. Portanto, é necessário que a equipe multiprofissional esteja capacitada e qualificada para o atendimento (TEIXEIRA; ZANETTI, 2006).

Silva (2008), estudando o significado do tratamento nutricional por pacientes diabéticos, mostra que

[...] a partir do momento que o paciente se torna receptivo ao tratamento, fica mais fácil interagir com o seu mundo, colher experiências e implantar algumas direções benéficas para a sua vida, sem interferir demasiadamente em seus costumes, no modo de ser dentro da sua cultura e da sua tradição (SILVA, 2008, p. 91).

Para isto, é necessário que o profissional esteja ciente que este processo é lento, que não utilize meios de rotular os pacientes, mas sim, compreendê-los a partir de suas culturas, tradições, angústias e revoltas, pois é a partir delas que nascem as resistências. Desta maneira, serão alcançados com as orientações nutricionais, pois a

[...] insistência na difusão de informações de forma vertical e descendente, sem interação, sem maleabilidade, sem sensibilidade, desprezando o elo entre o conhecimento técnico e o senso comum dos pacientes, acaba por produzir um discurso acadêmico autoritário, meramente normativo e com pouca ou nenhuma eficácia terapêutica (SILVA, 2008, p. 92).

O Ministério da Saúde, por meio da Política de Atenção ao Diabetes no SUS, subsidia estratégias de saúde pública para prevenir o diabetes e suas complicações, com base em ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento, diagnóstico, capacitação de profissionais, vigilância e assistência farmacêutica, além de pesquisas nesta área (BRASIL, 2009).

As ações no âmbito da atenção primária se dão na determinação de protocolos de atendimento, capacitação de profissionais, assistência farmacêutica com fornecimento gratuito de medicamentos e insumos para monitoramento da glicemia capilar, além da ampliação do acesso aos serviços de saúde via equipes de saúde da família. Existem a Política de Promoção da Saúde, que prioriza o estímulo à atividade física e o Programa Saúde na Escola, com o objetivo de prevenir e promover a saúde dos escolares, mediante detecções precoces da hipertensão arterial e do diabetes, além de outras ações relacionadas à prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2009).

2.5 Os tratamentos medicamentoso e fitoterápico do diabetes *mellitus* tipo 2

O tratamento do diabetes visa, predominantemente, o controle glicêmico. A Sociedade Brasileira de Diabetes preconiza também como objetivos: aliviar os sintomas, melhorar a qualidade de vida, prevenir complicações agudas e crônicas, reduzir a mortalidade e tratar as doenças associadas (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

Para isto, deve estar fundamentado na educação, nas modificações do estilo de vida e, se necessário, no uso de medicamentos. O diabético deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis, através da manutenção de peso adequado, da prática regular de atividade física, da suspensão do tabagismo e do baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas (MINAS GERAIS, 2006; GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

Frequentemente, com o decorrer dos anos, o diabético tipo 2 necessita de tratamento medicamentoso e até insulina, em virtude da falência parcial ou total das células beta-pancreáticas (BRASIL, 2006). No entanto, os hipoglicemiantes devem ser empregados somente quando não se controlar os níveis glicêmicos após o uso das medidas dietéticas, da perda de peso, da prática de exercício físico regular e da suspensão do tabagismo (MINAS GERAIS, 2006).

Guimarães e Takayanagui (2002) baseados em Chacra e Lerário (1998), reportam que existem quatro estádios para o tratamento do diabetes tipo 2. São eles: a) Estádio I, relacionado ao tratamento dietético, programa de exercícios, mudança de estilo de vida, treinamento em automonitorização; b) Estádio II, o qual utiliza drogas antiobesidade e antidiabéticos orais em monoterapia ou em combinação, além das orientações do Estádio I; c) Estádio III, com uso de insulina em tratamento oral ou instituição definitiva da insulina como monoterapia, além das orientações do Estádio I; d) Estádio IV, que visa à intensificação do tratamento insulínico com as orientações do Estádio I.

Neste sentido, o plano terapêutico para o diabetes tipo 2 inclui controle glicêmico e prevenção de complicações crônicas. Para o controle da glicemia orienta-se a farmacoterapia e mudanças no estilo de vida, e são recomendadas as intervenções preventivas metabólicas e cardiovasculares e a detecção e tratamento de complicações crônicas para a prevenção destas no diabetes (BRASIL, 2006). Para isto, o Ministério da Saúde orienta, conforme quadro abaixo, metas de controles glicêmico, cardiovascular e metabólico e a periodicidade de monitoramento.

Parâmetro	Meta	Periodicidade
Plano alimentar	Alimentação saudável 18,5 < IMC < 25 kg/m ² ou perda de peso	Verificar e orientar a cada consulta
Atividade física	> 30 min/dia ou > 1 h/dia (perda/ manutenção de peso)	Verificar e orientar a cada consulta
Fumo	Não fumar	Verificar e orientar a cada consulta
Hemoglobina glicada	< 7%	A cada 3 meses até alcançar controle; depois, a cada 6 meses
Glicemia de jejum	90 – 130 mg/dl	Mensal
LDL – colesterol	< 100 mg/dl	Anual
HDL – colesterol	> 40 mg/dl	Anual
Triglicérides	< 150 mg/dl	Anual
Pressão arterial	< 130/ 80 mmHg	A cada consulta
Vacinação*	Influenza	Anual

Quadro 1 - Metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular, e periodicidade do monitoramento

Fonte: BRASIL (2006)

Nota: * Vacina pneumocócica: uma vez, depois reforço aos 65 anos.

O tratamento deve ser individualizado, respeitando-se a idade do paciente, a presença de outras doenças, a capacidade de percepção de hipoglicemia, o estado mental, o uso de outras medicações, a dependência de álcool ou drogas, a cooperação do doente e as restrições financeiras, hábitos, crenças e aspectos culturais (MINAS GERAIS, 2006; SILVA, 2008). Além disso, para que a adesão do diabético ao programa alimentar proposto seja satisfatória é importante considerar seus hábitos alimentares anteriores ao diabetes, uma vez que estes são reflexos de suas origens culturais e regionais (BRASIL, 2000).

No tratamento do diabetes, os medicamentos são empregados, geralmente, em um segundo momento da terapêutica, diante da incapacidade de controlar os níveis glicêmicos pela prática da dieta e de exercícios físicos. Entre os agentes medicamentosos disponíveis para a terapia do diabetes estão incluídos a insulina e os hipoglicemiantes orais (principalmente, biguanidas e sulfoniluréias) (ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002). O quadro seguinte apresenta a listagem de fármacos e posologia utilizados no tratamento do diabetes tipo 2.

Fármaco	Posologia
Sulfoniluréias	
Glibenclamida	2,5mg a 20mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
	2,5mg a 20mg, 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
Glicazida	40mg a 320mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
Insulina	
NPH	10U ao deitar (ou 0,2U/ kg), aumento gradual de 2U; reduzir em 4U quando houver hipoglicemia. Se necessário, adicionar 1 a 2 injeções diárias.
Regular	Em situações de descompensação aguda ou em esquemas de injeções múltiplas.

Quadro 2 - Fármacos para o tratamento da hiperglicemia do diabetes *mellitus* tipo 2

Fonte: BRASIL (2006)

Assim, a base do tratamento convencional do diabetes é a terapia nutricional e o estímulo à atividade física, associado à perda de peso quando necessária. O tratamento medicamentoso é um complemento ao tratamento dietético e físico. Se ao paciente é apenas oferecido o tratamento farmacológico, sem a devida orientação nutricional, tanto o paciente quanto o profissional de saúde serão frustrados nos esforços de controle glicêmico e prevenção de complicações (MINAS GERAIS, 2006).

Porém, uma alternativa no tratamento do diabetes pode ser a fitoterapia, que até o início do século passado constituía a única opção de tratamento. Há relatos do uso de plantas antidiabéticas na Índia sob a forma de chás desde o século VI a.C., cujo efeito sobre a glicemia vem se confirmando com o desenvolvimento da ciência (CARVALHO; DINIZ; MUKHERJEE, 2005).

Drogas de origem vegetal são utilizadas desde os tempos remotos e, historicamente, os achados denominados de “tábuas” (placas de argila com inscrições) e outras relíquias dos povos sumérios (cerca de 3.000 anos a.C.) indicam o emprego destas matérias-primas para o tratamento de doenças. O papiro de Ebers, medindo 18 metros de comprimento (séc. XVI a.C.) traz fórmulas e substâncias que eram predominantemente de origem vegetal (acácia, mamona e funcho) veiculadas em cerveja, vinho, leite ou mel que consistiam em excipientes disponíveis na época (ALLEN; POPOVICH; ANSEL, 2007 apud NICOLETTI et al., 2010).

Os primeiros medicamentos para controle do diabetes foram desenvolvidos a partir de 1921 e desde então, as plantas são usadas como fontes de medicamentos.

Atualmente, cerca de 25% do total de fármacos disponíveis no mercado são originados destas (CARVALHO; DINIZ; MUKHERJEE, 2005; SILVA; CECHINEL FILHO, 2002).

Por ser um recurso natural e de fácil aquisição, as plantas sempre foram muito empregadas para fins terapêuticos. A OMS refere que 80% da população mundial utilizam plantas medicinais ou preparações destas na atenção primária à saúde, como primeiro recurso terapêutico (SILVA; CECHINEL FILHO, 2002; NICOLETTI et al., 2010). O reconhecimento de seu valor como recurso clínico, farmacêutico e econômico tem crescido progressivamente em vários países, os quais estão normatizando e legislando acerca dos diferentes critérios de segurança, eficácia e qualidade que devem envolver esses produtos (NICOLETTI et al., 2010).

No Brasil existe um grande número de plantas medicinais usadas popularmente para o tratamento do diabetes e muitas destas espécies já foram cientificamente estudadas e suas propriedades, e de alguns de seus compostos isolados, foram comprovadas. Porém, ainda hoje, há um descrédito dos médicos e profissionais de saúde quanto ao potencial terapêutico desta terapia, enquanto seus pacientes persistem no seu uso, muitas vezes, associado com a medicação tradicional, podendo levar a sérios riscos à saúde dos usuários, como a potencialização de seu efeito e uma severa hipoglicemia, um dos principais efeitos tóxicos dos hipoglicemiantes (CARVALHO; DINIZ; MUKHERJEE, 2005, p. 12).

Em relação à toxicidade, detalhes como identificação da planta, parte a ser usada, preparação, padronização química e biológica do extrato, estabilidade do extrato, dosagens terapêuticas, efeitos colaterais, interações medicamentosas e alimentares e contraindicações devem ser incorporados à farmacopeia nacional (NEGRI, 2005). Neste sentido, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu a RDC nº 95, de 11 de dezembro de 2008, a respeito do uso racional de plantas medicinais utilizadas no país. Esta legislação contempla as nomenclaturas botânica e popular, parte a ser utilizada, posologia, forma de uso, contraindicações e efeitos adversos, que pode nortear a atuação de profissionais da saúde, além de padronizar as espécies de plantas utilizadas para fins medicinais, para que se possa fazer registro de medicamentos.

Inúmeras espécies vêm sendo testadas quanto à eficácia no tratamento do diabetes, como por exemplo, *Taraxacum officinale* (dente-de-leão), *Cynara scolymus* (alcachofra), *Baccharis trimera* (carqueja), *Allium cepa* (cebola), *Phyllanthus niruri* (quebra-pedra), *Arctium lappa* (bardana), *Syzygium jambolanum* (jambolão), *Stevia*

rebaudiana (stévia), *Salvia officinalis* (sálvia), *Eucalyptus globulus* (eucalipto), *Bauhinia forficata* (pata-de-vaca) (CECÍLIO et al., 2008); *Aspidosperma subincanum* Mart. (guatambu) (ALVES, 2007); *Cissus sicyoides* L.(insulina vegetal) (CARVALHO; DINIZ; MUKHERJEE, 2005; SANTOS et al., 2008) e *Passiflora edulis* Sims (farinha da casca do maracujá amarelo) (BRAGA; MEDEIROS; ARAÚJO, 2010; JANEIRO et al., 2008).

De acordo com Negri (2005), os mecanismos de ação envolvidos na queda da glicemia pelas plantas podem estar relacionados ao aumento da liberação de insulina através da estimulação das células beta-pancreáticas; resistência aos hormônios que aumentam a taxa de glicose; aumento do número e da sensibilidade do sítio receptor de insulina; diminuição da perda de glicogênio; aumento do consumo de glicose nos tecidos e órgãos; eliminação de radicais livres; resistência à peroxidação lipídica; correção da desordem metabólica causada em lipídios e proteínas e estímulo ao aumento da microcirculação do sangue no organismo.

Culturalmente, o tratamento biomédico ocidental é tido como o mais eficaz no controle da glicemia. Entretanto, estudos mostram que mais de 50% das populações de países ocidentais também utilizam tratamentos alternativos e complementares, especialmente pacientes com doenças crônicas em geral, e mais especificamente os diabéticos, que utilizam 1,6 vezes mais tratamentos não convencionais que a população não diabética (CASTRO et al., 2010).

Um estudo de Castro et al. (2010) realizado com pacientes diabéticos tipo 2 submetidos a atendimento ambulatorial em Campinas – SP, mostrou que 70,9% dos entrevistados fez uso de medicina tradicional associada à terapia alternativa ou complementar, sendo as práticas mais utilizadas, respectivamente, ervas, orações e dietas. Dentre os participantes do estudo que afirmaram utilizar ervas como terapia alternativa, 22,7% fez uso de farinha da casca de maracujá e o mesmo percentual utilizou insulina vegetal. Verificou-se que a família tem participação especial na divulgação da medicina tradicional e da terapia complementar ou alternativa, por ser a maior fonte de obtenção de informações.

A utilização de drogas de origem vegetal é um recurso valioso no processo da recuperação da saúde, entretanto requer cuidados e orientações adequadas ao usuário de medicamentos, considerando seu uso racional, visto que há a crença

popular de que drogas de origem vegetal não provocam efeitos negativos à saúde (NICOLETTI et al., 2010).

2.6 Importância da prática de exercícios físicos no controle da glicemia

Exercícios físicos são fundamentais no tratamento do diabetes, assim como a dieta e o uso de medicamentos (FECHIO; MALERBI, 2004). No entanto, o exercício aeróbico é o que demonstra efeitos mais substanciais, devido ao aumento na captação de glicose pelos músculos esqueléticos, independente de insulina (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

A melhora nas condições fisiológicas, como diminuição e/ou manutenção do peso, redução de antidiabéticos orais, diminuição da resistência à insulina, redução dos níveis sanguíneos de lipídios, aumento do HDL colesterol, diminuição da frequência cardíaca, redução da pressão arterial retardam o risco de complicações nos portadores de diabetes *mellitus* (FECHIO; MALERBI, 2004).

Em um estudo conduzido por Silva e Lima (2002), no qual um grupo de diabéticos tipo 2 sedentários foi submetido a um programa de exercício físico durante dez semanas, foi observada melhora na glicemia de jejum, na hemoglobina glicada, nos lipídios plasmáticos, na frequência cardíaca de repouso e no índice de massa corporal, comprovando o que dizem os autores citados anteriormente.

Apesar das vantagens da atividade física, grande parte da população é inativa ou se exercita em níveis insuficientes para alcançar resultados satisfatórios para a saúde. Estima-se que 50% dos indivíduos que começam um programa de exercício interrompem-no nos primeiros seis meses, visto que constitui parte de um longo tratamento e necessita de mudanças no estilo de vida (FECHIO; MALERBI, 2004).

Vancea et al. (2009) relatam que a baixa adesão ao exercício físico por diabéticos pode ser decorrente da falta de estímulos nas consultas de rotina e da falta de compreensão e aceitação dos próprios doentes. Outros fatores também podem influenciar, como determinantes genéticos, diferenças na idade, biotipo, aptidão física, duração e modalidade do exercício.

Lima e Silva (2002) concluem que um programa de exercício físico regular de intensidade moderada auxilia no controle glicêmico do indivíduo com diabetes *mellitus* tipo 2, sendo seu efeito observado na primeira sessão de exercício. Estes mesmos autores e Vancea et al. (2009) relatam que um programa de exercício físico para controle dos níveis de hemoglobina glicada deve ser feito com frequência maior que três vezes por semana. Já Rique, Soares e Meirelles (2002) recomendam atividade física moderada pelo menos cinco vezes na semana sem frequência cardíaca especificada. Segundo recomendações da *American Diabetes Association* (2010) os diabéticos devem realizar pelo menos 150 min/semana de exercício aeróbico de moderada intensidade e, na ausência de contraindicações, ser encorajados a realizar treinos de resistência, pelo menos 3 vezes por semana.

Essencialmente, é importante o monitoramento do diabético por uma equipe multidisciplinar e que siga um programa de exercícios seguro e prazeroso. No entanto, os benefícios da prática de exercícios físicos só se mantêm com a regularidade (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

2.7 Adesão do portador de diabetes aos tratamentos medicamentoso e dietoterápico

O tratamento das doenças crônicas visa minimizar a morbimortalidade e promover a qualidade de vida aos indivíduos assistidos, desde que seja eficiente e regular. Contudo, frequentemente os profissionais de saúde se deparam com a baixa adesão dos doentes crônicos, visto que o acompanhamento é longo e são necessárias, por parte do paciente, mudanças de comportamento. Por este motivo, vários estudos apresentam estratégias para melhorar a adesão aos medicamentos, promover mudanças de comportamento de promoção à saúde e desenvolver teorias sobre os motivos apresentados por algumas pessoas para justificar seus comportamentos (REINERS et al., 2008).

Para Reiners et al. (2008), o paciente deve cumprir, seguir, obedecer às recomendações dos profissionais de saúde e seu comportamento deve coincidir com os conselhos e indicações médicas. Neste caso, quando o paciente deixa de

observar as recomendações, os conselhos, as indicações e as ações estabelecidas pelo profissional e/ou pelo serviço, é considerado como não aderente ao tratamento.

Leite e Vasconcellos (2003) afirmam que a adesão à terapêutica medicamentosa é compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento, e representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos. Porém, ao revisarem a literatura sobre a falta de adesão de pacientes e os processos sociais e psicológicos que permeiam a relação médico paciente, Assis e Nahas (1999) encontraram que um estudo conduzido por DiMatteo (1994), 38% dos pacientes deixam de seguir um tratamento agudo recomendado; 43% dos pacientes não aderem a um tratamento crônico e 75% dos pacientes não seguem as recomendações médicas relacionadas às mudanças no estilo de vida, como restrições alimentares, abandono do fumo e outros.

Holli e Calabrese (1991) citados por Assis e Nahas (1999) discutem que na literatura, os termos complacência e adesão são ambos utilizados para significar adesão, porém apresentam uma diferença, no sentido de que complacência ocorre quando o comportamento alimentar do paciente coincide com as recomendações e prescrições dietéticas, tornando o “conselheiro” quem autoritariamente decide o melhor para o indivíduo, que aceita e cumpre de maneira passiva. O termo adesão sugere maior participação do paciente na resolução dos problemas e decisões sobre as mudanças alimentares, que são comportamentos voluntários.

Uma investigação conduzida por Mattosinho e Silva (2007) com adolescentes diabéticos encontrou que as mudanças de comportamento mais difíceis de serem aderidas estiveram associadas à dieta e aos exercícios físicos. Apesar de os pacientes receberem orientações pertinentes dos profissionais de saúde, estes cuidados também são feitos pela família, que realiza reinterpretações pessoais sobre o que é permitido e proibido, centralizando a dieta somente na exclusão dos alimentos doces. Para completar, os hábitos culturais e alimentares, e o nível socioeconômico também contribuem para essa dificuldade. Neste estudo, os adolescentes, principalmente os que trabalhavam, referiram que a dificuldade na realização dos exercícios físicos estava relacionada à falta de tempo, não havendo espaço para a formação deste hábito.

A dificuldade na adesão do diabético ao tratamento pode ser equiparada à do HIV positivo, uma vez que a aceitação do diagnóstico, a frequente ausência de sintomas, as condições socioeconômicas e culturais dos indivíduos, a qualidade da relação entre usuário e equipe de saúde e a falta de subsídios por parte da equipe para lidar com tal dificuldade são fatores que influenciam fortemente na decisão do paciente sobre o seguimento do tratamento (MALISKA; PADILHA, 2007).

Assim, é indiscutível considerar que a adesão ao tratamento depende do sucesso da terapia proposta, de modo que haja cura de uma enfermidade, controle de uma doença crônica e prevenção de determinada patologia. Por isto, inúmeros estudos questionam as causas pelas quais o paciente não adere e se ele realmente tem conhecimento e consciência desta questão, já que existem relatos de que o tipo de enfermidade tratada parece ter alguma relação com a adesão ou não ao tratamento, o que pode ser interpretado também como a forma com que o paciente vê seu estado e compreende sua enfermidade (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Outra questão de importância é a ideia de submissão do paciente ao tratamento discutida na revisão de literatura de Reiners et al. (2008), na qual o profissional determina a conduta terapêutica, considera a autonomia de o paciente seguir ou não o tratamento, porém não se responsabiliza pelas consequências de tal decisão. Para estes autores, os profissionais tendem a abordar a questão da adesão/não-adesão somente sob suas perspectivas, ignorando o sofrimento dos pacientes e negando a legitimidade dos comportamentos que diferem das suas prescrições, julgando-os e rotulando-os, ao invés de conhecer e entender suas razões. Como consequência, os pacientes não aderentes são responsabilizados pelo insucesso no tratamento.

Na realidade, deve-se considerar a responsabilidade dos profissionais e serviços de saúde no processo de adesão do paciente ao tratamento (REINERS et al., 2008) e, apesar da nítida influência sobre a adesão, a relação médico-paciente não é suficiente para explicar o fenômeno da não-adesão à terapêutica (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Entretanto, Silva et al. (2006) abordam que a liberdade é uma das marcas do ser humano e consiste no conjunto de decisões que desenham a própria vida, ao mesmo tempo que lhe permite alcançar o máximo de sua grandeza, mas também sua maior degradação. Portanto, não se pode deixar de considerar a

responsabilidade do próprio paciente, desde que, como dito anteriormente, este seja orientado e receba os cuidados mínimos necessários e planejados dos diversos profissionais de saúde disponíveis nos serviços. Mas é fato que os profissionais da saúde, em grande parte, não consideram a liberdade das pessoas que estão sob seus cuidados, tolhem o direito de escolherem o caminho que lhes seria melhor para cuidar da saúde e se consideram superiores quando definem o tratamento que seria mais adequado. À medida que o tratamento se prolonga, percebe-se que a prescrição do profissional de saúde não é considerada pelo paciente o único caminho adequado para o cuidado da saúde e sim, mais uma opção, dentre as alternativas sugestionadas nas redes sociais de convívio.

Assim, a prescrição de um tratamento ou medicação deve ser considerada um ato educativo e de negociação com os saberes e práticas populares de saúde, uma vez que o atendimento médico incorpora pacientes que, por serem influenciados culturalmente e por frequentemente possuírem limitações materiais, não aceitam passivamente os tratamentos prescritos (VASCONCELOS, 1996).

Em relação às formas de lidar com o problema da não-adesão, as medidas a serem adotadas devem ser desenvolvidas pelos profissionais, serviços de saúde, governos e instituições de ensino, porém existe uma lacuna a ser preenchida pelo desenvolvimento de estudos que relatam essas estratégias e avaliam sua eficácia na melhora ou efetivação da adesão dos pacientes ao tratamento (REINERS et al., 2008).

Malaman (2006) abordou a adesão dos usuários às atividades educativas promovidas em unidades de saúde em um município do interior de São Paulo e detectou que o comprometimento dos pacientes é baixo em comparação à procura pelas consultas médicas. Foi observado ainda que os usuários não aderentes às atividades educativas privilegiam o uso de medicamentos e que os aderentes são os mais dependentes do serviço, inseguros e mais resistentes em aceitar a doença. Porém, talvez a grande relevância deste trabalho seja o fato de que embora a atividade educativa seja efetiva para o tratamento das doenças crônicas, os profissionais carecem de preparação adequada para realizá-las, dada a complexidade dessas ações.

Péres, Magna e Viana (2003) realizaram trabalho de conhecimento das atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas do portador de hipertensão

arterial, com a finalidade de buscar aperfeiçoamento em programas de atendimento. Ao final, foram propostas sugestões de um processo educativo que poderiam ser também aplicadas por uma equipe multidisciplinar no caso do paciente diabético, no intuito de melhorar a adesão ao tratamento, como: a) conhecer preliminarmente as atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas do diabético em questão; b) incentivar e permitir uma participação ativa dos pacientes no tratamento; c) levar em consideração as necessidades da clientela e não apenas as indicações dos profissionais; d) estabelecer uma adequada comunicação e interação entre pacientes e profissionais da saúde, dando ênfase ao diálogo, à interação e à reflexão. Para isto, saber escutar e buscar compreender o paciente e também ter uma fala que lhe seja acessível; e) trabalhar os aspectos cognitivos e psicossociais da clientela atendida; f) buscar o envolvimento da família no tratamento.

Em relação à dieta, o conhecimento sobre o que comer é um primeiro degrau na influência do comportamento alimentar saudável. A relação entre o que as pessoas sabem e o que fazem tem sido considerado como “altamente tênue”. O conhecimento não instiga a mudança, mas funciona como um instrumento quando as pessoas desejam mudar (CHAPMAN et al., 1995 apud ASSIS; NAHAS, 1999), especialmente quando o profissional se dispõe a enfrentar na prática a complexidade do ato da alimentação e dar aos pacientes, respostas seguras, coerentes e satisfatórias para problemas desta natureza (BOOG, 1999).

Péres, Franco e Santos (2006) elaboraram um importante estudo sobre o comportamento alimentar de mulheres diabéticas e observaram que uma parte relevante das informações tratou da dificuldade no seguimento da dieta prescrita por profissionais, sendo associada ao negativo, pois para estas mulheres era algo muito penoso por dever ser feito em um período ilimitado, havia também ausência do prazer de comer e beber, além da restrição da autonomia e da liberdade no ato da alimentação, provocando um “viver triste”. Além disso, estas mulheres afirmaram que, em meio à tamanha restrição financeira vivenciada, fora-lhes tolhido um dos poucos prazeres, o de comer, visto por elas como uma forma de lazer.

Na visão das entrevistadas, a dieta está associada a prejuízos na saúde, no sentido de que “dá fraquezas”, a pessoa “fica amarela” (CAMPOS, 1982 apud PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006). Para Boltansky (2004), a experiência dos membros das classes populares em relação ao corpo concentra-se na força física,

ou seja, possuem uma visão mecanicista do corpo, de modo a fazê-lo funcionar e a utilizá-lo com mais intensidade e por mais tempo possível.

Esta concepção está relacionada a questões culturais da classe popular, que prefere alimentos considerados “fortes”, a exemplo do arroz, feijão, carne, toucinho e banha de porco, porque “enchem a barriga” por um período maior e “recuperam as forças”, predispondo a pessoa ao trabalho (CAMPOS, 1982 apud PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006). Boltansky (2004) relata que há uma procura por alimentos “nutritivos”, que “sustentam”, “mantêm o corpo”, “forram” ou “revigoram”. Assim são as massas, batatas, embutidos, além da carne, do toucinho e da banha de porco, já citados.

Existem também os alimentos classificados como “quente/frio térmico” e “quente/frio qualidade”, cujas misturas devem ser evitadas. Porém o “quente/frio qualidade” é mais estudado do que o “quente/frio térmico” – que é basicamente associado ao consumo de alimentos quentes e frios simultaneamente – pois acredita-se ser originado das concepções hipocráticas e ligado a uma teoria do equilíbrio entre fluidos corporais (WOORTMANN, 1978).

Alimentos podem ser “quentes”, “frios” e “normais”. [...] O mesmo acontece, também, com os temperos, muito embora estes não sejam alimentos, visto que não possuem “força”. Assim por exemplo, são temperos “quentes” [...] o óleo, a banha, o alho, a cebola e a pimenta. Tempero frio é o sal. E normal é o açúcar, a cebolinha, a salsa e o coentro. O óleo e a banha parecem ser considerados quentes por serem gordurosos [...], a pimenta, o alho e a cebola porque ardem ou tem gosto e cheiro muito acentuados. O sal é considerado frio, talvez por sua associação com água, e pela propriedade de absorver umidade. O açúcar, a cebolinha, a salsa e o coentro são “normais”, por terem gosto pouco acentuado e agradável [...] (WOORTMANN, 1978, p. 68).

O terceiro par de oposições que integra a percepção e a classificação dos alimentos gira em torno da noção de “reima”, que é uma propriedade do alimento que afeta o equilíbrio dos fluidos corporais e que se manifesta por alterações no sangue, inclusive erupções. Uma relação entre a noção de “reima” e a de “quente” pode ser feita quanto às doenças e ao corpo. São “reimosos” o porco, a galinha d’Angola, o peixe “de couro”, o pato e o pequi (WOORTMANN, 1978).

Quando se lida com hábitos do cotidiano, especialmente a alimentação, cuja influência se dá no início do processo de socialização, é necessário empregar métodos que permitam intervir nestes hábitos, sem destituir o comer dos seus

significados culturais, pois através da alimentação o homem expressa-se psicológica e culturalmente (GARCIA 1992).

Uma abordagem pragmática que apenas instrui sobre como proceder, escamoteando os conflitos, ignorando as contradições, reduzindo o fenômeno da alimentação ao que comer, o que comprar e como preparar não pode resultar eficaz, na medida em que leva o educando (cliente/paciente) a proceder mecanicamente segundo o pensar do educador, e destituindo o “seu comer” dos significados a ele inerentes. [...] A identificação do “problema alimentar” requer do profissional, conhecimentos sólidos de nutrição e dietética. Pressupõe-se que os profissionais cujo trabalho tem relação com a promoção da saúde, prevenção de doenças ou recuperação da saúde devam não só conhecer os processos nutricionais, mas também estar preparados para aquilatar a influência dos fatores nutricionais nos problemas que se apresentam na prática profissional, atribuindo a eles a devida importância (BOOG, 1999, p. 262).

Compreender a experiência da doença dos portadores de diabetes pode contribuir para uma atuação mais humanizada dos profissionais de saúde. A humanização na rede pública de saúde pode propiciar a supressão de ações baseadas apenas no conhecimento biomédico e a abertura de espaço para experiências e percepções daqueles que vivenciam a doença, ou seja, a valorização da dimensão simbólica da doença sobre a etiológica. Em decorrência da humanização nos serviços de saúde, espera-se uma maior adesão destes doentes crônicos ao tratamento, o que contribuirá com a atenção primária à saúde, em virtude da consequente diminuição de custos na média e alta complexidade.

3 JUSTIFICATIVA

O estudo da experiência da doença de diabéticos tipo 2 usuários de uma unidade de saúde da família de Araguari-MG permite a identificação das necessidades locais e fundamenta propostas de intervenção na atenção primária à saúde local. Estudos desta natureza são capazes de desempenhar papel importante ao compreender como as pessoas constroem seus caminhos ao lidar com exigências e consequências da cronicidade da doença (MATTOSINHO; SILVA, 2007), e valorizam a necessidade da humanização profissional no ato de cuidar do diabético.

O estudo de diabéticos não insulíndependentes com idade superior a 35 anos justificou-se na medida em que o aumento da prevalência da doença se dá com o avançar da idade. Na pesquisa VIGITEL (2009), a prevalência de diabetes *mellitus* na população entrevistada apresentou aumento gradual conforme o avançar da idade: de 35 a 44 anos, 3,4%; de 45 a 54 anos, 7,5%; de 55 a 64 anos, 15,4% e acima de 65 anos, 22,1%. Em contrapartida, o percentual de jovens diabéticos foi inferior, correspondendo a 0,7% e 2,3%, respectivamente, para 18 a 24 anos e 25 a 34 anos. Gross et al. (2002) reconhecem em adição, que o diabetes é uma situação clínica frequente que acomete 7,7% da população entre 30 e 69 anos de idade e que alterações na tolerância à glicose são vistas em 12% dos adultos.

A prevalência do diabetes tipo 2 aumenta vertiginosamente e espera-se um maior incremento devido ao avançar dos processos das transições demográfica, epidemiológica e nutricional, em que o aumento das taxas de sobrepeso e obesidade associado às alterações no estilo de vida e ao envelhecimento populacional favorecem o surgimento do diabetes. Por sua vez, o diabetes é uma patologia que possui alto grau de morbimortalidade e causa de alto percentual de hospitalizações, superior a todas as demais causas (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Por isso, este estudo de compreensão da experiência da doença de portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, usuários de uma unidade de atenção primária à saúde de Araguari-MG, possui o intuito de auxiliar a reorganização da atenção ao diabético neste nível, com vistas a propor intervenções eficazes e dirigidas de forma

a minimizar a morbimortalidade, oferecendo melhor qualidade de vida ao doente e reduzindo até mesmo os gastos do município junto ao Sistema Único de Saúde nos níveis de média e alta complexidades.

Desta maneira, busca apresentar subsídios às equipes de saúde do município, com o intuito de contribuir para a avaliação do trabalho realizado para qualificação da atenção desenvolvida, utilizando como referência as recomendações da política de saúde para o controle do diabetes que determina o controle do diabetes, ao mesmo tempo em que responsabiliza as unidades básicas de saúde pelo acesso, acompanhamento e cuidados à saúde do usuário (BRASIL, 2001).

Além disso, pode contribuir para o aumento de pesquisas nesta área, que ainda são escassas. Reiners et al. (2008) realizaram estudo de revisão de maneira a buscar pesquisas que abordassem o fenômeno da adesão/ não adesão e afirmaram que os resultados apontam para a necessidade de investimento contínuo em pesquisas que abordem o fenômeno em questão, e que grandes contribuições podem surgir de estudos que discutam modelos para a compreensão deste fenômeno e para a criação de estratégias de intervenção nos problemas encontrados sob a ótica dos sujeitos que o vivenciam.

4 QUESTÕES CENTRAIS

O desenvolvimento de intervenções eficazes no âmbito da atenção primária à saúde é primordial no sentido de desenvolver barreiras que minimizem o impacto das doenças crônicas, dadas as consequências deletérias à saúde dos portadores, não somente físicas, mas emocionais e sociais.

A atenção primária exerce papel fundamental na implantação de ações e políticas destinadas ao controle do diabetes, de forma a promover melhor qualidade de vida à população afetada, quando se presta a diminuir a morbimortalidade e o controle dos fatores de risco para esta patologia, e a oferecer esclarecimentos que favoreçam a adesão aos tratamentos medicamentoso e nutricional propostos. Além do que, ações de diagnóstico da situação local e intervenções planejadas são importantes e necessárias para que haja racionalização dos gastos em saúde e da previdência social disponibilizados para usuários crônicos, uma vez que estes têm capacidade de trabalho restrita e diminuição da expectativa de vida.

É conhecido que o fenômeno da adesão/ não adesão aos diversos tipos de tratamento estão relacionadas à sintomatologia da doença, ao nível de escolaridade, à faixa etária, à cultura, à autoestima, à condição social do doente, ao tipo de tratamento imposto, bem como à organização dos serviços de saúde, incluindo neste aspecto, agendamento/ não agendamento de consultas, estrutura física do local, envolvimento dos profissionais de saúde e planejamento sistematizado de ações educativas, preventivas e paliativas.

Em relação à alimentação e ao seguimento de normas que determinem mudanças de comportamento pelo doente, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde no tocante à humanização do serviço e à valoração da cultura local, de forma a conseguir resultados positivos associados à melhora da adesão ao tratamento.

O estudo da experiência da doença de portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 busca encontrar explicações e formas para o desenvolvimento de maior vínculo destes para com o serviço de saúde, uma vez que a prática desta nutricionista-pesquisadora da rede pública de saúde local mostra a existência de baixa adesão do diabético às terapêuticas propostas.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Analisar a experiência da doença de portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, por meio da realização de um estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Araguari-MG.

5.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o cotidiano de ações de atenção e cuidado em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município;
- b) Descrever os aspectos biológicos, simbólicos e sociais relacionados ao diagnóstico, tratamento e cura, convencionais e integrativos, utilizados pelos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 em uma Unidade Básica de Saúde da Família;
- c) Contextualizar as relações simbólicas e sociais do modelo biomédico vigente com os fatores que influenciam a adesão ao tratamento na atenção primária à saúde;
- d) Propor recomendações de ações de cuidado e tratamento para a atenção primária à saúde no município.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual foi realizado um breve exercício de cunho etnográfico com sujeitos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do município de Araguari-MG.

A opção pela pesquisa qualitativa foi determinada pelo aprofundamento subjetivo relacionado aos aspectos importantes da vida social concernentes à cultura e à experiência vivida propiciando assim, reconhecer os problemas e as suas causas, e propor estratégias de intervenção para resolvê-los (GROUX, 2008).

A pesquisa com traços etnográficos traz contribuições na descrição profunda de uma realidade através da observação dos comportamentos humanos e do desvendamento de seus significados.

Praticar etnografia é descrever densamente, ou seja, retirar através de um peneiramento acurado, grandes interpretações de fatos extremamente pequenos, mas fortemente entrelaçados e apoiados no papel da cultura, na construção coletiva e individual (GEERTZ, 1989 apud RESSEL, 2003, p. 29).

No âmbito da atenção primária torna-se fundamental que os profissionais de saúde incluam em seu repertório de abordagem, a subjetividade da doença e a busca da cura, com o objetivo de apoiar ações de promoção à saúde e de melhoria à adesão terapêutica.

O processo de seleção dos sujeitos desta pesquisa buscou articular a experiência vivida da pesquisadora com outros profissionais de saúde que atuam no cotidiano de atenção aos diabéticos no município. A aproximação da realidade da atenção primária, por meio principalmente das Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) – eram todas do sexo feminino – atuou como experiência rica de desvendar as ações de saúde praticadas. Tanto a pesquisadora quanto seus colegas profissionais de saúde vivenciaram a experiência desta pesquisa como uma ação de conhecimento da realidade vivida com o diabetes *mellitus* de seus usuários. Assim, as exigências metodológicas foram atendidas, tanto para o desenvolvimento da pesquisa, quanto como uma estratégia de conhecer e reconhecer a prática cotidiana sob uma nova abordagem.

Neste sentido, os atores foram os usuários e os profissionais de saúde que atuam na atenção primária do município. O local de realização da pesquisa, a forma de abordagem dos sujeitos e o cotidiano de assistência aos diabéticos contribuíram para desvelar novas percepções sobre o diabetes *mellitus* tipo 2. A descrição densa desta realidade, requisito para um exercício etnográfico, foi vivenciada como elemento de aprendizado fundamental para a sua prática antes, durante e depois da conclusão desta pesquisa.

O fato de o diabetes *mellitus* tipo 2 possuir alta prevalência especialmente a partir dos 35 aos 55 anos, constituiu parâmetro principal de inclusão dos sujeitos na pesquisa. Esta enfermidade pode determinar complicações metabólicas, vasculares, oculares e psicológicas. As terapêuticas clínica e alimentar de um indivíduo adulto são muito eficientes até os 55 anos em função do acesso às informações sobre os cuidados à saúde, ampliadas na atenção primária a partir da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, o qual possui como uma das principais diretrizes, o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família, pela equipe de saúde.

Nesta pesquisa foram excluídos os indivíduos insulino dependentes. Este parâmetro de seleção foi estabelecido devido à terapêutica ser realizada exclusivamente pelo uso de insulina injetável. A terapêutica alimentar neste caso, não tem relevância de estabelecer os alimentos e a alimentação como linha dietoterápica. O diabético insulino dependente consegue por si próprio diversificar o plano alimentar com mais facilidade quando observa os picos de ação da insulina em seu organismo, administrando-a conforme o tipo e a quantidade de alimentos consumidos, até mesmo os açúcares simples.

Desde o início da elaboração do projeto de pesquisa era intenção da pesquisadora trabalhar com doentes diabéticos tipo 2 usuários de unidades de saúde de Araguari para entender o fenômeno da adesão/ não adesão às terapêuticas propostas. Sendo assim, no mês de julho de 2009, após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP – CPqAM), foi iniciada a investigação. Inicialmente buscou-se o contato telefônico com os 12 (doze) enfermeiros responsáveis pela coordenação e assistência destas UBSFs, explicando-os os

objetivos da pesquisa. Foi destacada a participação voluntária tanto dos profissionais de saúde, como dos usuários.

Os sujeitos que participaram da pesquisa foram identificados com base no universo de doentes diabéticos do município, a partir da busca do cadastro destes na Secretaria Municipal de Saúde de Araguari. Foi construído um quadro da enfermidade baseado nos dados obtidos nos sistemas HIPERDIA e SIAB no ano de 2009.

Tabela 1 - Frequências, em números absolutos e relativos, de diabéticos cadastrados nos sistemas HIPERDIA e SIAB. Araguari-MG, 2009

Sistema	Diabéticos tipo 2		Diabéticos tipo 2 com hipertensão arterial associada	
	N	%	N	%
HIPERDIA	103	4,22%	460	18,84%
SIAB	-	-	1.211*	2,83%*

Nota: * Diabéticos tipo 1 e 2 com e sem doenças associadas. O sistema não oferece a prevalência de diabéticos tipo 2 isoladamente.

As primeiras aproximações com os sujeitos foram realizadas com a identificação dos informantes-chave, segundo os seguintes critérios de inclusão: idade entre 35 e 55 anos, portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, não insulino dependentes, com diagnóstico fornecido no mínimo há um ano antes da data de início da coleta de dados e livres de distúrbios psiquiátricos.

O procedimento de identificação dos informantes-chave, elaborado para a divulgação da pesquisa, foi estabelecido pelo contato com os 12 (doze) coordenadores das unidades de saúde. Cabe destacar que foram realizadas inúmeras estratégias de aproximação para obter a adesão dos enfermeiros responsáveis pelas unidades de saúde, como contatos telefônicos, reuniões individuais e de equipe, mas a adesão ao final foi de 01 (um) serviço de saúde.

O fenômeno de baixa adesão à pesquisa foi muito trabalhado pela pesquisadora e sua orientadora. Inúmeras estratégias de aproximação com os enfermeiros e reflexões sobre este problema foram efetuadas com o propósito de redirecionar alguns aspectos de abordagem da pesquisa. Algumas questões parecem pertinentes a refletir, como o sucateamento dos serviços de saúde; a falta de profissionais de saúde em quantidade e qualidade; a ausência de instrumental de trabalho; os baixos salários conjuntamente com problemas político-institucionais

(COTTA et al., 2006; ESCOREL et al., 2007; PEDROSA; TELES, 2001; SOUZA et al., 2008). Todos estes fatores têm contribuído para a baixa adesão de profissionais de saúde a novas propostas de atuação.

Cabe destacar que os prazos de desenvolvimento da pesquisa estavam atrelados à elaboração de uma dissertação de mestrado. Esta condição foi importante para que a pesquisadora e a sua orientadora determinassem um período máximo de atendimento ao cronograma da pesquisa. Foi nítida e reconhecida a necessidade de maior tempo para serem elaboradas novas estratégias de abordagem, mas o tempo era insuficiente tanto para obter a maior adesão, quanto para encaminhar outro projeto ao CEP – CPqAM. Assim, após cerca de dois meses de visitas às unidades de saúde, somente a equipe da UBSF Novo Horizonte aderiu à pesquisa. Esta unidade forneceu a listagem nominal dos prováveis informantes-chave constituindo-se, portanto, uma pesquisa com características de estudo de caso.

A decisão por este recorte metodológico foi considerada pela pesquisadora e sua orientadora como um aspecto importante e fundamental, pois os resultados obtidos neste estudo de caso poderiam contribuir para a profundidade deste tema no município e para o desenvolvimento de novas pesquisas.

6.1 A pesquisa na Unidade Básica de Saúde da Família Novo Horizonte

A adesão da UBSF Novo Horizonte pode ser compreendida em função de seu papel de liderança e protagonismo das ACSs no município de Araguari. Nesta unidade, as ACSs possuem características singulares devido ao fato de ser uma das primeiras unidades de saúde construídas no município. Existem cinco ACSs na UBSF Novo Horizonte, das quais duas atuam desde a inauguração da unidade, ou seja, há mais de dez anos, e as demais trabalham no local entre dois e oito anos. É conhecida e legitimada pelos gestores, profissionais de saúde e usuários como aquela que apresenta forte vínculo de confiança com os usuários, além de ser reconhecida no município como criativa e disposta a organizar ações de cuidado à saúde envolvendo a escola municipal, a creche e os universitários.

A UBSF elaborou, por meio das ACSs, uma listagem nominal dos informantes-chave. O interesse das ACSs em auxiliarem na indicação dos sujeitos para a participação na pesquisa pode ser explicado em razão das características desta unidade de saúde relacionadas ao bom vínculo com seus usuários.

O conceito de informante-chave na pesquisa qualitativa foi estabelecido com base na identificação de indivíduos que possuíam conhecimento especial sobre o objeto de pesquisa estudado. Em geral são pessoas identificadas e reconhecidas no meio social onde a pesquisa se realiza como aqueles que se destacam como lideranças pelo seu grau de protagonismo e/ou reconhecida sabedoria sobre o assunto/tema. Sua abordagem como estratégia prévia à coleta de dados é fundamental para contribuir com o pesquisador responsável na identificação dos sujeitos que participarão da pesquisa (MINAYO, 2010).

A pesquisadora reuniu-se com as ACSs para destacar o processo de identificação dos sujeitos, com a finalidade de evitar que a participação na pesquisa fosse entendida como relação de poder da ACS na seleção dos diabéticos. Esta questão foi exaustivamente discutida como o propósito de evitar distorções na seleção, em função da entrevistadora ser uma nutricionista. O reconhecimento de que os usuários são pessoas que sofrem com a deficiência do sistema público de saúde e a possibilidade de terem uma nutricionista em suas casas indicada por uma ACS foi tratada com cuidado, com o propósito de apoiar a coleta de dados, bem como de atender os usuários e os objetivos da pesquisa, dentro de seus limites. Para isto, a pesquisadora dialogou com as ACSs sobre o intuito da pesquisa e a relação de poder entre elas e seus “clientes”. Tanto as famílias como os doentes sabem que as ACSs são o elo entre o serviço e os profissionais da unidade de saúde. Esta relação nem sempre é feita de forma adequada, sendo necessária a transparência na condução da pesquisa, para a construção de um vínculo que poderia apoiar ações de melhoria na assistência para todos os diabéticos do município.

Nos primeiros momentos da entrevista, a nutricionista explicava às ACSs e aos diabéticos como tinha sido a seleção e os objetivos da pesquisa e se colocava à disposição para no final da entrevista conversar sobre informações terapêuticas, principalmente aquelas relacionadas à dietoterapia. Neste sentido, tanto

pesquisadora e ACS reconheceram que este contato era uma oportunidade rara e imprevista – apesar deste não ser o objetivo da pesquisa.

As ACSs identificaram três indivíduos como informantes-chave que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa. Os primeiros informantes-chave identificados apresentaram os seguintes perfis:

Informante 1: Senhora de 53 anos, mulata, obesa, dona de casa, três filhos adultos, dois netos dos quais cuida para a filha trabalhar. Deixou de trabalhar como empregada doméstica por imposição do companheiro, que é onze anos mais novo. Revelou baixa autoestima, especialmente ao contar que foi abandonada por sua mãe quando criança e que foi vítima de violência sexual na adolescência. Deste este acontecimento, nasceu seu filho mais velho, assassinado aos dezoito anos. Trabalhou como empregada doméstica desde os nove anos de idade, sendo com frequência agredida fisicamente pela patroa que a criava. Descreveu que possuía ímpetos de cometer suicídio, pelo fato do companheiro ser usuário de álcool e drogas. Gostava de conversar, fato que a caracteriza como bastante comunicativa. Gostava também de receber visitas e de exibir seu jardim florido, com suas plantas ornamentais.

Informante 2: Homem de 37 anos, branco, casado, peso aparentemente normal em relação à estatura, pedreiro, dois filhos adolescentes, filho e neto de diabéticas. Aos sábados fazia uso excessivo de bebida alcoólica, fato que contrariava a família, especialmente a esposa que se mostrava cuidadosa e preocupada com o controle alimentar do marido. Os seus relatos mostravam veemência em se curar do diabetes e buscava inúmeras alternativas, que iam do uso de medicamentos às simpatias. Parecia possuir forte personalidade ao impor suas opiniões sobre os cuidados à sua saúde.

Informante 3: Homem de 40 anos, negro, borracheiro, casado, com filhos adolescentes que o ajudavam na bicicletaria. Religioso, possui deficiência física em uma das pernas, fato que o incomoda bastante e influencia na sua autoestima. Seus relatos mostraram ser uma pessoa humilde e tímida, talvez em razão da deficiência física.

Estes informantes-chave foram entrevistados pela pesquisadora por meio da utilização de um Roteiro Temático. Neste procedimento foi observada a forma de abordagem, estratégia fundamental nas primeiras aproximações com os sujeitos da

pesquisa, para contribuir no aperfeiçoamento das entrevistas. Ao final deste procedimento foram identificados 10 (dez) sujeitos para participarem da pesquisa, todos residentes no bairro Novo Horizonte.

6.2 O bairro Novo Horizonte

A pesquisa foi realizada no bairro Novo Horizonte, onde se situa a UBSF Novo Horizonte, uma área periférica do município de Araguari-MG e limítrofe aos bairros Amorim e Beatriz, localizando-se às margens da rodovia BR-050, divididos por um viaduto. O acesso ao bairro pode ser feito a pé pelo bairro Amorim, que apresenta melhor nível socioeconômico e de infraestrutura. Esta área está localizada no cruzamento de um viaduto, em cuja pista superior encontra-se a própria rodovia BR-050, que liga Araguari às cidades de Uberlândia, Uberaba, Catalão, Brasília, dentre outras.

O viaduto que divide o bairro Novo Horizonte dos bairros próximos serve como um portal de diferenciação. Ao adentrar neste portal, na parte inferior do viaduto, é possível deparar-se com uma rua principal que cruza todo o bairro, asfaltada e com bastante circulação de automóveis e pedestres. Lá existem estabelecimentos comerciais, escola e creche municipais, além da UBSF Novo Horizonte. A partir desta rua principal surgem várias ruas ramificadas e irregulares, com largas pistas de asfalto em alternância com ruas de terra. As casas localizadas nesta rua principal costumam ser de alvenaria com piso de cerâmica ou cimento; nem todas são forradas. Possuem televisão e plantas ornamentais, além de flores em seus quintais de terra. As mulheres frequentemente procuram criar um ambiente aconchegante e bonito para quem as visita.

De acordo com informações obtidas no SIAB, existem 909 famílias cadastradas na UBSF, totalizando 3.202 pessoas, das quais 2,54% possuem diabetes tipo I e tipo II; 89,93% daquelas acima de 15 anos são alfabetizadas; 95,27% utilizam água da rede pública de abastecimento; 92,52% utilizam a filtração como método de tratamento de água no domicílio; 98,68% vivem em casas de alvenaria; 98,79% possuem energia elétrica; 95,49% utilizam a coleta pública para

destino do lixo doméstico e somente 37,40% possuem sistema de esgotamento sanitário, sendo a maior parte (62,27%) do destino de materiais orgânicos feita por fossa (ARAGUARI, 2010).

Os moradores, os profissionais de saúde e a mídia local revelam que o bairro possui problemas sociais semelhantes às periferias de grandes centros urbanos brasileiros. O tráfico de drogas e a ocorrência de roubos e furtos é uma das mais altas do município.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos usuários moradores do bairro, considerada pelos informantes-chave e pelas ACSs como o local mais adequado para a condução das entrevistas, em função da liberdade que os entrevistados teriam para expor seus depoimentos.

6.3 As entrevistas semi-estruturadas

Participaram desta etapa, 10 (dez) diabéticos, sendo 04 (quatro) do sexo masculino e 06 (seis) do sexo feminino, com idade entre 35 e 55 anos, portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, não insulíndependentes, com diagnóstico fornecido no mínimo um ano antes de iniciar a coleta de dados e livres de distúrbios psiquiátricos que dificultassem a capacidade de comunicação.

Os sujeitos eram abordados por telefone e caso não o possuíssem, a pesquisadora se deslocava até suas casas para se apresentar, explicar sobre os objetivos do estudo e perguntar se interessavam em auxiliar com seus relatos sobre a experiência que tinham da doença. Nenhum dos sujeitos abordados recusou-se em participar da pesquisa e demonstraram entusiasmo.

Com a entrevista agendada, a pesquisadora iniciava o procedimento, com a concordância de horários e datas conforme a disponibilidade e a conveniência dos próprios participantes. Os sujeitos foram entrevistados mediante a utilização do Roteiro Temático, no qual a pesquisadora apresentava os temas ao entrevistado e este conduzia a narrativa no seu próprio ritmo, destacando as questões que considerava relevantes.

Foram realizadas de 01 (uma) a 03 (três) entrevistas semi-estruturadas, com duração média de vinte minutos cada. Todos os relatos foram gravados em meio digital, com equipamento do tipo MP4. Foi também utilizado um Diário de Campo para registro das informações relevantes.

Os participantes pertenciam às classes sociais D e E, segundo estratificação de rendas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As mulheres, em sua totalidade, tinham excesso de peso (IMC aparentemente igual ou superior a 30 Kg/m²⁴) e instrução não concluída no nível fundamental. Constituíam papéis sociais de mães, donas de casa e empregadas domésticas, e viviam em regime de união estável.

A aproximação com as mulheres participantes desta pesquisa demonstrou o relato de mágoas da infância relacionadas ao afeto familiar. A convivência com seus cônjuges era frequentemente abordada como violenta. O relato de violência familiar por alcoolismo, pelo uso de drogas e abusos sexuais ocorridos na juventude foram frequentes e demonstraram à pesquisadora uma autoestima afetada por esta condição de vida.

A seguir encontram-se listadas as principais características das mulheres participantes da pesquisa, exceto da Informante 1, primeira participante identificada como informante-chave, cuja descrição foi feita anteriormente.

Entrevistada 4: Mulher de 49 anos, negra, casada, avó de um neto, aparentava ser mais velha em razão dos cabelos grisalhos. Possuía uma filha adulta que aparentemente se preocupava com a mãe, uma vez que não fazia dieta e parecia sofrer de compulsão alimentar. Relatou não praticar hidroginástica, prescrita pelo médico, por vergonha de seu corpo.

Entrevistada 5: Senhora de 55 anos, branca, casada, com filhos e netos. Parecia vaidosa, pois tingia seus cabelos, usava bijuterias, praticava natação e em seu depoimento, sofreu muito pelo insucesso em um implante dentário. Apesar da pouca instrução, mostrou facilidade em se expressar e apresentou conhecimentos adquiridos de cuidados à saúde.

⁴ Índice de Massa Corporal. É um indicador utilizado para classificar o estado nutricional de adultos e calculado a partir da fórmula: peso atual (kg)/estatura (m)². Possui como pontos de corte, segundo OMS (1995; 1997), os valores entre $\leq 18,5$ e $\geq 24,9$ kg/m², sendo valores ≥ 30 kg/m² considerados obesidade (KAMIMURA et al., 2002).

Entrevistada 6: Mulher de 42 anos, loira, uma filha e um neto, do qual cuidava. Mãe diabética. Demonstrou pouco interesse sobre sua doença, uma vez que relatou não seguir grandes cuidados com a alimentação, apesar de conhecê-los, e não apresentava intenção de modificá-los. Em seus relatos mostrou-se reticente e monossilábica. Limitou-se a responder aos temas apresentados na entrevista, não deixando vir à tona sua vida pessoal.

Entrevistada 7: Mulher de 46 anos, branca, casada. Aparentou desequilíbrio emocional, talvez justificado pelo suicídio cometido pelo filho. Desequilíbrio também percebido em razão de se mostrar extremamente ansiosa, pois não parou sentada durante seus depoimentos, falava rapidamente e frequentemente não respondia aos temas apresentados nas entrevistas, preferindo relatar suas angústias e aflições. Marido trabalhava o dia todo e a deixava em casa sozinha. Em seus relatos repetiu inúmeras vezes que qualquer coisa a deixava nervosa.

Entrevistada 8: Mulher de 40 anos, mulata, faxineira, dois filhos adolescentes, natural do Piauí. Veio para Araguari em função do trabalho do marido, porém estava trabalhando em uma empresa no interior de São Paulo. Não se relacionavam bem, dificilmente se comunicavam. Possuía sérios problemas conjugais decorrentes de um histórico de traições do marido. Seus relatos mostraram baixa autoestima, melancolia e carência afetiva, principalmente quando falava do amor que não recebeu de sua mãe. Comunicava-se bem, porém não gostava de falar sobre seus problemas de saúde, principalmente do diabetes.

Os homens eram trabalhadores braçais com instrução semelhante a das mulheres, sendo um deles analfabeto. Seus papéis sociais eram de pais e provedores familiares. Todos viviam com suas companheiras e valorizavam a importância das mulheres no cuidado com a alimentação, com características peculiares nos finais de semana, em que o hábito alimentar era alterado pelo alcoolismo e uso de drogas ilícitas, gerando desajuste familiar.

As principais características dos homens que participaram da pesquisa estão descritas a seguir, exceto dos Informantes 2 e 3, indicados como os primeiros informantes-chave e por isso já foram caracterizados anteriormente.

Entrevistado 9: Homem de 41 anos, negro, alto, magro, aparentava mais idade, companheiro da Informante 1. Trabalhava no abate de bovinos em um frigorífico da cidade. Comunicava-se bem, raciocinava para elaborar seus

depoimentos. Fazia uso de frequente de álcool e drogas, relatado pela companheira e pela ACS, fato que levava a uma relação conjugal violenta e conflituosa.

Entrevistado 10: Senhor de 54 anos, negro, casado, caminhoneiro aposentado em função de complicações do diabetes, irmão do Informante 3. Religioso, polido, dispensou bastante atenção em auxiliar na pesquisa com seus depoimentos. Preocupava-se com a saúde de seu irmão, também diabético, especialmente porque naquela semana havia perdido a mãe, diabética.

Já no início da coleta de dados, esta pesquisa foi capaz de modificar o olhar da pesquisadora sobre sua atuação profissional nos atendimentos ambulatoriais junto à Secretaria Municipal de Saúde. Se o interesse inicial da pesquisa era estudar a experiência da doença de diabéticos de forma a encontrar os fatores determinantes da baixa adesão ao tratamento, sobretudo o dietoterápico, o rompimento com a visão estritamente biomédica da doença e a introdução de abordagens que priorizassem a humanização foi responsável por uma ligeira queda nos absenteísmos e desistências destes doentes, antes mesmo da finalização do estudo.

6.4 Análise dos dados

O ordenamento dos dados foi iniciado pela transcrição literal das entrevistas, mantendo todas as expressões que surgiram nos depoimentos e ressaltando os momentos de pausa, choro, espanto, alegria etc. Em seguida procedeu-se à leitura exaustiva do material obtido nas entrevistas (MINAYO, 2010).

Os nomes dos profissionais de saúde que surgiram nos depoimentos foram substituídos por nomes fictícios para não expor suas identidades.

Após esta etapa, os dados foram submetidos à proposição de consolidação de acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003). Primeiramente, os depoimentos foram lidos exaustivamente com a finalidade de se extrair as “expressões-chave”, as quais segundo estes autores são “pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso que devem ser destacadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento e que, em geral, correspondem às questões de pesquisa”. Em seguida,

foram encontradas as “ideias centrais”, consideradas como expressões linguísticas que revelam sinteticamente o sentido de cada discurso, com vistas a buscar o conjunto homogêneo das narrativas. Por último, deu-se o encontro das “categorias de análise”, conceituadas como a representação simbólica das narrativas.

O processo de análise utilizado foi baseado na hermêutica-dialética proposto por Minayo (2010), que busca “apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade, em seu movimento contraditório”. Para a autora, a hermenêutica é a arte da compreensão de textos, de fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, implicando na possibilidade de interpretar, cujas limitações são compensadas pela dialética, a qual ressalta o dissenso, a mudança e os macroprocessos. A dialética, conhecida como “ciência e arte do diálogo”, colabora para a análise de materiais qualitativos, pois segundo a contribuição marxista, “não existe ponto de vista fora da história, nada é eterno, fixo e absoluto, portanto não existem categorias estáticas”.

Processados e analisados, os dados foram contextualizados por meio da triangulação dos aspectos abordados na pesquisa: a literatura científica, a experiência dos diabéticos em relação à doença e a experiência da pesquisadora como nutricionista (Figura 1).

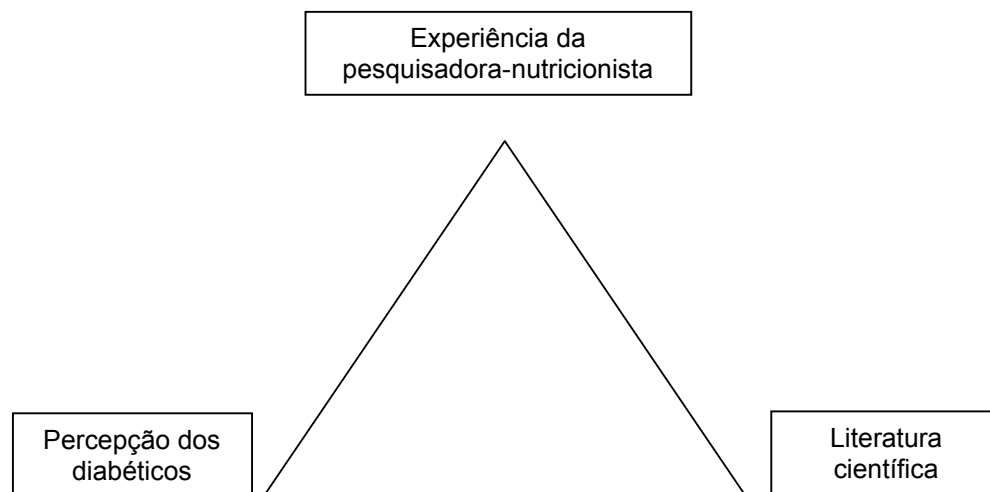


Figura 1 - Modelo de triangulação

A pesquisadora-nutricionista buscava respostas para a baixa adesão dos diabéticos submetidos a tratamento no serviço público de saúde, especialmente ao dietoterápico, e a instigava a possibilidade da existência de práticas integrativas no

tratamento do diabetes paralelas ao tratamento convencional, as quais poderiam influenciar na baixa adesão.

Os principais achados foram enquadrados em três grandes temas que visam à cura da doença pelos diabéticos, cujo primeiro foi “o tratamento oferecido no serviço público de saúde”; o segundo, “as questões sociais, econômicas e culturais como forças impeditivas à continuidade do tratamento” e o terceiro, “a recorrência às terapias alternativas como soluções possíveis à cura da doença”. Estes temas foram discutidos detalhadamente com base em Boltanski (2004), Laplantine (2010) e Canesqui (2007), principalmente, além de outros autores tratados no referencial teórico-conceitual.

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ Recife, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo).

Anteriormente à realização de cada entrevista a pesquisadora procedia à leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice), no qual constavam os objetivos do estudo, as garantias de sigilo e anonimato, e a condição de o sujeito poder desistir da pesquisa a qualquer momento. Ocorrida a leitura do documento, participante e pesquisadora assinavam-no, ficando uma cópia em posse de cada um deles.

8 A REALIDADE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO HORIZONTE

8.1 A rotina de atendimentos da unidade de saúde

A UBSF está localizada na parte intermediária da Rua Otacílio Pinto de Oliveira, a principal do bairro. O portão de entrada é aberto às sete horas, de segunda à sexta-feira. Em geral, muitas mulheres e homens chegam e fazem fila a partir das cinco horas da manhã. A técnica de enfermagem é quem costuma abrir o portão de ferro, cuja pintura está se desfazendo. Após aberto o portão, as pessoas adentram em um terreno cimentado que se assemelha a um pátio. Neste local há um banco de cimento retangular para cerca de três pessoas se sentarem. Logo se vê uma árvore e uma porta de vidro que dá acesso à recepção, uma sala pequena com uma mesa e uma cadeira à frente. Lá trabalha a técnica de enfermagem que atende ao telefone, preenche fichas de atendimento, afere pressão arterial, pesa os usuários e presta todas as informações de que necessitam. Este é o início do contato com a unidade de saúde e seus profissionais. Da porta de entrada também se vê a sala de espera com seus bancos de alvenaria, e os consultórios médico e odontológico. À direita se situa uma porta que geralmente é mantida fechada e que dá acesso a um corredor por onde se ramificam as salas da enfermeira, das ACSs, de curativo, de vacina e de esterilização de materiais. Ao final do corredor, no canto esquerdo, estão o banheiro e a copa.

Mas é na sala de espera, com paredes cheias de cartazes de campanhas de educação em saúde do governo federal e de avisos da rotina da própria unidade, que o contato entre usuário e profissionais de saúde começa. Esta sala não é muito arejada e concentra a maioria das pessoas que chegam para marcar e/ou esperar consultas. Todo início da manhã, atos de ansiedade dos usuários e dos profissionais de saúde são identificados na sala de espera. As consultas médicas e os testes de glicemia são realizados pela manhã e fazem a enorme movimentação de usuários neste local. Na recepção, a técnica de enfermagem em meio à desorganização de papéis tenta, de um lado para outro, realizar seu trabalho da melhor maneira

possível, contando também com o auxílio das ACSs. Simultaneamente, há a realização de atividades educativas na sala de espera, em regime de revezamento entre ACSs e estudantes de Medicina e Nutrição.

Os usuários com consulta marcada há vários meses, as urgências ou aqueles chamados pelas ACSs vão para o atendimento em salas individualizadas. Uma profissional médica chama um usuário, uma ACS chama outro. Os usuários manifestam respeito pelos profissionais que ali trabalham, demonstrado por relatos de atendimentos realizados com atenção e carinho:

Eles é muito atencioso, aquele povo lá, tanto faz médico ou enfermeira mesmo. (Informante 2)

As classes populares, segundo Boltansky (2004), valoram a competência técnica de profissionais de saúde por meio da relação afetiva com seus clientes. Para indivíduos pertencentes a estas classes sociais, as competências técnico-profissionais bem sucedidas são aquelas que incorporam ações subjetivas de amabilidade, boa vontade e complacência.

Nesta unidade são identificados problemas de fluxo de organização à assistência dos usuários. O horário de funcionamento da unidade de saúde é das sete às dezessete horas, o que determina oito horas diárias de trabalho para todos os profissionais, independente da função, segundo normatizações do Ministério da Saúde. No entanto, a realidade desta unidade de saúde era a mesma de tantos outros municípios brasileiros, onde não havia cumprimento de horários pelos profissionais de saúde, o que contribuía para criar demanda reprimida e insatisfação da população usuária. Entretanto, desde a admissão da médica atual, este problema foi minimizado:

Igual aqui, o médico vinha só na parte da manhã, à tarde não tinha na época. [...] Ah! Tem uns... uns seis meses mais ou menos. Agora deu uma melhorada, agora essa médica que tá aí parece que é bem competente, ela é muito boa, muito boa mesmo. (Informante 2)

A distribuição de medicamentos pela unidade de saúde é outra expressão de atendimento. Os usuários relatam a busca de medicamentos como fator de grande importância:

[...] a gente tinha aquela dificuldade de tá buscando remédio lá embaixo (centro da cidade), aquela fila enorme, né? Às vezes ficava até uma parte do dia lá embaixo, então melhorou bastante depois que eles começou a dar o medicamento no posto prá gente, né? (Informante 3)

Quando a receita acaba eles vai lá, me dá outro remédio. Não deixa faltar remédio hora nenhuma. (Informante 2)

8.2 A assistência aos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2

O diabetes é uma doença determinada por fatores genéticos e ambientais. É uma morbidade crônica que não está somente atrelada aos prejuízos físicos causados aos acometidos, mas também ao impacto social e psicológico que provoca (REINERS et al., 2008).

Os doentes que têm risco de desenvolver esta enfermidade compreendem que o excesso de peso e a história familiar estão associados ao aumento da prevalência de distúrbios cardiovasculares (MALERBI; FRANCO, 1992 apud SARTORELLI; FRANCO, 2003; SOUZA et al., 2005). Com base nos depoimentos e durante a pesquisa de campo, foi observado excesso de peso em todas as mulheres e alguns homens relataram história pregressa de obesidade, fatores que possivelmente contribuíram para o surgimento do diabetes:

Gordura demais, eu fui no postinho de curiosidade. [...] Tava acima do peso. Ih, tava com mais de cem quilos. Aí furou (o dedo), furou e bateu: é diabete (risos). (Informante 2)

Acho que toda vida eu fui gordinha. Parece minha natureza mesmo, fui sempre gordinha. (Informante 1)

Os entrevistados declararam não conseguir limitar a ingestão alimentar e que encontraram dificuldade neste aspecto, provavelmente pelo fato de vivenciarem o efeito rápido do uso de hipoglicemiante oral sobre a glicemia:

Mas o que a gente faz é tentar tomar os remédio certo, porque nunca é normal [...] e ver se dá conta de seguir o negócio das comida que precisa, cê comer tudo certinho. É difícil, não é fácil, né. (Entrevistado 10)

Eu 'num'... 'num' parei de comer nada (pausa). Então tudo que me dá vontade comer eu como... (Informante 1)

No portador de diabetes, o excesso de peso está presente e constitui um dos grandes problemas de saúde pública no mundo. Dentre as principais razões de sua gênese destaca-se também a inatividade física. Nota-se no depoimento dos participantes da pesquisa que existem justificativas para não realizá-la, como falta de companhia, vergonha do próprio corpo e a presença de automóvel em casa:

Já era prá eu ter começado (hidroginástica), não fui de vergonha (risos). Ainda não fui lá de vergonha. Fui lá, conversei, olhei tudo direitinho, ainda não fui de vergonha. (Entrevistada 4)

Eu tô até com uma proposta aí que a nossa igreja tá mudando prá mais perto, largar esse carro pro lado e começar ir de a pé, voltar e ir de a pé, voltar e ir de a pé todo dia. (Entrevistado 10)

Aí caminhada eu não faço (pausa) porque 'nóis' tava fazendo ginástica ali na quadra né, aí tiraram porque era da prefeitura, aí não tem mais. Era bom que tivesse né, prá gente fazer. [...] Ah nem! Não animo (caminhar sozinha) porque quando 'nóis' ia fazer, ia a minha mãe, minha irmã né, tudo fazer ginástica. Aí 'nóis' parou, parou tudo. (Entrevistada 6)

Boltansky (2004 apud Bourdieu, 1962) relata que o esporte não faz parte da vida de adultos de classes populares. A ideia de que um homem possa investir em tempo, dinheiro, trabalho, energia ou força em atividades lúdicas é risível e extravagante.

Ressalta-se que as recomendações da prática de atividade física são as mesmas em relação à da dieta, as quais devem ser precoces para evitar os danos físicos que o diabetes causa. Sartorelli e Franco (2003) afirmam a importância da presença de hábitos alimentares saudáveis e da prática regular de atividade física, como forma de evitar as complicações cardiovasculares das doenças crônicas, desde que sejam introduzidas precocemente na rotina do indivíduo.

Na UBSF Novo Horizonte, as ações previstas para o cuidado de doentes diabéticos priorizam ações clínicas e medicamentosas, e as ações dietoterápicas são efetuadas em situações de risco e de descontrole da doença. Ações que estimulem a atividade física e a promoção da alimentação saudável ainda não ocupam a agenda de prioridade à promoção da saúde.

Os diabéticos, assim como os hipertensos, as gestantes e as puérperas têm prioridade pelo atendimento programado, para o qual existem cinco vagas diárias. Portanto, não existem vagas específicas para os diabéticos; elas são repartidas entre os demais doentes crônicos, gestantes e puérperas. O restante dos usuários é atendido em regime de demanda espontânea, com oito consultas por dia.

A entrega de medicamentos pela unidade de saúde começou em 2009 e nos horários das reuniões de grupos operativos de diabéticos, o que geralmente limita a realização de ações de promoção à saúde, as quais anteriormente eram conduzidas nestes momentos:

As reunião de diabete que tinha, antigamente tinha né, as reunião. Agora hoje não, a gente vai lá, só pega os remédio e tudo... (Entrevistada 5)

Além disso, esta atitude da equipe de saúde propicia uma valorização cada vez maior do uso de medicamentos por parte dos usuários.

Na relação ACS-usuário percebe-se a existência de transferência de responsabilidades médicas para as ACSs:

Muito educado aquele povo, a atenção deles é boa, é só chegar lá assim... é na hora, atenção muito boa. A Marli vem em casa. Igual ela veio ontem aqui. Maior atenção prá gente, tudo que você precisa com ela é na hora. (Informante 2)

Só que eu ainda não fui lá não, porque é a Rosa que me acompanha, ela vem muito aqui. (Informante 3)

Provavelmente, esta transferência de responsabilidades se dá em razão das filas na unidade. Nesta unidade de saúde atuam uma médica generalista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco ACSs, que compõem a equipe mínima de acordo com a normatização do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Os papéis de cada membro da equipe do PSF obedecem às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (2007). Assim, são atribuições do ACS: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e cumprir com as atribuições definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue.

A mesma Política traz também as atribuições do enfermeiro de PSF, que são: realizar assistência integral às pessoas e famílias na unidade de saúde quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever

medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais ou municipais; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACSs; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACSs e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde.

São atribuições do médico generalista que atua em PSF, também determinadas na Política Nacional de Atenção Básica: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realizar consultas clínicas e procedimentos na unidade de saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc); realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade; indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; contribuir e participar das atividades de educação permanente dos ACSs e auxiliares de enfermagem; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF; acompanhar a execução de protocolos, devendo modificar a rotina médica, desde que existam indicações clínicas e evidências científicas para tanto.

Apesar de bem definidos os papéis de cada membro da equipe de saúde e da rotina da unidade, o usuário compreende que existe restrição de consultas em relação ao número de usuários cadastrados e queixa o não agendamento para doentes crônicos:

Ó, pro cê vê, os médico ali atende oito pessoas. Com um tanto de gente desse bairro, atender oito pessoas por dia não tem como, né? Tem que atender mais... é só um médico prá esse tanto de gente. [...] É isso que eu acho assim... tem que atender mais gente né... aqui no bairro.”(Entrevistada 6)

Prá ir lá de manhã tem que ir em jejum. Se eu vou lá antes das oito horas, chega lá às vezes tem alguém na frente da gente, elas demora a atender. (Informante 1)

Tenho pressão alta que porque aí prá marcar lá tem que madrugar, né? E prá gente que tem esse 'poblema' assim, eles têm que marcar ué, agendar, né. (Entrevistada 6)

A queixa da inexistência de horário para o trabalhador também é relatada como motivo de fracasso do tratamento. A dificuldade em conciliar horários entre o trabalho e o funcionamento da unidade de saúde contribui para o diabético desistir de seu tratamento:

Prá ser franco com você eu não voltei. Porque não deu, eu tive que trabalhar, certo? [...] Medir a glicose da pessoa que trabalha, que não tem tempo de ir no posto, 'vim' em casa e medir essa glicose, não tem. [...] Porque tem muitas pessoa que tem a doença, mas não tem acesso. (Entrevistado 9)

Observa-se ainda que as primeiras orientações dietoterápicas são transmitidas aos diabéticos na própria unidade de saúde, principalmente pela profissional médica. As ACSs também fornecem orientações sobre dieta nas visitas domiciliares e a enfermeira, durante seus atendimentos:

A médica passou prá fazer dieta, né. Alimentação. [...] não comer, né, as coisa que não pode... (Entrevistada 6)

Foi o pessoal do posto mesmo (quem orientou a dieta). Falou: 'É bom fazer uma dieta, cê tá muito alto'. Aí cortou as massa, passei a comer menos, refrigerante também só diet ou então suco, sabe? (Informante 2)

[...] 'A senhora vai comer igual periquito: é fruta, salada, legume'. Aí, realmente eu cortei, cortei assim que eu gosto muito de arroz, aí cortei, assim. (Entrevistada 5)

Em relação à transmissão de informações dietéticas pela profissional médica, observa-se que a consulta ao diabético não difere muito dos padrões de atendimentos de rotina junto aos demais doentes. Geralmente, esta profissional realiza a anamnese, a prescrição de medicamentos e transmite orientações alimentares, com a entrega de uma folha padronizada contendo exemplo de uma dieta.

No atendimento de enfermagem também são repassadas orientações alimentares para diabetes e dependendo do caso, há orientação quanto aos cuidados do pé diabético, cicatrização de feridas, dentre outras atribuições específicas da profissão.

A consulta nutricional, por sua vez, pode ser realizada em dois locais: na própria UBSF, onde os estudantes de Nutrição realizam o atendimento ou na Policlínica, para onde os diabéticos são encaminhados pela médica ou pela enfermeira da unidade para serem atendidos pela nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde.

O atendimento dos estudantes de Nutrição é feito no sistema de demanda espontânea ou por encaminhamento da médica do PSF. Já os atendimentos da nutricionista, para serem agendados na Secretaria de Saúde, necessitam obrigatoriamente de encaminhamento por escrito do médico ou do enfermeiro de qualquer unidade de saúde. Esta imposição é necessária por haver somente uma profissional no município que exerce esta função, além do que toda a rede municipal de saúde encaminha usuários, diabéticos ou não, que necessitam de acompanhamento nutricional.

Cabe ressaltar que os profissionais de saúde são orientados a encaminhar para a nutricionista somente os casos de descompensação clínica, como forma de controlar a demanda e também por acreditar que todos os profissionais de saúde são capazes de fornecer orientações básicas sobre alimentação. Além disso, não há no município profissionais nutricionistas que atuam diretamente na unidade de saúde a todo o tempo. Existe a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta, dentre outros profissionais, por um nutricionista que possui como atribuições principais, capacitar as equipes de saúde da família quanto aos aspectos relacionados a distúrbios alimentares.

É válido informar que a referida nutricionista exerce, durante vinte horas semanais de trabalho, mais de uma atribuição no município, não somente os atendimentos ambulatoriais. Sua função primária é a responsabilidade técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Os atendimentos ambulatoriais, que acontecem duas vezes por semana, surgiram da abordagem contínua de médicos e enfermeiros de toda a atenção primária, para prescrever dietas e acompanhar usuários considerados graves, como diabéticos e hipertensos descompensados, crianças e idosos desnutridos, crianças obesas, gestantes e obesos com complicações metabólicas. Como não existiam e ainda não existem outros profissionais para exercê-lo, a nutricionista acumulou esta função.

Com base na descrição da rotina de funcionamento e de atendimentos da UBSF Novo Horizonte e dos papéis de cada profissional de saúde envolvido, inicia-se a análise da experiência da doença dos sujeitos abordados na pesquisa. A primeira etapa é conferida pelo diagnóstico médico-laboratorial da doença, na qual o sujeito descobre a dimensão do “estar” doente como algo que parece fugir ao seu controle e que o obriga a conviver com a doença.

9 O ESTAR DIABÉTICO: RECONHECIMENTO DA DOENÇA

Estar com diabetes é um estado; é como se o sujeito reconhecesse uma identidade sobreposta à condição anterior de não-doente. Segundo Canesqui (2007) e Laplantine (2010), o estigma trazido pelo sujeito sobre a doença afeta sua identidade, tornando-o socialmente desacreditado. A descoberta da doença traz um sentimento de controle externo de um processo que se dá no corpo. Ainda, é a doença e não “ser” o doente. Esta dialética da doença (estar) e do doente (ser) é um aspecto de discussão da compreensão dos significados da saúde e da doença.

Dizer que há saúde não é o mesmo que dizer que não há doença e vice-versa (AYRES, 2007). Isto porque, quando um sujeito é avaliado são identificados estados de normalidade que oscilam conforme variáveis, como situações de descanso, de exercícios, idade, sexo, raça, cultura, ambiente etc. As oscilações não podem ser vistas como anormais, porque o incomum nem sempre é negativo (BACKES et al., 2009).

Neste capítulo, os significados do estar diabético foram revelados em várias dimensões estigmatizadas. As dietas especiais, os sintomas físicos, o nervosismo, a impotência sexual, a baixa energia corporal e as deficiências demonstraram que há um estado em que a doença se instala como uma sentença que ameaça a existência daquele que se descobre como portador desta enfermidade.

Conforme descreve Caprara (2003), a doença desperta atenção pela presença, pois tira a sensação de bem-estar com a qual a saúde é associada. A doença chama a atenção de que algo não vai bem, sendo necessárias atitudes não somente para afastar esta ameaça, mas também para entender sua natureza íntima (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004 apud AYRES, 2007):

[...] aí eu fiquei assim, muito assustado né, pensei, poxa é coisa da cabeça, já tem muitos problemas né, problema físico (possui deficiência em uma das pernas), essas coisa aí agora... (Informante 3)

[...] e eu sentia assim muita sede e muitas vezes indo no banheiro, ocupando colega meu prá ir pro meu lugar. Aí um dia eu falei pra minha esposa, falei: ‘Esse trem tá errado. Eu vou ter que procurar fazer uma consulta, porque eu fico até sem graça lá no serviço’. (Entrevistado 9)

Segundo Bercini e Tomanik (2006), os sujeitos perceberam a instalação da doença quando o corpo não conseguia mais servir como instrumento de trabalho:

[...] eu dependo dele (marido) que eu 'num' trabalho, eu 'num' consigo trabalhar, cê acredita? Faço (faxina), faço mas não posso assim direto sabe, porque fico cansada, me dá um suor frio, eu não consigo se for prá mim trabalhar... (Entrevistada 8)

Alves (1993) refere que o sentir-se doente tem mais relação com o sentido atribuído à doença do que somente às impressões corporais sensíveis:

“Eu acho que a doença, cê não pode por ela na cabeça, se cê por, eu acho comigo, se cê por fica pior, mas na época que deu isso aí, então a gente ficou assustado por assim dizer [...]” (Entrevistado 10)

Em relação à percepção da doença pelos sujeitos, os relatos demonstraram que a desconfiança de uma possível doença ocorreu a partir de sintomas, como sede intensa, urina abundante e fraqueza:

Eu comecei a sentir uma espécie d'uma... uma fraqueza, uma falta de energia. Parecendo que a minha energia do corpo sumia... e tomando água demais e indo no banheiro a noite inteira. (Informante 1)

[...] eu comecei a sentir é... consequência de ir no banheiro assim, né, aí... comecei a tomar muita água de madrugada. (Informante 3)

Cê bebia muita água mesmo, urinava bastante e sempre que cê bebia água sua boca ficava seca, ficava ruim, sempre cê não tava bem, cê pensava que era 'figo' (fígado), alguma coisa, certo? (Entrevistado 9)

Laplantine (2010) afirma que a percepção espontânea da doença é verdadeiramente aprendida e seletiva, e não se fundamenta no pensamento científico. Ayres (2007) reforça este pensamento quando diz que entre os sujeitos existe uma racionalidade instrumental que distingue as regularidades e irregularidades do nível de glicose sanguínea capaz de prever e controlar alterações corporais indesejáveis, como a sensação de fraqueza.

Esta percepção de algo anormal em seu corpo determinava a busca de confirmação de alguma doença e iniciava o processo de experienciá-la. Em geral, queixavam-se às ACSs no momento em que percorriam suas casas mensalmente ou as procuravam na unidade de saúde para agendarem consulta médica.

A ACS é o elo entre este sujeito e a descoberta de sua possível doença. Neste momento, o sujeito não é dono de sua doença, porque ainda não há a confirmação oficial feita por meio de exames laboratoriais e consulta médica. Esta profissional de saúde liga os aspectos simbólicos dados por uma racionalidade subjetiva com a racionalidade da ciência:

Uai, eu descobri através dela (ACS) né, porque é uma pessoa que eu amo muito, gosto muito dela, é muito profissional com a gente, eu sempre

converso com ela. Eu fui uma semana antes e ela tinha medido né, e não tinha dado nada. Falou: 'Tá normal'. Depois eu voltei, um mês né, e já deu. (Informante 3)

Sempre eu fazia o exame e dava 95 (mg/dl), né? Aí a primeira vez que eu fui, que depois que eu comecei a sentir o negócio que eu te falei, muita urina, urinando demais, era uma sede que nada matava minha sede, parecia que a minha boca enxugava. Aí fui lá e deu alta. (Informante 1)

A importância da confirmação do “ter” a doença é dada pelos exames laboratoriais. Este procedimento é uma etapa observada em todos os participantes desta pesquisa. O uso de medidas sem validação laboratorial não é uma prática corrente:

[...] fui no postinho, medi a diabete. Eu num lembro se deu quase trezentos ou mais de trezentos. Aí a doutora até pediu exame de laboratório, eu fiz, deu diabete, aí daí pra cá comecei a tomar os medicamentos. (Informante 1)

Os primeiros registros sobre o diabetes relatam que os médicos gregos passaram a observar que as formigas eram atraídas pela urina dos diabéticos. Na época, o diabetes já era conhecido pelo sintoma de aumento do volume da urina, porém desconhecia-se o diagnóstico. Por volta de 1650, o médico britânico Thomas Willis descobriu a causa da atração das formigas, ao testar a urina de um de seus pacientes diabéticos afirmando ser “maravilhosamente doce” (MESSINA; MESSINA; SETCHELL, 2002). No cotidiano e na prática profissional, ainda são ouvidos relatos de sujeitos que observaram a presença de formigas no banheiro, sobretudo no vaso sanitário, e a partir desta observação recorreram ao profissional médico, que diagnosticou a doença.

Passa-se neste momento a ocorrer um novo repertório que é incorporado na pelos doentes, com o uso de novos nomes e identidades: o açúcar no sangue, a glicemia, o diabetes tipo 2, os medicamentos e as inquietações sobre o futuro deste estado em suas vidas:

Mas 'num' lembro mais assim, sei que foi bem alta a taxa de açúcar no meu sangue. (Informante 1)

É por causa desta diabete aqui que eu quase perdi a mão, entendeu? (Entrevistado 10)

“Fico revoltada, aí me dá uma tristeza... aí fico pensando: prá onde vai esses remédio tudo? (Entrevistada 8)

A confirmação laboratorial produz um próximo passo para o sentimento de experimentação da doença: a consulta médica. Todos os sujeitos da pesquisa

tiveram o diabetes diagnosticado na unidade de saúde. Este é um dos aspectos positivos a considerar na atuação dos profissionais da UBSF Novo Horizonte, sobretudo em relação à organização do serviço (SCHOLZE; SILVA, 2005), mesmo diante das queixas apresentadas anteriormente pelos usuários, como filas e dificuldade no agendamento de consultas. O papel das ACSs também deve ser considerado importante, dada a realização da busca ativa dos indivíduos com chances de adoecer e dos recém-adoecidos.

Além disso, até esta etapa não foi relatada pelos sujeitos da pesquisa, a procura por métodos não convencionais de controle da doença, como a fitoterapia e outras práticas alternativas de cura.

O reconhecimento de “estar” com a doença inaugura um novo passo da experiência da doença: a busca de conviver com a doença. Nesta etapa, os diabéticos são acompanhados pela ACS em suas visitas domiciliares mensais, nas quais é verificada a administração correta de medicamentos; o doente é encaminhado à consulta médica se existirem queixas; orienta quanto aos cuidados com a alimentação e, se esta ACS possui curso técnico em enfermagem, verifica-se a pressão arterial do usuário:

Quando chego perto do médico me dá aquele choque, aquela coisa assim, sabe? Ela (ACS) me ensinou, eu chego lá, sento, tranquilizo, relaxo. Ela mede a pressão... (Informante 3)

A Marli (ACS) ‘garra’ no pé também que graças a Deus, que ela tem aquela amizade com a gente, ela manda recado, ela liga, ela... entendeu? Ela luta também. Ela, a Beth (técnica de enfermagem), aquelas menina ali do posto elas é muito dedicada né, elas dedica, vai atrás... (Entrevistado 10)

Faz parte ainda do acompanhamento da ACS avisar aos diabéticos a programação das reuniões de grupos educativos:

[...] a gente sempre é avisado quando tem uma reunião...(Entrevistado 10)

Nesta etapa de reconhecimento da doença, há a busca de aceitação à nova identidade de vida. Os portadores de doenças crônicas convivem com enfermidade de longa permanência que causa reflexos importantes em suas próprias vidas e nas relações sociais. Por este motivo, seu estudo requer pontos de vista multidimensionais, capazes de interagir a experiência individual, as posições sociais, a cultura e o cuidado médico juntamente com práticas alternativas de cura (CANESQUI, 2007).

A visão de restrição, de cortes, proibições e abandonos de práticas cotidianas, principalmente relacionadas à alimentação, estão nesta nova identidade de vida:

Minha comida, desde que eu participei das suas reunião, eu já diminuí o óleo, como cê falou que era meio litro por pessoa. (Entrevistada 5)

Em relação à mudança de hábitos alimentares necessária à normalização da glicemia, os depoimentos demonstraram o esforço dos sujeitos em buscar o controle da doença:

Refrigerante, por exemplo, eu tomava muito, mas muito mesmo. Era almoço e janta, eu cortei. Ainda tomo, mas não é igual era mais. (Informante 3)

[...] antes eu comia era dois prato cheio de arroz, aí com o passar do tempo que eu vi que tava complicado, aí eu passei a diminuir, porque eu quero viver mais, eu quero ter uma vida melhor, uma qualidade de vida melhor... (Entrevistado 9)

Tomava refrigerante todo dia, almoço e janta, almoço e janta, daí eu cortei 'duma' vez também. Agora é só suco, se for refrigerante é diet. Não tomo mesmo. Doce também eu cortei. Cortei agora. (Informante 2)

Segundo Canesqui (1988), a alimentação é sempre concebida como medida de privação em relação à questão salarial e o padrão alimentar possível de ser obtido. No caso desta pesquisa, pode-se ainda acrescentar a privação associada à dieta alimentar como parte do tratamento do diabetes. A alimentação também veicula a subjetividade da identidade cultural, da condição social, da religião, da memória familiar e da época (GARCIA, 1994). Portanto, "o comer não satisfaz apenas as necessidades biológicas, mas preenche também funções simbólicas e sociais" (WOORTMANN, 1978).

Para as classes populares, a alimentação é uma atividade tão reparadora quanto o sono. Os estudos etnográficos mostram a preferência pela "comida forte" ou "comida de pobre", por garantir resistência e aptidão para o trabalho e proteger contra a fome ao prolongar a sensação de saciedade (CANESQUI, 1988; CANESQUI, 2007a). Porém, Laplantine (2010) descreve que a dietética, aí incluída a alimentação para o diabetes, está ligada às representações alimentares subtrativas nas quais são prescritos alimentos que não visam encher o corpo, mas esvaziá-lo, como as verduras, que são curativas não por acréscimo, mas por evacuação.

Porém, o controle alimentar não é a única restrição enfrentada pelos entrevistados. Há depoimentos que tratam de limitações no trabalho, na vida diária e na convivência familiar:

É... atrapalha em tudo, aquilo lá (diabetes) não tem jeito. Na alimentação, em tudo, tudo, tudo. (Informante 2)

Meio de semana não pode (fazer uso de bebida alcoólica), cê trabalha com faca, é muita responsabilidade, é muita dinâmica, cê tem que ter o reflexo muito bom, muito rápido, cê entendeu? (Entrevistado 9)

Eu era caminhoneiro né, não posso falar que não sou até hoje porque a gente só tá encostado (devido ao diabetes)... (Entrevistado 10)

“Estar” com diabetes é uma etapa da experiência da doença que se revela em dimensões de aceitação e cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde que permite a entrada num outro estágio: a convivência com a doença pelo sentimento de “ser” diabético. É um momento em que a identidade não é mais a doença e sim o doente. É possível estabelecer a relação de “ser” doente com o controle de sua doença. Convivem de forma harmoniosa, doença e sujeito da doença.

Há depoimentos que demonstram que às vezes o portador do diabetes não se sente doente. É como se o “ser” diabético revelasse a dimensão de controle da doença. A enfermidade não o domina; não o possui. Há o acordo de controle e convivência. Atinge-se outro estágio da experiência da doença: o “ser” diabético.

10 SER DIABÉTICO: CONTROLE DA DOENÇA E CURA

“Ser” diabético é assumir uma condição de vida que obriga o sujeito a conviver com a doença. Ao mesmo tempo, ele é dono da doença e busca seu controle e o poder conviver com ela sem problemas: esta situação representa sua cura. Assim, o “ser” diabético busca a compensação da doença por meio do controle clínico em meio às condições sociais de vida.

O diabético compensado, portanto, é o sujeito que está com a doença, mas não se sente doente, porque busca e recebe o tratamento médico oficial e possui uma vida familiar mais equilibrada em termos afetivos, sociais e econômicos, em que é capaz de cuidar de si e dos membros da família. Assim, o termo “compensado” não está relacionado apenas à procura do controle clínico da doença, mas refere-se ao significado de “ordem” proposto por Douglas (1976).

A procura pela compensação do diabetes nos sujeitos abordados era feita a partir das recomendações clínicas, do uso de medicamentos, da dieta e da prática de exercício físico:

Então a vida é assim, olha, aqui em casa a gente procura comer o arroz, o feijão, a verdura, a salada e a carne. (Informante 1)

Mas agora eu tô tomando esses remédio, aí um grandão assim, aí eu vi que melhorou bem mais assim, eu não tô indo muito no banheiro... (Entrevistado 9)

Eu faço natação terça, quarta e quinta. Eu nado na faixa de uns 450 metros por dia. (Entrevistada 5)

Em meio ao controle clínico da doença, os sujeitos relataram que o equilíbrio social, especialmente o apoio da família e do cônjuge, as questões financeiras e a autoestima eram fatores importantes que lhes conferiam suporte para se sentirem curados:

[...] a minha esposa me ajuda demais, ela dana comigo tem hora. Ela briga às vezes, na hora cê fica irritado né, com as coisa, até fala umas coisa que não devia falar, mas depois a gente volta no lugar e fala, ela tá certa, né? (Entrevistado 10)

Ele é muito bom prá mim [...] meu marido sempre trabalhou em firma. (Entrevistada 8)

Igual eu conversei com ela (ACS), eu tenho que ter amor em mim, se eu não tiver né, complica (pausa). Se eu preciso de ajuda eu tenho que querer ser ajudado, né, se eu não querer, o negócio começa em mim, então é por aí... (Informante 3)

Porém, a compensação da doença está relacionada ao significado simbólico de “cura”. Costa (1996) refere que a cura só pode ser pensada quando há, pelo indivíduo, internalização de crenças morais sobre o que lhe é mais satisfatório. Na biomedicina, a cura está relacionada ao restabelecimento do organismo após a perda do equilíbrio funcional, enquanto que no sentido simbólico, ela está ligada à atenuação de sintomas, à capacidade de lidar com dificuldades sem sintomas dolorosos, à realização dos ideais de felicidade pessoal, ou seja, às formas de viver. Dolce Filho (sem data) complementa afirmando que uma pessoa pode ser considerada curada quando reencontra sua saúde, isto é, quando consegue equilíbrio dentro de sua própria normalidade.

No entanto, o equilíbrio social necessário à “cura” do diabetes é entremeadado por fatores subjetivos dos quais nem sempre o sujeito tem controle. Os fatores subjetivos que trazem a ruptura da sensação de “cura” estão relacionados à condição social dos sujeitos, que são a pobreza, o uso de drogas e a violência doméstica:

Ah... alimentação, a gente acaba não cuidando direito, né? Porque a gente é pobre... (Informante 1)

Porque quando ele faz dieta, ele melhora, eu vejo que ele melhora. [...] Daí sábado ele foi beber. Daí a gente vai falar com ele: ‘Nossa, mas agora que você tá começando a se recuperar, né, espera ficar bom...’(Esposa do Informante 2)

Há pouco tempo eu descobri que ele é usuário de droga (chora). Mistura droga com bebida e fica louco (pausa). Tudo isso tem causado grande transtorno na minha vida. Eu não posso reclamar, não tenho direito porque se ele escuta eu chorar nos canto, ele me xinga tudo. (Informante 1)

Surge então, o doente descompensado, que é o sujeito que está com a doença e se sente doente, especialmente por não conviver em situações de relativo equilíbrio afetivo, social e econômico necessárias à sua cura. Assim, conforme Douglas (1976), ao contrário do diabético compensado, o conceito de sujeito descompensado não está associado somente ao descontrole clínico da doença, mas significa “desordem”, ou seja, desequilíbrio social.

Para Tavares e Trad (2005), o sujeito, para compreender a enfermidade e buscar a cura, é necessário perceber as mudanças da doença ao longo do tempo e que sejam reinterpretadas através de suas experiências e que produzam novos significados. Alves (1993) ressalta que “as impressões sensíveis, como uma matéria

bruta, só serão organizadas se apreendidas num significado que as torne compreensíveis.”

Este sujeito, então, para retornar à busca pela compensação da doença, vê como última opção a procura por práticas integrativas, uma vez que se sente impotente para enfrentar o tratamento oficial em meio ao desequilíbrio social que sofre.

11 O USO DE TERAPÊUTICAS CONVENCIONAIS E DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMO REEQUILÍBRIO DO SER EM BUSCA DA CURA

Em geral, quando o processo de descompensação da glicemia ocorre, o estado “ser” diabético associa-se a “ter” a doença. Frente à descompensação agravada pelos fatores sociais, o doente deixa de “ser” diabético e retorna ao estado de “estar” com a doença, pois o doente, assim como no período do diagnóstico da doença, sente que esta situação foge ao seu controle.

Não há abandono do tratamento oficial, mas incorporação de práticas integrativas como expressão de busca de controle sobre as adversidades relacionadas às condições sociais de sua vida da cura de sua doença. Este momento é marcado pela tensão entre diabéticos e profissionais de saúde. As tensões relacionadas à pobreza, à dependência de drogas, à violência e ao alcoolismo não estão no padrão convencional de tratamento preconizado pelos programas oficiais. Ocorre então, o rompimento do equilíbrio conquistado de “estar” com o diabetes e “ser” diabético, devido a fatores imponderáveis da vida que os profissionais de saúde têm dificuldade em compreender e oferecer terapêutica para seu tratamento. Por exemplo, o nervosismo ou a angústia, quando relatados ao profissional de saúde como fator de aumento da glicemia é tratado como fator menor, embora o diabético os considere relevantes:

A minha (diabetes) parece que ela é sobre nervoso, se eu ficar nervoso ela agita, aí acho que sobe pressão, sobe tudo junto, então eu procuro ficar mais quieto, né? (Entrevistado 10)

Foi por causa do meu nervosismo (que desenvolveu o diabetes), porque eu brigava demais com ele (marido), tinha ciúme demais e ó, passei a tomar calmante, o médico passou calmante pra mim. (Entrevistada 8)

Minayo (1988), ao estudar o processo saúde-doença em classes trabalhadoras relata que depoimentos constantes sobre o nervosismo revelam um “sentimento de opressão e de dificuldade insana para levar adiante um projeto familiar construído sobre a sobrevivência do dia-a-dia”.

Então, esta tensão dá origem à incorporação de práticas integrativas, como a fitoterapia e a recorrência a simpatias⁵, uma nova etapa do processo de experiência da doença:

Quando eu sinto que eu estou com a diabete alta, eu sinto mal-estar. Por exemplo, assim, me dá uma fraqueza, dá impressão que a minha energia acaba, aí eu sinto aquela tremura, dá impressão que o meu coração não bate, ele treme, quando é assim, eu tenho até que ir prá cama e mesmo deitada eu sinto muito mal. Aí eu bebo um remédio que eu tenho lá na geladeira, o amargoso (casca de guatambu) e ele costuma dar uma controlada. [...] A casca de 'tambu', eu ponho na água e deixo na reserva por causa de eu já beber muito dos outros, porque 4 comprimidos da diabete por dia, então eu não posso tá bebendo todo dia porque eu sinto que assim que eu bebo ele, eu sinto que normaliza, então se eu beber 4 comprimidos do diabete e mais ele aí, poderá até passar mal, né? [...] Nervosia também faz diabete subir, eu já percebi, porque tem dia que eu não como quase nada... mas é só sentir raiva...aí eu bebo o remedinho da garrafa (casca de guatambu) e dá uma controlada. (Informante 1)

Com relação à prática de simpatia, percebe-se claramente o desejo de cura do sujeito que a ela recorre:

É um negócio de álcool lá, põe no escuro, trinta dias. Depois cê vai lá, pega num conta gota e pinga 32 gotinhas e toma por dia. [...] Álcool com alho e tem que ser trinta dias no escuro, não pode ver a luz do sol, nem luz de lâmpada, luz nenhuma, tem que ficar no escuro os trinta dias. Depois você vai e pega as 30 gotinhas. Minha mãe pôs a semana passada.[...] Toma 30 dias seguidos até acabar.[...] É simpatia. Minha mãe falou que nunca mais volta a diabete. [...] Ela fez pra mim e pra ela. (Informante 2)

Para Laplantine (2010), o que caracteriza a medicina popular é o contato da proximidade familiar de quem cura e do caráter abrangente da percepção da doença. Enquanto a intervenção médica oficial apenas fornece uma explicação dos mecanismos fisiológicos da doença e dos meios eficazes para controlá-los, a medicina popular oferece resposta integral às insatisfações que o racionalismo social não se dispõe a eliminar. Ainda, os rituais revelam a relação com o social e põem à prova a conduta médica como acrescenta Minayo (1998) em seu estudo, no qual depoimentos de informantes apontaram que “os médicos não sabem de nada, não dão atenção, por isso os remédios deles não dão resultado”.

O abandono do tratamento (doença) é nítido nos diabéticos descompensados, pois o desequilíbrio social que enfrentam é considerado intransponível por eles. E por saberem que dificilmente se distanciarão da condição de pobreza, da violência

⁵ Ritual posto em prática, ou objeto supersticiosamente usado, para prevenir ou curar uma enfermidade ou mal-estar (FERREIRA, 2004).

doméstica e do uso de álcool e de drogas, acabam por abandonarem-se a si mesmos (doente). Entretanto, este abandono, apesar de presente nos descompensados, pode acometer os compensados, desde que seu aparente equilíbrio social seja abalado.

Daí a necessidade de um serviço de saúde cujos profissionais não sejam voltados estritamente à abordagem biomédica da doença. É sabido que a formação acadêmica influencia enormemente na atuação profissional, que os serviços de saúde estão sucateados em termos de estrutura física, de equipamentos e de pessoal. Porém, o distanciamento dos profissionais de saúde dos sujeitos que abandonaram a doença e a si mesmos e o não reconhecimento de questões sociais e culturais como fatores responsáveis por levar sujeitos aderentes a também desistirem do tratamento, agrava ainda mais a questão da baixa adesão. Além disso, o conhecimento e o respeito pelo uso de procedimentos terapêuticos não convencionais paralelos ao modelo biomédico devem ser considerados, pois o saber popular é vivo no cotidiano da população, trabalhado em família e transmitido pelas gerações. Acioli e Luz (2003) complementam dizendo que há necessidade de os profissionais de saúde pensarem “saber-fazer” e não apenas “saber”.

Souza e Luz (2009) sugerem que os motivos pelos quais indivíduos optam por terapias alternativas não podem ser reduzidos somente a questões de (in)satisfação ou (in)eficiência dos serviços de saúde. Antes, fundamentam-se em escolhas culturais e terapêuticas que apontam para transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura presentes no processo de transformação da cultura. Ainda, para Acioli e Luz (2003), a procura por práticas alternativas de cura são estratégias de enfrentamento dos grupos populares em busca do “viver melhor”.

Minayo (1988) explica que os serviços de saúde se mantêm cheios apesar da insatisfação da população, porque o sistema padrão dominante é o biomédico, que cria mecanismos de aproximação, propaganda e imposição, além de a população reconhecer a eficácia da medicina oficial para muitos desequilíbrios de saúde. Além do mais, a classe trabalhadora combina a seu modo, as diferentes fontes de tratamento que lhe são acessíveis e a medicina oficial é uma dentre outras que ela usa e legítima, mas não incondicionalmente.

A Biomedicina ou Medicina Ocidental Contemporânea é o modelo que rege os cursos de graduação em saúde e está delineado, segundo Camargo Júnior

(2005), em três proposições: a) caráter generalizante, pois não se ocupa de casos individuais e volta-se para um discurso de validade universal; b) caráter mecanicista, devido à supervalorização de equipamentos para diagnóstico e c) caráter analítico, porque pressupõe o isolamento de partes, no sentido de que o funcionamento do todo se dá pela soma das partes.

Tesser (2007) compartilha desta idéia ao afirmar que a partir das últimas décadas, a biomedicina passou a se ocupar de um maior intervencionismo químico e de um tratamento padronizado em função das doenças, preocupando-se menos com as reações individuais, idiossincrasias orgânicas e contextos psicossociais.

Portanto, o referencial da clínica médica passa a ser a doença, isto é, o objetivo do médico é identificar a doença e a sua causa, bastando remover a causa para que haja a cura. Quando surge um mal-estar sem a presença de lesão considera-se uma exceção ou anomalia, pois o profissional de saúde foi formado para supervalorizar os aspectos objetivos “traduzidos em doença” e ignora a dimensão subjetiva do sofrer (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JÚNIOR, 2006).

Cutolo e Delizoicov (2003) relatam que nos cursos de graduação em saúde, sobretudo nos de medicina há uma superespecialização do saber e que para contornar esta situação, a formação generalista deveria ser mais valorizada, inclusive em estímulo financeiro. A formação humanista também deveria receber atenção em detrimento à ênfase tecnocêntrica, pois a compreensão da dimensão humana tem sido abandonada nos cursos, dificultando o entendimento psicossocial do paciente e sua comunicação com ele. Outro aspecto de grande relevância é a postura do professor, a qual geralmente “é a do médico que dá aula e não a do professor de medicina”.

Como consequência, os desencontros entre médicos e pacientes tornam-se freqüentes e a biomedicina não possui recursos teóricos nem cognitivos para organizar demandas que não se enquadram nas bases objetivas científicas (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JÚNIOR, 2006). Neste sentido, a relação médico-paciente torna-se abalada. Boltansky (2004) relata que esta relação põe frente a frente um especialista detentor de um conhecimento específico e manipulador, e um profano que suspeita da manipulação sem poder evitá-la, nem provar nada.

Especificamente em relação à formação de nutricionistas, Montoya (2007) afirma que desde a graduação, o estudante é incentivado a se especializar em determinada área do conhecimento e se tornar detentor de saberes legítimos. Desta maneira, o futuro profissional espera que esse conhecimento seja reconhecido como único e verdadeiro na sociedade, sem se dar conta de que existem outras verdades e outros conhecimentos fora da sala de aula, nas comunidades com as quais interage.

O mesmo autor relata que como portador do conhecimento biomédico, o nutricionista assume então, condutas padronizadas e objetivas em torno do alimento, julgando o que é adequado e inadequado em termos de saúde. Ele, o especialista, fala com um conhecimento autoritário e inacessível aos outros, ou seja, de maneira vertical e ainda é apoiado por seus pares. Ignora-se a dimensão social e cultural da alimentação, esquecendo-se de que os alimentos não são compostos somente por nutrientes, mas sim envoltos por significados culturais. E é a partir destes significados que o saber popular vai se construindo e se transmitindo através das gerações, tornando-se dinâmico e coletivo. Mesmo que reconheça o saber popular e perceba a sua importância na estrutura social e cultural, devido conhecimento biomédico adquirido, acha complicado lidar com esta dimensão em sua atuação profissional.

Leite e Vasconcellos (2003) afirmam que o profissional será capaz de influenciar na adesão ao tratamento na medida em que atingir o universo cultural do paciente e estabelecer com este comunicação e relacionamento efetivos.

Guedes, Nogueira e Camargo Júnior (2006) relatam perceber que na saúde coletiva passam a surgir novas abordagens para se pensar o adoecimento, como a humanização dos serviços assistenciais, a integralidade das ações e a promoção do cuidado para transformação do modelo tecnoassistencial. E como alternativas na área da nutrição, propõe-se que as instituições de ensino empenhem-se mais em realizar pesquisas qualitativas voltadas para a promoção da saúde e em programas e projetos voltados para a área de alimentação e nutrição. O ensino da educação em saúde e nutricional deveria também envolver a realidade dos indivíduos e das comunidades, onde o estudante possa ser encarado como sujeito da ação educativa (MONTTOYA, 2007).

Simultaneamente ao início destas novas abordagens em saúde coletiva, observa-se uma maior aceitação das práticas não convencionais de cuidado à saúde, principalmente a fitoterapia, em função dos menores custos e da percepção, pela população, da associação entre corpo (objetivo) e mente (subjetivo), não considerada relevante pelo modelo de tratamento oficial (CEOLIN et al., 2009). Assim, os profissionais de saúde devem considerar as práticas que a população realiza e a existência de uma sabedoria prática, as quais podem indicar significados culturais e experiências da história dos sujeitos nas relações que estabelecem em seus grupos sociais (ACIOLI; LUZ, 2003).

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir a análise da experiência dos usuários diabéticos da UBSF Novo Horizonte sobre sua doença, percebe-se que a unidade de saúde exerce eficazmente seu papel quanto ao diagnóstico precoce do diabetes *mellitus* tipo 2, ao ver que os relatos confirmaram que todos os sujeitos tiveram suas doenças diagnosticadas no serviço de saúde. Isto se deve ao trabalho de busca ativa das ACSs e da boa relação entre estas profissionais e os usuários.

Entretanto, questões relacionadas ao fluxo de atendimento, agendamento de consultas e ações de promoção à saúde devem ser resgatas pelos profissionais que ali trabalham, no sentido de garantir melhor adesão à terapêutica. Esta questão da adesão pode ser revista se os profissionais desta unidade de saúde modificassem o olhar sobre a abordagem do cuidado ao diabético, ao valorizarem mais o “ser” em detrimento do “estar” diabético. Utilizando as palavras de Ayres (2007) e Souza; Luz (2009), não se trata de negar o modelo médico oficial, mas de superá-lo ao construir práticas que deem mais atenção à saúde e não à doença: “olhemos menos para a doença e então conseguiremos olhar mais para o doente”.

Assim, para aprimorar o tratamento dos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 de Araguari-MG de maneira a visar menos a doença é necessário romper com o modelo biomédico que valoriza a diagnose e não a cura da doença. Os usuários portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 participantes desta pesquisa compreendem que é possível conviver com a doença, como se este estado representasse a cura dos sintomas de uma doença crônica. Foi visto também que a compensação da doença ou a busca pela cura está envolta pelo relativo equilíbrio social com o qual convivem e que o rompimento deste equilíbrio causa a descompensação da doença. Neste aspecto, as ações verdadeiramente multiprofissionais auxiliariam o resgate dos sujeitos descompensados em buscar a cura pelo apoio profissional e não a procurariam por si mesmos nas práticas integrativas de saúde, enquanto seu meio social permanece desequilibrado. Não se trata de negar tais práticas complementares, nem de resolver os problemas sociais em sua totalidade, mas de oferecer auxílio profissional conforme os limites de cada profissão e de observá-las como forma de analisar as práticas de saúde existentes na unidade básica.

Recomenda-se que: a) as unidades básicas de saúde de Araguari melhorem a organização e o acesso a informações sobre seus usuários diabéticos, visto que a desinformação expressa baixa organização dos serviços; b) a unidade de saúde estudada e provavelmente as demais existentes no município, revejam a rotina de atendimento e/ou agendamento para doentes crônicos, de forma a evitar filas e que os usuários amanheçam na porta da unidade de saúde; c) os frequentes treinamentos para profissionais de saúde e ACSs sejam promovidos no sentido de discutir mais a humanização dos serviços, enaltecendo os valores sociais, a cultura e as necessidades psíquicas e emocionais dos usuários e d) as práticas integrativas de cuidado à saúde pela população não sejam desmerecidas, mas vistas como um valor cultural e utilizadas como parâmetro de avaliação do serviço prestado na unidade de saúde.

Sugere-se a adesão do município à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC), também recomendada pela OMS, como forma de aprofundar o cuidado em saúde e buscar a integralidade da atenção, acesso a serviços e exercício da cidadania. Sugere-se ainda, o desenvolvimento de ações a partir dos bancos de dados dos programas já existentes, como SIAB, HIPERDIA e SISVAN, visto que na prática funcionam somente para coleta de dados.

A continuidade de estudos sobre a experiência da doença por doentes crônicos a serem conduzidos nas demais unidades de saúde municipais deve ser considerada, visto que por limitações temporais esta pesquisa foi conduzida nos moldes de um estudo de caso. Sabe-se que estudos de caso não são menos importantes do que pesquisas de maior abrangência, mas estudos que refletissem o assunto abordado em uma maior parcela do município trariam mais sustentabilidade de argumentação para a construção de novas políticas públicas voltadas à atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S.; LUZ, M. T. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. Revista de enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 11, p. 153-158, 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 95, de 11 de dezembro de 2008. Regulamenta o texto de bula de medicamentos fitoterápicos. 67p. Disponível em: <http://www.anvisa.org.br/medicamentos/fitoterapicos/bula_padronizadas_fitoterapico.o.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2010.

ALBUQUERQUE, C. M. S.; OLIVEIRA, C. P. F. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. Revista do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, 2002. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium25/25_27.htm>. Acesso em: 31 mar. 2009.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 263-271, 1993.

ALVES, N. M. Estudo farmacognóstico e da toxicidade experimental (aguda e subaguda) do extrato etanólico da casca do quatambu (*Aspidosperma subincanum* Mart.). 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Recomendações da American Diabetes Association (Sociedade Americana de Diabetes - ADA) quanto à realização de exercício físico, 2010. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

ARAGUARI (MG). Sítio eletrônico oficial da prefeitura de Araguari. 2009. Disponível em: <<http://www.araguari.mg.gov.br/?sec=dados>>. Acesso em: 04 abr. 2009.

ARAGUARI (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária. Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. 02 mar 2009c.

ARAGUARI (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA. 03 abr. 2009b.

ARAGUARI (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. TABWIN DATASUS. 08 abr. 2009a.

ARAGUARI (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária. Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. 19 abr. 2010.

ARAÚJO, R. B. et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. Revista de saúde pública, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 24-32, 1999.

ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. Revista de nutrição, Campinas, v. 12, n. 1, p. 33-41, 1999.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. da S. dos; COSTA, J. S. D. da. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 205-211, 2002.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil. Revista de saúde pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

AYRES, J. R. de C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Revista brasileira de epidemiologia, São Paulo, v. 5, supl. 1, p. 28-42, 2002.

AYRES, J. R. de C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. Revista de enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

BERCINI, L. O.; TOMANIK, E. A. Representações sociais sobre saúde e estratégias de enfrentamento das doenças entre as mulheres dos pescadores do município de Porto Rico, Paraná. Revista ciência, cuidado e saúde, Maringá, v. 5, p.71-76, 2006.

BOLTANSKY, L. As classes sociais e o corpo. 4. ed. São Paulo: Graal, 2004.

BOOG, M. C. F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. Revista de nutrição, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-272, 1999.

BRAGA, A.; MEDEIROS, T. P. de; ARAÚJO, B. V. de. Investigação da atividade antihiperlipidêmica da farinha da casca de *Passiflora edulis* Sims, Passifloraceae, em ratos diabéticos induzidos por aloxano. Revista brasileira de farmacognosia, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 186-191, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Atenção ao Diabetes no SUS. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29794&janela=1>. Acesso em: 10 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde aprofundando a descentralização com equidade no acesso: norma operacional da assistência à saúde – NOAS SUS 01/10. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Revista ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. A biomedicina. Physis: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, supl. 15, p. 177-201, 2005.

CANESQUI, A. M. Antropologia e alimentação. Revista de saúde pública, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 207-216, 1988.

CANESQUI, A. M. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. Revista de nutrição, Campinas, v. 20, n. 2, p. 203-216, 2007a.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença na Brasil na década de 1990. Revista ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.

CANESQUI, A. M. (Org.). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007. 149p.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-931, 2003.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Revista ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARVALHO, A. C. B.; DINIZ, M. F. F. M.; MUKHERJEE, R. Estudos da atividade antidiabética de algumas plantas de uso popular contra o diabetes no Brasil. Revista brasileira de farmacognosia, Curitiba, v. 86, n.1, p. 11-16, 2005.

CASTRO, M. S. et al. O uso de terapia alternativa e complementar por pacientes diabéticos do tipo 2. Brasília médica, Brasília, v. 47, n. 1, p. 17-25, 2010.

CECÍLIO, A. B. et al. Espécies vegetais indicadas no tratamento do diabetes. Revista eletrônica de farmácia, Goiânia, v. 3, p. 23-27, 2008.

CEOLIN, T. et al. A inserção das terapias complementares no Sistema Único de Saúde visando o cuidado integral na assistência. Enfermería global, Murcia, n. 16, p. 01-09, 2009.

CHOPRA, M.; GALBRAITH, S.; DARNTON-HILL, I. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. Bulletin of the World Health Organization, v. 80, n. 12, p.952-958, 2002.

COSTA, J. F. A cura: do ideal à realidade, entrevistas. Cadernos de psicanálise do círculo psicanalítico do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, n. 10, p. 34-40, 1996.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Revista epidemiologia e serviços de saúde, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CUTOLO, L. R. A.; DELIZOICOV, D. Caracterizando a escola médica brasileira. Arquivos catarinenses de medicina, Florianópolis, v. 32, n. 4, 2003.

Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Revista de saúde pública, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

DOLCE FILHO, R. Saúde, cura e tempo. Disponível em:
<<http://www.pqv.unifesp.br/rubensdolce.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2010.

DOUGLAS, M. Pureza e perigo. São Paulo: Perspectiva, 1976.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte, 2008.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista panamericana de salud publica, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FECHIO, J. J.; MALERBI, F. E. K. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 267-275, 2004.

FERREIRA, A. B. de H. Simpatia. In: Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004. p. 1302.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. da. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes *mellitus* através de um grupo de convivência. Revista texto & contexto enfermagem, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, 2007.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. Physis: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 51-68, 1997.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da comida no meio urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. Revista Cadernos de debate, Campinas, v. 2, p. 12-40, 1994.

GEORG, A. E.; DUNCAN, B. B.; TOSCANO, C. M. et al. Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes *mellitus* no Brasil. Revista de saúde pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 452-460, 2005.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GROUX, L. H. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 95-124.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. Revista ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

GUIMARÃES, F. P. de M.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde para o tratamento do portador de diabetes *mellitus* tipo II. Revista de nutrição, Campinas, v. 15, n. 1, p. 37-44, 2002.

JANEIRO, D. I. et al. Efeito da farinha da casca do maracujá-amarelo (*Passiflora edulis f. flavicarpa* Deg.) nos níveis glicêmicos e lipídicos de pacientes diabéticos tipo 2. Revista brasileira de farmacognosia, Curitiba, v. 18, p. 724-732, 2008.

KAMIMURA, M. A. et al. Avaliação nutricional. In: CUPPARI, L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. Barueri, SP: Manole, 2002. p. 71-109.

KING, H.; AUBERT, R. E.; HERMAN, W. H. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes care, Genebra, v. 21, p.1414-1431, 1998.

LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003. 256p.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Revista ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEVY-COSTA, R. B.; SICHIERI, R.; PONTES, N. S.; MONTEIRO, C. A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Revista de saúde pública, São Paulo, 39, n. 4, p. 530-540, 2005.

LIMA, A. C. G. G. O. D. de. As representações sociais de saúde e doença para os portadores de diabetes melito que procuram o serviço de diagnóstico e prevenção da retinopatia diabética. 2005. Dissertação (Mestrado)- Universidade Católica Dom Bosco, 2005.

MALAMAN, L. B. O processo de adesão dos pacientes diabéticos aos grupos educativos como analisador das relações institucionais nas unidades básicas de saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. Revista eletrônica de enfermagem, Goiânia, v.9, n. 3, p. 687- 699, 2007.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. Psicologia: reflexão e crítica, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. Revista latino-americana de enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n.6, 2007.

MESSINA, M.; MESSINA, V.; SETCHELL, K. Soja e diabetes. 1. ed. Londrina: EMBRAPA, 2002

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Ações em Saúde. Coordenação de Hipertensão e Diabetes. Jun. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Ações em Saúde. Coordenação de Hipertensão e Diabetes. Abr. 2009.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, M. C. de S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, 1988.

MOLENA-FERNANDES, C. A.; NARDO JÚNIOR, N.; TASCA, R. S. et al. A importância da associação de dieta de atividade física na prevenção e controle do diabetes mellitus tipo II. Acta scientiarum health science, Maringá, v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005.

MONTOYA, L. M. A. Significado del saber popular en alimentación en um grupo de nutricionistas dietistas. Perspectivas em nutrición humana, Medelin, v. 9, n. 1, p. 49-60, 2007.

NEGRI, G. Diabetes melito: plantas e princípios ativos naturais e hipoglicemiantes. Revista brasileira de ciências farmacêuticas, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 121-142, 2005.

NICOLETTI, M. A. et al. Uso popular de medicamentos contendo drogas de origem vegetal e/ou plantas medicinais: principais interações decorrentes. Revista saúde, Guarulhos, v. 4, n. 1, p. 25-39, 2010.

OLIVEIRA, F. A. de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. Interface: comunicação, saúde e educação, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Iniciativa de diabetes para las Américas (DIA): Plan de Acción para América Latina y el Caribe 2001-2006. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades No-Transmisibles. 2001. 36p.

PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Revista de saúde pública, São Paulo v. 35, n. 3, 303-311, 2001.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. dos. Comportamento alimentar de mulheres portadoras de diabetes mellitus tipo 2. Revista de saúde pública, São Paulo, v. 40, n. 2, 310-317, 2006.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Revista de saúde pública, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.; VIEIRA, M. A.; ARRUDA, A. L. G. Produção bibliográfica sobre adesão/ não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Revista ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2299-2306, 2008.

RESSEL, L. B. Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural. 334 f. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. Revista brasileira de medicina do esporte, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 244-254, 2002.

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H. M.; NOZAWA, M. R. O controle do diabetes *mellitus* em usuários de unidade básica de saúde, Campinas, SP. Revista ciência, cuidado e saúde, Maringá, v. 5, n. 1, 2006.

SANDOVAL, R. de C. B. Grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus e familiares: percepção acerca das complicações crônicas e conseqüências sociais crônicas. 2003. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 1, p. 29-36, 2003.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J.; CARDOSO, M. A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo II: uma revisão sistemática. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 7-18, 2006.

SARTORELLI, D. S.; SCIARRA, E. C.; FRANCO, L. J.; CARDOSO, M. A. Beneficial effects of short-term nutritional counseling at the primary health care level among Brazilian overweight adults. Public health nutrition, Londres, v. 8, n. 7, p. 820-825, 2005.

SAVASTANO, H. Abordagem do binômio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema. Revista de saúde pública, São Paulo, n. 14, p. 137-142, 1980.

SCHOLZE, A. da S.; SILVA, Y. F. Riscos potenciais à saúde em itinerários de cura e cuidado. Cogitare enfermagem, Curitiba, v. 10, n. 2, p. 9-16, 2005.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface: comunicação, saúde e educação, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVA, C. A. da; LIMA, W. C. de. Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do diabetes mellitus tipo 2 a curto prazo. Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia, São Paulo, v. 46, n. 5, 2002.

SILVA, D. G. V. da; SOUZA, S. da S. de; FRANCIONI, F. F. et al. Pessoas com diabetes mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. Revista brasileira de enfermagem, v. 59, n. 3, p. 297-302, 2006.

SILVA, K. L. da; CECHINEL FILHO, V. Plantas do gênero *Bauhinia*: composição química e potencial farmacológico. Revista química nova, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 449-454, 2002.

SILVA JR., J. B. da et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. Epidemiologia & saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 289-311.

SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, N. da C. Significados do tratamento nutricional por pacientes diabéticos na Santa Casa de Misericórdia do município de Serrinha, BA. 2008. 114 f. Dissertação (Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde)-Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. Revista texto e contexto enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, E. F. A. A. de; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. História, ciências, saúde, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.393-405, 2009.

SOUZA, J. M. B. de; CASTRO, M. M. de; MAIA, E. M. C. et al. Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. Revista brasileira de terapias cognitivas, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 2005.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 426-435, 2005.

TEIXEIRA, C. R. de S.; ZANETTI, M. L. O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. Revista brasileira de enfermagem, Brasília, v. 59, n. 6, p. 812-817, 2006.

TESSER, C. D. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. Revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 465-484, 2007.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Revista ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 9, p. 885-895, 2004.

VANCEA, D. M. M. et al. Effect of frequency of physical exercise on glycemic control and body composition in type 2 diabetic patients. Arquivos brasileiros de cardiologia, Rio de Janeiro, v. 92, n. 1, p. 22-28, 2009.

VASCONCELOS, E. M. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. 50, p. 100-106, 1996.

WOORTMANN, K. Hábitos e ideologias alimentares em grupos sociais de baixa renda: relatório final. Brasília, DF, 1978. Série Antropologia, 20

ZIMMET, P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough? Diabetes and metabolism, Paris, v. 29, n. 2, p. 9-18, 2003.

APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“O itinerário terapêutico alimentar popular como estratégia de adesão ao tratamento de pacientes diabéticos em unidades de atenção primária à saúde de Araguari-MG”**. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, o que não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o serviço municipal de saúde. Os objetivos deste estudo serão descrever o itinerário terapêutico alimentar de diabéticos atendidos em unidades de atenção primária à saúde, analisar as categorias biológicas, simbólicas e culturais relacionadas à terapêutica alimentar e nutricional, descrever a maneira pela qual os diabéticos articulam as práticas alimentares baseadas nas terapias tradicional e convencional e propor recomendações para o tratamento do diabetes na atenção primária à saúde. Sua contribuição nesta pesquisa consistirá em participar de entrevistas que serão gravadas e depois escritas por completo. Esta pesquisa poderá trazer benefícios para que as unidades de saúde melhorem a atenção ao tratamento do diabético e não traz qualquer malefício aos participantes. Os dados, como o seu nome e em qual unidade de saúde você é atendido(a), não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo que consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.
DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL: Maria Fernanda da Cunha Rezende
Secretaria Municipal de Saúde – Rua. Coronel Lindolfo França, 310
Telefones: (34) 3690-3168 / (34) 3690-3005
Email: mfcrezende@yahoo.com.br

Nome do participante _____

Endereço _____

Telefone _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Araguari, ____ de _____ de 2009

Assinatura do participante

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



Título do Projeto: O itinerário terapêutico alimentar popular como estratégia de adesão ao tratamento de pacientes diabéticos em unidades de atenção primária à saúde de Araguari – MG.

Pesquisador responsável: Maria Fernanda da Cunha Rezende

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 15/05/09

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 18/09


Registro no CAAE: 2360.0.000.095-09

PARECER Nº 28/2009

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 02 de julho de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 02 de julho de 2009.

Giselle Campozano Souza

 Giselle Campozano Souza
 Farmacêutica
 Coordenadora
 Mat. SIAPE 0463378
 CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 02/07/2010.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
 Recife - PE - Brasil
 comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

