



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SIMONE CRISTINA BAGGIO

VIVENDO E CONVIVENDO COM O DIABETES *MELLITUS*

MARINGÁ

2010

SIMONE CRISTINA BAGGIO

VIVENDO E CONVIVENDO COM O DIABETES *MELLITUS*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: O Cuidado à Saúde nos Diferentes Ciclos de Vida.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sonia Silva Marcon

MARINGÁ

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B144v Baggio, Simone Cristina
Vivendo e convivendo com a diabetes millitus / Simone
Cristina Baggio. -- Maringá, 2011.
124 f
Orientador: Prof^a. Dr^a. Sonia Maria Marcon.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 2011

1. Diabetes milltus. 2. Educação em saúde. 3. Apoio
familiar. I. Sonia Maria Marcon. II. Universidade Estadual
de Maringá. III. Título.

CDD 21.ed.616.462

SIMONE CRISTINA BAGGIO

VIVENDO E CONVIVENDO COM O DIABETES *MELLITUS*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: O Cuidado à Saúde nos Diferentes Ciclos de Vida.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Sonia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª. Dr^ª. Catarina Aparecida Sales
Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª. Dr^ª. Helena Hemiko Iwamoto
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico este trabalho

Aos meus queridos e amados pais pelo amor, carinho, apoio e compreensão.

Ao meu filho, razão da minha vida.

Ao meu amor pelo companheirismo, compreensão, carinho, apoio e todo amor dedicado a mim, sua presença me fortalecia a cada instante dessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado sabedoria, força, dedicação e conhecimento para alcançar meus objetivos e vencer este desafio.

Aos meus pais, Adelino e Alaide, pelo amor, apoio e compreensão em todos os momentos dessa caminhada.

Ao meu filho, por todas as vezes que compreendeu dentro na sua ingenuidade a minha ausência.

Ao meu Amor, Leonidas, pelo amor, carinho, apoio, incentivo, paciência, companheirismo, ajuda e compreensão... muita compreensão...

À minha orientadora Dr^a. Sonia Silva Marcon pela sabedoria e orientação para a realização dessa pesquisa.

Às minhas irmãs Sueli e Sandra, que no seu silêncio sempre torceram por mim.

Às minhas amigas Simone Roecker e Tatiane Baratieri pelo acolhimento, coleguismo e apoio nesta jornada. Muito obrigada

Às minhas amigas Calíope Pilger e Larissa Gutierrez que vivenciaram comigo as alegrias e dificuldades desse processo.

A toda a turma de 2009 do mestrado, pelas alegrias e sofrimentos que juntos vivenciamos.

Ao Hospital Santa Casa, Hospital Regional e Hospital Unimed que colaboraram na realização da pesquisa, em especial Dr. Hércules Arrais, Dr. Rubens Costa Monteiro Filho, Francisca e Ione.

Aos sujeitos participantes dessa pesquisa, muito obrigada, vocês possibilitaram a sua realização.

À banca examinadora, pela disponibilidade em avaliar o meu trabalho.

E, finalmente, a todos que de alguma forma contribuíram nessa minha caminhada.

O mundo não é. O mundo está sendo. Como
subjetividade curiosa, inteligente, interferidora
na objetividade com que dialeticamente me
relaciono, meu papel no mundo não é só o de
quem constata o que ocorre, mas também o de
quem intervém como sujeito de ocorrência.
Não sou apenas objeto da História mas seu
sujeito igualmente.

(Paulo Freire)

BAGGIO, S. C. **Vivendo e convivendo com o diabetes *mellitus***. 2010. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMO

O diabetes *mellitus* é considerado um importante problema de saúde, devido ao número de pessoas afetadas, de incapacidades e mortalidade prematura, pelos custos decorrentes do seu controle, do tratamento e de suas complicações. O fato de seu tratamento exigir mudanças de hábitos e estilo de vida, uso contínuo de medicamentos, prática de atividade física programada, monitorização frequente da glicemia, consultas médicas faz com que seu controle seja incerto. Estudos realizados apontam que o cuidador, a família e os profissionais da saúde influenciam positivamente na manutenção da saúde e controle da doença, independente do período de ciclo de vida que estes se encontram. Diante do exposto, o objetivo do estudo foi conhecer a vivência e a dinâmica familiar do indivíduo com diabetes *mellitus* no município de Paranaíba-PR. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa realizado com oito indivíduos diabéticos e sete familiares residentes em Paranaíba-PR, com idade entre 18 e 71 anos e 27 a 73 anos respectivamente, internados duas vezes no ano de 2008 e 2009 com intervalo máximo entre as internações de 12 meses nos hospitais do município. Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2010 na residência dos mesmos, por meio de entrevista gravada, seguindo um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram transcritas e posteriormente submetidas à análise de conteúdo categorial (Bardin). Os resultados apontam que diabéticos e familiares demonstram carência de conhecimento do que é o diabete, mas apresentam conhecimento das conseqüências e das causas da doença. Evidenciou-se que os diabéticos consideram difícil manter a doença sob controle e que apesar da preocupação da família com a mudança de hábitos eles apresentam baixa adesão aos cuidados recomendados para o controle metabólico, principalmente em relação à alimentação. Os diabéticos e seus familiares adotam práticas domiciliares efetivas e corretas diante da hiperglicemia e hipoglicemia, e que imediatamente após a estabilização glicêmica, procuram atendimento na Unidade Básica de Saúde mais próxima do domicílio. Demonstraram satisfação quanto ao atendimento recebido na atenção primária e secundária e não foram capazes de identificar o profissional enfermeiro durante a assistência recebida. Conclui-se que há a necessidade de maior empenho e dedicação por parte das equipes de saúde, em especial

do enfermeiro, no tocante à sistematização da assistência destas pessoas, capacitando-as e desenvolvendo um cuidado mais focado nas necessidades desta população, transformando as ações em práticas diárias, contribuindo com a manutenção do bem estar, controle da doença, bem como com a redução e eliminação de efeitos nefastos do diabetes dentro da realidade de cada núcleo familiar.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*. Enfermagem. Apoio familiar. Conhecimento. Educação em Saúde.

BAGGIO, S. C. **Living and Coping with diabestes *mellitus***. 2010. 124 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing)–Maringá State University, Maringá, 2010.

ABSTRACT

Diabetes *mellitus* is considered a major health problem due to the number of affected people, disability and premature mortality, for the resulting from the cost of its control, treatment and its complications. The fact that the treatment requires changes in habits and lifestyle, the use of continuous medication, physical activity scheduled, frequent blood glucose monitoring, medical appointment, get the control uncertain. Studies show that caregivers, family and health professionals have a positive influence on health maintenance and disease control, regardless of the period of the life cycle they are. Towards the expose, the objective was to study the living and family dynamics of the individual with diabetes mellitus in Paranavaí-PR city. This is a qualitative study conducted with eight diabetic patients and seven relatives living in Paranavaí-PR, aged between 18 and 71 years and 27 to 73 years respectively. People hospitalized twice in 2008 and 2009 with a maximum interval among internments of 12 months in hospitals in the city. Data were collected from May to July 2010 in their residence, through recorded interviews following a semi structured script. The interviews were transcribed and then submitted to analysis of categorical content (Bardin). The results show that diabetic patients and relatives showed lack of knowledge of what diabetes is, but present knowledge of the consequences and causes of disease. It evidenced that diabetics find it hard to keep the disease under control and that despite the concern of the family with the change of habits they have low adherence to recommended care for metabolic control, especially in relation to food. Diabetics and their families adopt effective and domicile practices and right toward hyperglycemia and hypoglycemia, and that right after glycerin stabilization, they seek treatment in the Basic Health Unit closest to home. They showed satisfaction with the attendance received in primary and secondary care and were not able to identify the nurse during the healthcare received. It's concluded that there is a need for greater attempt and dedication on the part of health teams, in special nurses, regarding the systematization of these people's care, enabling them and developing a more focused care on the needs of this population, developing into actions in daily practice, contributing to the maintenance of

wellbeing, disease control, as well as the reduction and elimination of harmful effects of diabetes within the reality of each family.

Keywords: Diabetes *mellitus*. Nursing. Family support. Knowledge. Health Education.

BAGGIO, S. C. **Viviendo y Conviviendo con La Diabetes *Mellitus***. 2010. 124 f. Disertación (Maestría en Enfermería)–Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMEN

La Diabetes *Mellitus* es considerada un problema muy serio para La salud, debido al número de personas afectadas, de incapacidades y mortalidad prematura, por los gastos que originan su control de tratamiento y sus complicaciones. El hecho es que su tratamiento exige cambios de hábitos y estilo de vida, el uso constante de medicinas. Práctica de actividad física programada, control y supervisión frecuente de Glicemia. Consultas médicas hacen que su control sea incierto. Estudios realizados apuntan que el responsable por el cuidado del diabético la familia y los profesionales de la salud influyen positivamente en la conservación de la salud y el control de ésta enfermedad, independiente del período cíclico de vida que estos se encuentran frente a lo expuesto, el objetivo del estudio era conocer la experiencia, la dinámica familiar del individuo con Diabetes *Mellitus* en la ciudad de Paranaíba – Pr. Se trata de un estudio de abordaje cualitativo realizado con ocho individuos diabéticos y siete familiares residentes en Paranaíba-Pr, con edad entre 18 y 71 años y 27 a 73 años respectivamente. Internados dos veces al año desde el 2008 hasta el 2009 con intervalo máximo entre las internaciones de 12 meses en los hospitales del municipio o circunscripción. Los datos fueron recolectados en el período de Mayo a Julio de 2010 en la morada de estas personas por medio de entrevistas grabadas, siguiendo un rol semiestructurado. Las entrevistas fueron duplicadas y reproducidas y posteriormente sometidas a un análisis de contenido de categoría (Bardin). Los resultados señalan que los diabéticos y familiares demuestran falta de conocimientos de lo que es la diabetes, pero presentan conocimientos de las consecuencias y de las causas de ésta enfermedad. Probó que los diabéticos consideran difícil sostener la enfermedad bajo control y que a pesar de la preocupación de la familia con el cambio de hábitos ellos presentan una baja adhesión y aceptación a los cuidados recomendados para el control metabólico. Principalmente en relación a la alimentación, los diabéticos y sus familiares adoptan prácticas a domicilio efectivas y correctas frente a la hiperglicemia e hipoglicemia que inmediatamente después de la estabilización de glicemia, buscan atención en la unidad básica de salud más cerca del domicilio. Demostraron satisfacción referente al atendimento recibido en la primera y segunda vez y no fueron

capaces de identificar al enfermero profesional durante la ayuda recibida. Se concluye que existe necesidad de un empeño mejor y mayor dedicación por parte de los integrantes de la salva, en especial del enfermero a lo que se refiere al sistema de ayuda de éstas personas capacitándolas y desarrollando un cuidado mas centrado en las necesidades de éstas personas, transformándolas en acciones de las prácticas diarias, contribuyendo con la preservación de su bien estar, el control de la enfermedad, bien como la reducción y eliminación de los efectos nefastos de las diabetes dentro de la realidad de casa núcleo familiar.

Palavra clave: Diabetes *Mellitus*. Enfermedría apoyo familiar. Conocimiento. Educación en la salud.

APRESENTAÇÃO

Em 1996, ingressei na Faculdade Estadual de Educação, Ciências e Letras de Paranavaí como aluna de graduação do curso de Bacharelado em Enfermagem. Em dezembro de 2000, obtive a conclusão do curso de Enfermagem, com o trabalho intitulado “Avaliação da Saúde do Município de Guairaça-PR”. Destaco que, durante a graduação, atuei de 1998 a 2000 como estagiária remunerada no Hospital Santa Casa de Paranavaí-PR, na função de circulante de sala cirúrgica. A minha primeira aproximação com a docência foi logo após a graduação, mediante convite para ministrar aulas em cursos Técnicos (Auxiliar e Técnico de Enfermagem) e, concomitantemente, fui aprovada no processo seletivo para o cargo de enfermeira supervisora e gerente do Hospital São Lucas de Paranavaí-PR, hospital de pequeno porte e privado com 21 leitos, que atendia ao Sistema Único de Saúde, outros convênios e particular.

Em 2002, ingressei como professora colaboradora no Departamento de Enfermagem da Faculdade Estadual de Educação, Ciências e Letras de Paranavaí, permanecendo por quatro anos. Em 2005, fui convidada para atuar como docente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR, estando nesta função atualmente. A minha atuação na UNIPAR permitiu desenvolver Projetos de Ensino e Extensão, orientação e participação de bancas examinadoras dos Trabalhos de Conclusão de Curso, despertando o interesse por maior conhecimento na área de pesquisa em enfermagem, motivando a busca pelo mestrado.

Em minhas vivências nas equipes de assistência secundária à saúde e posteriormente como docente atuando em disciplinas teóricas e estágios supervisionados, nas quais trabalhava com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), juntamente aos pacientes clínicos, sempre me deparei com uma doença comum e de grande importância: o diabetes *mellitus*.

Este fato me levava a refletir quão desafiador é para os profissionais da saúde, atuar no controle do DM, na prevenção das suas complicações e na promoção da saúde do indivíduo diabético.

Em 2006 e 2008, cursei disciplinas como aluno não-regular do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR, na Área de Concentração: o cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida. Em 2009, iniciei o mestrado como aluno regular no mesmo programa. Durante o ano de 2009, os créditos mínimos exigidos foram rigorosamente cumpridos, totalizando 42 créditos. Em paralelo participei do

Projeto de Extensão intitulado “Bebê de risco”, sob coordenação da Profa. Sonia Silva Marcon.

Em outubro de 2009, após a aprovação do meu Exame de Qualificação, a originalidade e relevância do projeto de pesquisa foram evidenciadas pela banca examinadora, definindo assim a contribuição na linha de pesquisa inserida “O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida”.

Assim, a construção e o desenvolvimento do projeto de pesquisa foram realizados por meio de referências teóricas, em vista do reconhecimento da complexidade que é viver e conviver com o diabetes *mellitus*, tornando o doente e a sua família capacitados para o desenvolvimento seguro de comportamentos de autocuidado, com adaptação a um novo estilo de vida saudável e uma melhor qualidade de vida.

A possibilidade teórica de refletir sobre a temática exposta constitui no ponto de partida para enfrentar a árdua e prazerosa elaboração da dissertação de mestrado, ora tendo os resultados apresentados em três artigos científicos. Cada um dos artigos é o resultado dos objetivos específicos propostos no projeto de dissertação.

Deste modo, o primeiro artigo intitulado: **O que os diabéticos e seus familiares sabem sobre a doença**, teve por objetivos: investigar o conhecimento das pessoas com diabetes e de seu familiar a respeito da doença e descrever a percepção dos mesmos referente à necessidade de procurar serviço de saúde.

O segundo artigo intitulado: **Os cuidados cotidianos para o controle do Diabetes mellitus**, objetivou: conhecer os cuidados adotados pelo indivíduo com diabetes e familiar para o controle dos níveis glicêmicos.

O terceiro artigo intitulado: **A busca do atendimento em saúde por indivíduo com diabetes tipo I**, respondeu aos seguintes objetivos: identificar os recursos de saúde utilizados por indivíduos diabéticos e familiares diante do descontrole glicêmico e conhecer a percepção dos mesmos sobre o atendimento recebido.

Destaca-se que a dissertação está estruturada com introdução, justificativa, revisão de literatura, objetivos, percurso metodológico, considerações finais e referências comuns a todo o estudo.

Os artigos serão submetidos a três periódicos distintos, podendo ser eles:

- Artigo 1: Revista Eletrônica de Enfermagem;
- Artigo 2: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem;
- Artigo 3: Texto & Contexto Enfermagem.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| AAS: | Ácido Acetilsalicílico |
| ACS: | Agente Comunitário da Saúde |
| AMUNPAR: | Associação dos Municípios do Noroeste do Paraná |
| APAE: | Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais |
| AVC: | Acidente Vascular Cerebral |
| CID: | Código Internacional de Doenças |
| DCNT: | Doença crônica não-transmissível |
| DM: | Diabetes <i>mellitus</i> |
| DM1: | Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1 |
| DM2: | Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 |
| E10: | Não insulino-dependente |
| E11: | Insulino dependente |
| ESF: | Estratégia Saúde da Família |
| HÁ: | Hipertensão Arterial |
| HAS: | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| ICC: | Insuficiência Cardíaca Congestiva |
| IRC: | Insuficiência Renal Crônica |
| IDH: | Índice de Desenvolvimento Humano |
| NPH: | Neutral Protamine Hagedom |
| PSF: | Programa Saúde da Família |
| RGE: | Refluxo gastroesofágico |
| SAE: | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SUS: | Sistema Único de Saúde |
| TCLE: | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TB: | Tuberculose |
| UBS: | Unidade Básica de Saúde |
| UI: | Unidade Internacional |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|-----|
| 1 | JUSTIFICATIVA | 16 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| 2.1 | O diabetes <i>Mellitus</i> no cenário das doenças crônicas | 18 |
| 2.2 | Relação do indivíduo diabético com a família: competência para o autocuidado | 24 |
| 2.3 | Serviços e profissionais de saúde | 29 |
| 3 | OBJETIVOS | 33 |
| 3.1 | Geral | 33 |
| 3.2 | Específicos | 33 |
| 4 | PERCURSO METODOLÓGICO | 34 |
| 4.1 | Delineamento do estudo | 34 |
| 4.2 | A escolha do tema | 37 |
| 4.3 | Caracterização do cenário em estudo | 38 |
| 4.4 | População do estudo | 39 |
| 4.5 | Coleta de dados | 40 |
| 4.5.1 | Abordagem dos participantes | 40 |
| 4.5.2 | A entrevista como estratégia para a coleta de dados | 41 |
| 4.6 | Análise dos dados | 45 |
| 4.7 | Aspectos éticos | 49 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 50 |
| 5.1 | Descrição dos participantes do estudo | 50 |
| 5.2 | Artigo 1: O que os diabéticos e seus familiares sabem sobre a doença | 55 |
| 5.3 | Artigo 2: Os cuidados cotidianos para o controle do diabetes <i>mellitus</i> | 67 |
| 5.4 | Artigo 3: A busca do atendimento em saúde por indivíduo com diabetes tipo I | 86 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 100 |
| | REFERÊNCIAS | 105 |
| | APÊNDICES | 115 |
| | ANEXOS | 121 |

1 JUSTIFICATIVA

As condições crônicas representam problemas de saúde que persistem em longo prazo, demandando, portanto, acompanhamento contínuo e permanente. Atualmente o diabetes *mellitus* é considerado como uma das principais condições crônicas que comprometem o homem moderno, em decorrência da sua alta prevalência e incidência mundial.

O tratamento da pessoa com DM objetiva obter níveis normais de glicemia, baseando-se em cinco pilares fundamentais: mudança dos hábitos alimentares, a prática da atividade física, o tratamento medicamentoso, o monitoramento glicêmico e a educação (GROSS; JORGE; SILVEIRO; CAMARGO; REICHELDT; AZEVEDO, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

A educação em saúde como suporte para o tratamento de pessoas com diabetes *mellitus* é um dos principais objetivos com a finalidade de avaliar os sintomas clássicos e protelar as complicações crônicas oriundas da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Desta forma, torna-se fundamental que as pessoas com DM adquiram conhecimento sobre a doença e sobre os cuidados necessários, desenvolvendo atividades de autocuidado com a doença e tendo autonomia para as decisões cotidianas.

Portanto, o interesse de estudar o indivíduo diabético e a sua família teve o despertar nas inquietações geradas durante a minha atuação como docente, supervisionando os estágios curriculares da Disciplina de Semiologia II, tendo como principal atividade a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Durante o desenvolvimento das etapas da SAE em conjunto com os discentes percebeu-se que as pessoas com diabetes se internavam principalmente pelo descontrole metabólico, mas também por complicações em decorrência do DM como: gangrenas, insuficiência renal crônica, úlceras de pés infectadas, osteomielite secundária às lesões plantares do pé diabético e, dentre elas, um número considerável de amputações de partes de membros por comprometimento vascular, especialmente em idosos.

Neste contexto, a proposta desse estudo foi buscar o conhecimento que essas pessoas tinham sobre o DM, quais cuidados cotidianos eram praticados para o controle da doença, a participação da família nesses cuidados, que serviços de saúde buscavam em decorrência de uma complicação e por qual profissional de saúde eram atendidos. Outro aspecto merecedor de destaque é o fato do município em estudo ser referência no atendimento à saúde para 29 municípios da região noroeste, compondo a 14ª. Regional de Saúde do Estado do Paraná e por ser palco de poucas pesquisas na área e mais especificamente na área da enfermagem.

Além de que, o diabetes é uma doença em ascensão mundial e uma das principais condições crônicas que mais acomete o homem moderno, estando entre as três doenças de maior importância para a saúde pública da América Latina (INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION, 2002).

Nessa perspectiva, o presente estudo busca contribuir com elementos teóricos a fim de identificar as necessidades dos indivíduos diabéticos e da sua família para o manejo do diabetes, contribuindo com a educação em saúde por meio da capacitação e atualização dos seus conhecimentos e, possivelmente, facilitando o desenvolvimento do cuidado cotidiano da doença, permitindo uma vida mais segura e com qualidade.

Em termos sociais, o estudo poderá contribuir para o re-pensar das ações em saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no âmbito da atenção primária e secundária, e as dificuldades enfrentadas, sendo possível esclarecer as suas causas e buscar formas de solucioná-las, visando à melhoria da qualidade dos serviços de atenção primária e secundária oferecidos à comunidade.

Em termos profissionais, espera-se contribuir para a geração do conhecimento sobre o Diabetes *mellitus* por meio do ensino e da pesquisa, visando ao aprimoramento e a expansão do conhecimento profissional, assim como o despertar para a necessidade de capacitação e atualização do Enfermeiro.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Apresenta-se, a seguir, uma revisão de literatura sobre os assuntos abordados nesse estudo, interrelacionando-os para configurar um campo de conhecimento que embase a metodologia, resultados e associações provenientes desta pesquisa.

Nesta subdivisão, serão discutidos os temas: Doenças Crônicas e Diabetes *mellitus*, o envolvimento da família no processo de cuidado e o atendimento prestado pelos serviços e profissionais de saúde por meio da apresentação de estudos publicados.

2.1 O diabetes *Mellitus* no cenário das doenças crônicas

O DM é conhecido desde a antiguidade, datando já da época dos egípcios (1500 a.C.), que a descreveram como associada com a produção excessiva de urina. Esta condição passou a ser considerada como doença por Celsus (30 a 50 d.C.) e somente dois séculos após, foi denominada como diabetes por Aretaeus da Capadócia (COSTA; ALMEIDA NETO, 1994).

Nota-se com a evolução dos tempos que a industrialização e a urbanização são características marcantes dos séculos XX e XXI, que resultaram em evolução tecnológica e em transformações nos hábitos e no estilo de vida das pessoas, causando impacto na vida e na mortalidade da maioria da população.

O aumento da longevidade, buscado desde civilizações mais antigas, é um reflexo destes avanços e tem seus resultados demonstrados no aumento da expectativa de vida (MARCON; WAIDMANN; CARREIRA; DECESARO, 2004), tendo como consequência o crescimento da população idosa.

Desta forma, o envelhecimento da população, a crescente urbanização e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como, dieta inadequada, obesidade, sedentarismo, passam a ser os grandes contribuintes para o aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as quais são encontradas mais frequentemente na população acima dos sessenta anos de idade (COSTA; LINDOLPHO; SÁ; ERBAS; MARQUES; PUPPIN; DELATORRE, 2004).

Atualmente as DCNTs representam 43% da carga total de doenças e a probabilidade é que sejam responsáveis por 60% das doenças e 73% das mortes mundialmente até 2020. Esse

aumento irá refletir em epidemias não-transmissíveis nos países em desenvolvimento conseqüente da transição epidemiológica, das mudanças recentes na dieta e ambiente social, bem como da adoção de estilos de vida semelhantes aos das sociedades desenvolvidas (SARRAFZADEGAN; KELISHADI; ESMAILZADEH; MOHAMMADIFARD; RABIEI; ROOHAFZA; AZADBAKHT; BAHONAR; SADRI; AMANI; HEIDARI; MALEKAFZALI, 2009).

As DCNT incluem a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus*, o câncer, a obesidade, as doenças respiratórias e cardiovasculares e representam as principais causas de morte em todo o mundo, concebendo 60% das mortes. Estas doenças constituem causa não valorizada da pobreza e inibem o desenvolvimento econômico de muitos países, sendo que 80% das mortes por doenças crônicas acontecem nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003; DAAR; SINGER; PERSAD; PRAMMING; MATTHEWS; BEAGLEHOLE; BERNSTEIN; BORYSIEWICZ; COLAGIURI; GANGULY; GLASS; FINEGGOD; KOPLAN; NABEL; SARNA; SARRAFZADEGAN; SMITH; YACH; BELL, 2007).

Diante do exposto, o desenvolvimento do comportamento de algumas doenças, ao longo do tempo, afeta e também é afetada pelo processo de ampliação das diversas sociedades. Contudo, fatores epidemiológicos, demográficos e mudanças dos hábitos alimentares associados interferem no padrão de morbimortalidade, necessitando-se, portanto, serem estudados conjuntamente às formas de desenvolvimento econômico e social dos diferentes países (SANTOS, 2008).

Considerando a ascensão das doenças crônicas nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento e o impacto acirrado por elas, evidencia-se o comprometimento da qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, custos elevados devido às complicações crônicas advindas da doença, além de conseqüências econômicas e sociais, promovendo um desafio à eficiência dos sistemas de saúde (ZIMMET; ALBERTI; SHAW, 2001; AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS, 2002; DUCAN; PERRI; THERIAQUE; HUTSON; ECKEL; STACPOOLE, 2003; MOKDAD; MARKS; STROUP; GERBERDING, 2004; JACOBS-VAN DER BRUGGEN; BOS; BEMELMANS; HOOGENVEEN; VIJGEN; BAAN, 2007; CISSE; MUCKE, 2009; SHADAN, 2009).

Nos países da América Latina, tem ocorrido uma profunda mudança no perfil epidemiológico, onde os índices das doenças infecciosas e parasitárias sofreram diminuição considerável, porém ainda insuficiente, sendo acompanhada pelo rápido incremento das doenças crônicas (TEIXEIRA, 2004).

A saúde pública na América Latina e Caribe tem nomeado como as DCNTs de maior importância as cardiovasculares, câncer e diabetes *mellitus* (INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION, 2002).

No contingente das DCNTs, o DM é sinalizado pela International Diabetes Federation como um fardo econômico, social e pessoal para as instituições e famílias. O grande impacto econômico fica transparente nos serviços de saúde, visto os crescentes custos do tratamento da doença, e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, diálise pela insuficiência renal crônica e as amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006b).

O DM é denominado um problema de saúde que ocorre com extenso período de observação, cuidado e supervisão, hospitalizações longas, supervisão médica e reabilitação ou ainda, sequelas permanentes ou de longa duração (LUBKIN; LARSEN, 2006).

Ainda é considerado um importante problema de saúde, por sua alta prevalência na população, tanto em termos de número de pessoas afetadas, de incapacidades e mortalidade prematura quanto pelos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. O tratamento objetiva não somente manter o controle metabólico, mas também o controle dos fatores de risco que concorrem para a morbimortalidade da doença (ALMEIDA; VIEIRA NETO, 2004).

Nessa direção, o DM vem tornando-se uma importante calamidade em saúde no mundo, e a sua epidemia poderá reprimir os recursos de saúde disponíveis na atualidade (INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION, 2006; TOLMAN; FONSECA; DALPIAZ; TAN, 2007).

Neste contexto, o DM é definido como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta da insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer efetivamente seus efeitos, que se caracteriza por hiperglicemia crônica com distúrbios no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (BRASIL, 2006a; DELLAMANNA, 2007).

Os sinais e sintomas do DM incluem poliúria, nictúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento rápido, fraqueza, astenia, letargia, prurido vulvar ou balanopostite, diminuição brusca da acuidade visual, achados de glicemia ou glicosúria em exames de rotina, porém como não se trata de uma doença com estigmas visíveis, nem que se dá a identificar por meio de dor ou outro sinal alarmante, ela é muitas vezes deixada de ser diagnosticada, contribuindo com o mau controle da doença, levando o paciente a sérias complicações (BRASIL, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Já, os sinais e sintomas relacionados a complicações são proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, falência

do coração e vasos sanguíneos, impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição (BRASIL, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Em 2006, constatou-se que o número de diabéticos em todo o mundo era de 246 milhões, sendo que 46% de todos os indivíduos afetados encontravam-se na faixa etária dos 40 a 59 anos. Vale destacar que sete dos dez países com maior prevalência de DM são países em desenvolvimento. Estima-se que o número total de pessoas com diabetes previsto para 2026 é de 380 milhões, caso nenhuma medida seja tomada (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006).

Calcula-se ainda que 7% da população diabética dos Estados Unidos apresenta o diagnóstico de diabetes tipo 1 e 90 a 95% do tipo 2 (INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION, 2006; TOLMAN; FONSECA; DALPIAZ; TAN, 2007). No Brasil, o DM tipo 1 representa 5% a 10% dos casos e está relacionado à deficiência de insulina e 90% a 95% do tipo 2, sendo caracterizado pelo defeitos na ação e na secreção da insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005).

Na América Latina estima-se que exista de 15 a 20 milhões de diabéticos e previsões estatísticas indicam o aumento progressivo da doença, que se encontra relacionado aos fatores de modernização, maior taxa de urbanização, a industrialização, aos hábitos alimentares inadequados, a inatividade física, a obesidade, o estresse, o aumento da expectativa de vida e a maior sobrevivência da pessoa com DM (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; SAYAGO, 2004; BRASIL, 2006a).

No Brasil, são cerca de seis milhões de diabéticos e esse número chega a 10 milhões em 2010, atingindo 11% da população igual ou superior a 40 anos de idade, ou seja, a doença acomete uma faixa etária de adultos jovens, contribuindo precocemente com a deterioração orgânica resultando em comprometimento da qualidade de vida dos doentes (SAYAGO, 2004; BRASIL, 2006a).

Dentre as capitais brasileiras, nove apresentam 7,6% da população composta por diabéticos, também assinalam que metade das pessoas diabéticas não tem conhecimento da condição, e praticamente um quinto dos que têm conhecimento, não recebem qualquer tratamento (GONÇALVES; MENEZES, 2004).

A característica da doença associada ao, seu rápido crescimento e o acometimento de pessoas em plena vida produtiva, influencia negativamente no desenvolvimento sócio-econômico resultando em maior gasto para a previdência social, contribuindo para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e exclusão social (BRASIL, 2006a).

Podemos considerar que as consequências humanas, sociais e econômicas do DM são devastadoras, anualmente são quatro milhões de mortes por DM e suas complicações representam 9% da mortalidade mundial total e, muitas vezes, ocorrem prematuramente. Os indivíduos passam a ter uma expectativa de vida diminuída em média 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2 (BRASIL, 2006a).

Além do que, o estado diabético predispõe o aparecimento de outras doenças e o agravamento das já existentes, resultando em aumento do risco para mortalidade cardiovascular, doença coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, doença cerebrovascular e doença vascular periférica, culminando em hospitalização, provocando invalidez temporária ou permanente (BRASIL, 2006a).

Adultos diabéticos têm risco duas a quatro vezes maiores de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral, é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumáticas, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna (BRASIL, 2006a).

Juntamente com a hipertensão arterial, o DM é responsável, a longo tempo, pela primeira causa de mortalidade e de hospitalização, aproximadamente 15% das internações estão relacionadas ao DM (BRASIL, 2006a); FABIO, 2003).

As complicações crônicas do DM são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos. As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte (52%) em pacientes diabéticos do tipo 2 e 62,1% dos pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise tem como diagnóstico primário o DM (BRASIL, 2006a).

As pesquisas de saúde no Brasil mostram que a amputação em pessoas com diabetes *mellitus* aumentou de 67.000 para 86.000 nos últimos anos e, nos Estados Unidos, o DM é responsável por 56.000 a 83.000 de um total estimado de 125.000 amputações de membros inferiores não traumáticas realizadas anualmente (HESS, 2002; SILVA; SIQUEIRA, 2004).

A classificação do DM é baseada em sua etiologia e inclui quatro classes: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005). Independente da sua etiologia, esta doença tem como característica principal comum o aumento de glicose no sangue, decorrente, na maioria das vezes, de baixa produção ou produção alterada de insulina pelo pâncreas. Ela acomete indivíduos das mais variadas faixas etárias, independentemente da cor, sexo ou condições socioeconômicas e os dois tipos considerados os mais freqüentes é o tipo 1 e o tipo 2, sendo o tipo 2 mais prevalente na população adulta e idosa (SMELTZER; BARE, 2005).

O DM do tipo 1 é caracterizado pela destruição das células beta pancreáticas. Acredita-se que uma combinação de fatores imunológicos, genéticos e possivelmente ambientais, como, por exemplo, vírus ou toxinas combinados contribuam para a destruição das células beta (SMELTZER; BARE, 2005).

Existe evidência de uma resposta autoimune no diabetes do tipo 1, que caracteriza uma resposta anormal, na qual os anticorpos são direcionados contra tecidos normais do organismo, respondendo a esses tecidos como se eles fossem estranhos (SMELTZER; BARE, 2005).

No diabetes do tipo 2, há dois principais problemas ligados à insulina, que são a resistência à insulina e o comprometimento da sua secreção. A resistência à insulina consiste na sensibilidade diminuída dos tecidos a esse hormônio. Normalmente, a insulina liga-se a receptores especiais nas superfícies celulares e inicia uma série de reações envolvidas no metabolismo da glicose. No diabetes do tipo 2, ocorre uma diminuição dessas reações intracelulares, tornando assim a insulina menos efetiva na estimulação da captação da glicose pelos tecidos. Os mecanismos exatos que levam à resistência à insulina e à secreção comprometida de insulina no Diabetes do tipo 2 são desconhecidos, embora se acredite que os fatores genéticos desempenham uma função importante (SMELTZER; BARE, 2005).

O DM1 não é a condição mais incidente na população mundial, por outro lado, é uma das doenças mais prevalentes na infância e adolescência. Sua incidência apresenta algumas particularidades geográficas, apresentando taxas em menores de 15 anos de 38,4 na Finlândia, 7,6 no Brasil e 0,5 na Coreia por 100.000 habitantes respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005). No Brasil, são poucos os estudos que avaliaram a incidência do DM1. Em Londrina, a taxa encontrada foi de 12,7/100.000, enquanto que em quatro cidades do estado de São Paulo a incidência de DM1, em jovens com menos de 15 anos de idade, foi de 7,6/100.000 (SILVEIRA; MENEZES; POST; MACHADO, 2002).

Contudo, apesar da baixa incidência, esse tipo de diabetes tem impacto social relevante, pois acomete pessoas jovens, expondo-os ao longo do tempo à hiperglicemia e, desta forma, antecipam o desenvolvimento de complicações crônicas (NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2008).

O DM tipo 1 é predominante entre as crianças e habitualmente se manifesta até os primeiros vinte anos de vida (BAHÍLLO; HERMOSO; OCHOA; GARCÍA-FERNÁNDEZ; RODRIGO; MARÚGAN, 2007), sendo geralmente diagnosticado entre as idades de 5 e 6 anos e 11 a 13 anos (SANTOS; ZANETTI; OTERO; SANTOS, 2005). O pico de incidência da doença ocorre entre 11 e 12 anos de idade (SESTERHEIM; SAITOVITCH; STAUB,

2007). Atualmente, nota-se um aumento na ocorrência de DM2 na infância e na adolescência, porém o predomínio nesta faixa etária ainda é do DM1 (MULVANEY; SCHLIENDT; MUDASIRU; FLEMING; WOUDE; RUSSEL, 2006).

A incidência de DM1, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) variou de 0,1 por 100.000 habitantes/ano na China e na Venezuela e de 40,9 por 100.000 habitantes/ano na Finlândia, com uma média anual de aumento na incidência de 2,8%. Entre os anos de 1990 a 1994, o aumento foi de 2,4% e durante o período de 1995 a 1999 foi de 3,4%. Observou-se também uma menor incidência de DM1 com o aumento da idade: 4% no grupo de 0 a 4 anos de idade, 3% no grupo de 5 a 9 anos e 2,1% no grupo de 10 a 14 anos. Os resultados apontam que o diagnóstico pode ser realizado cada vez mais precocemente, podendo estar relacionado às mudanças ambientais com maior exposição a doenças virais e/ou aumento da prevalência de sobrepeso da população (DANEMAN, 2006).

Diante disso, para o tratamento do DM aconselha-se o controle da glicemia, da obesidade e da hipertensão, a manutenção de uma alimentação saudável associada a prática de atividade física e a abolição do tabagismo com vista à prevenção das complicações crônicas incididas da doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009).

Neste sentido, as orientações do tratamento devem sempre visar às necessidades individuais de cada indivíduo. Circunstâncias individuais também devem ser consideradas, tais como comorbidades, doenças coexistentes e, acima de tudo, os valores e preferências das pessoas com diabetes mellitus, podendo conduzir a diferentes metas e estratégias no tratamento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009).

2.2 A pessoa com diabetes e a sua família: competência para o autocuidado

Indiscutivelmente o maior custo do DM recai sobre o doente, sua família, amigos e comunidade, pois gera impacto considerável na redução da qualidade de vida além de ônus econômico que atinge toda a família e da mesma forma a dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida não só para o doente, mas também para a sua família (BRASIL, 2006a).

Neste contexto, a família tem uma importante participação no tratamento do indivíduo diabético, pois o DM geralmente está associado com uma natureza multifatorial que deve ser

cautelosamente observada e acompanhada pelos familiares, a fim de orientar e re-planejar os hábitos de vida.

Os hábitos de vida são influenciados pela concepção que os indivíduos têm de saúde-doença, do contexto sociocultural, valores e experiências compartilhados com outras pessoas, desta maneira, modificar hábitos torna-se uma tarefa árdua, porém extremamente necessária para o controle metabólico (CAMPOS-NAVARRO; TORREZ; ARGANIS-JUAREZ, 2002).

O controle metabólico desejado pode ser alcançado mediante estratégias que contemplam a educação em diabetes, motivação pessoal, força de vontade, controle domiciliar da glicemia, apoio social e familiar e equilíbrio emocional. Todas essas medidas em combinação com a medicação adequada, dieta e atividade física programada (BRASIL, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Além disso, as estratégias devem abranger aspectos emocionais e sociais, isto é, o sistema de valores e crenças que orientam as atitudes e ações dessas pessoas e da sua família em relação à própria saúde (SANTOS; ZANETTI; OTERO; SANTOS, 2005).

Diante disso, o controle do DM está intimamente ligado a mudanças de hábitos de vida e para que isso ocorra o envolvimento da família é extremamente fundamental. Quando as mudanças ocorrem e incluem, alimentação (maior consumo de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas), atividade física regular, abandono do tabagismo e alcoolismo, controle do emocional, uso recomendado e sistemático de medicações, observa-se um maior controle da doença e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2006 a).

Acredita-se que o acompanhamento dos casos e as ações de caráter preventivo e educativo constituem o centro da estratégia para a redução do agravo. Nesse sentido o envolvimento da família no tratamento é um fator contribuidor para adesão do doente às orientações (BONASSA; CAMPOS, 2001).

A terapêutica que consiste em intervenções no estilo de vida parece ser tão eficaz quanto o uso criterioso de medicações (GILLIES; ABRAMS; LAMBERT; COOPER; SUTTON; HSU; KHUNTI, 2007). Da mesma forma, os programas de saúde que intervêm no estilo de vida podem ajudar na redução da incidência do diabetes *mellitus* em até 58% em indivíduos com intolerância à glicose (SARRAFZADEGAN; KELISHADI; ESMAILLZADEH; MOHAMMADIFARD; RABIEI; ROOHAFZA; AZADBAKHT; BAHONAR; SADRI; AMANI; HEIDARI; MALEKAFZALI, 2009).

No processo de mudanças no estilo de vida, a família passa a ser o centro do cuidado, pois cada indivíduo diabético habita um determinado local no espaço o qual é compartilhado

com outras pessoas podendo, portanto, ter influências positivas ou negativas nos hábitos de vida e no cuidado com a doença por aqueles com quem convive (MOREIRA; CRUZ; VALSECCHI; MARCON, 2008).

Por outro lado, a situação de saúde/doença de um dos membros da família afeta diretamente a saúde familiar, alterando a dinâmica familiar, tornando-se necessário um redimensionamento dos papéis e o estresse permeia as relações interpessoais, gerando, inclusive, uma situação de crise na unidade familiar (ELSEN, 1984).

Diante de tal situação, faz-se necessário direcionar o cuidado para a família, pois, deve-se considerar o mundo de significados de cada uma e o seu desenvolvimento ao longo do processo de viver, conferindo às mesmas um caráter de especificidade (ELSEN, 1984).

Considerando as particularidades de cada família, a doença crônica pode causar mudanças não só na estrutura e funcionamento orgânico do doente, mas também pode alterar as condições e a qualidade de vida dos indivíduos e da família. Conviver com o diabetes foge da normalidade e esta nova realidade requer que tanto o diabético quanto os seus familiares aprendam a lidar com a doença (SILVA; SOUZA; MEIRELLES, 2004; SOUZA; LIMA, 2007).

Contudo, a família e o doente precisam ser conhecidos e reconhecidos por meio das suas histórias e experiências, tanto no que diz respeito à estrutura, conformações e significados diversos que a saúde e a doença têm para eles, mas também nos compromissos mútuos, na interação, desempenho de papéis, aspectos culturais e modos de vida (ZANETTI; MENDES; RIBEIRO, 2001).

Desta forma, a família participa dos cuidados do indivíduo diabético ajudando-o de diferentes maneiras, mas principalmente, mantendo-se junto, apoiando e participando nas tomadas de decisões sobre os cuidados e tratamentos na busca por uma vida com maior qualidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001).

É necessário compreender as experiências construídas ao longo da vida por essas pessoas no processo de viver com a doença, que conseqüentemente pode orientar o processo de escolha sobre os cuidados e os tratamentos que realizarão.

A família é considerada uma das mais importantes e significativas entidades sociais para a sociedade, pelo fato de cultivarem e transmitirem, valores e crenças que contribuem para a formação dos membros que a constituem. O núcleo familiar é a fonte primária de solução quando o indivíduo busca resolver algo que afeta o seu bem estar, constituindo assim um sistema de apoio relevante para o diabético, interferindo na motivação e capacidade dos

doentes enfrentarem a sua doença (SANTOS; ZANETTI; OTERO; SANTOS, 2005; MOREIRA; CRUZ; VALSECCHI; MARCON, 2008).

Sendo assim, a participação da família no processo educativo do indivíduo diabético contribui para o seguimento do tratamento, na medida em que serve como fonte de apoio emocional nos momentos em que o mesmo se sente impotente diante dos desafios advindos da doença (SANTOS; ZANETTI; OTERO; SANTOS, 2005).

É importante que a família tenha, a compreensão da natureza de qualquer alteração de saúde e as suas implicações sobre os seus membros, necessitando adquirir conhecimentos ou habilidades para manter a saúde, sendo respeitável a participação da família no processo saúde-doença (POTTER; PERRY, 2002).

A literatura aponta que a compreensão e a aceitação da doença crônica pela família é um fator positivo, pois coopera na adesão da mesma aos cuidados, e desta forma, lentamente ocorre a mudança em cada membro, afetando o comportamento do outro e, com isso, favorecendo a mudança de comportamento da pessoa com diabetes (ROSSI; PACE; HAYASHIDA, 2009).

O controle do DM é alcançado com a educação em saúde não só do doente, mas de toda a família, deixando explícito que esta deve estar envolvida no tratamento, tão logo tenha passado o primeiro impacto do diagnóstico (ANTONIA; ZANETTI, 2000; PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003).

Outro aspecto importante além do envolvimento da família no tratamento é o apoio que o doente tem de amigos. Diabéticos que recebem apoio adequado de amigos e familiares aderem melhor às orientações de autocuidado e da mesma forma a sua aceitação da doença (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

Portanto, quando há uma maior participação da família no tratamento da pessoa com diabetes isso pode facilitar a adaptação à doença e aos cuidados e, conseqüentemente, poderá prevenir e/ou retardar o início e/ou agravamento das complicações agudas e crônicas (ZIMMERMANN; WALKER, 2002; MOREIRA; CRUZ; VALSECCHI; MARCON, 2008). Assim como a união entre os membros da família e a afetividade encontra-se associados à adesão do diabético ao tratamento e ao controle glicêmico (ROSSI; PACE; HAYASHIDA, 2009).

Com relação ao estabelecimento do vínculo afetivo entre o indivíduo diabético e a sua família, uma das condições fundamentais é o conhecimento que diabéticos e familiares têm em relação aos seus sentimentos, conflitos e necessidades, proporcionando condições

conjuntas, em busca de estratégias direcionadas ao alcance do controle metabólico (SANTOS; ZANETTI; OTERO; SANTOS, 2005).

Todavia, o envolvimento dos familiares no controle glicêmico da pessoa com diabetes é uma importante fonte de suporte no controle da doença e na prevenção de complicações, sendo necessária a participação da família nos programas de educação em saúde (PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003).

Estudo desenvolvido com diabéticos de um Programa de Assistência ao Diabético, de uma cidade do interior mineiro, salienta que o diabético deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis, para o bom controle da doença. Neste sentido, o apoio da família permeado de conhecimento sobre a doença é essencial para a adaptação do doente com menos sofrimento às mudanças comportamentais necessárias (ROSSI; PACE; HAYASHIDA, 2009).

O cuidado e a família estão intrinsecamente relacionados. A família, ao longo de toda a sua história, diante das mais diversas situações, desempenha um papel de cuidado e proteção de seus membros, e por isto é entendida como uma unidade de saúde para seus membros. Contudo, a organização familiar influencia fortemente o comportamento de saúde de seus membros, e o estado de saúde de cada indivíduo também influencia o modo como a unidade familiar funciona. Assim, estudo com famílias de diabéticos realizado no município de Bandeirante-PR mostrou, por meio da opinião dos familiares, que o cuidado familiar é primordial para o bom controle do nível glicêmico, apresentando melhor adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (MOREIRA; CRUZ; VALSECCHI; MARCON, 2008).

Nessa perspectiva, o doente que é cuidado no seu próprio domicílio apresenta maior conforto e segurança, sendo um fator que reforça a importância de se trabalhar com a família para o cuidado ao indivíduo diabético (MOREIRA; CRUZ; VALSECCHI; MARCON, 2008).

Nesse contexto, pode-se afirmar que é no ambiente familiar que ocorre todo o processo de cuidado, no qual a família elege um cuidador principal que será responsável por tomar as iniciativas necessárias frente às situações de doença, supervisionando, avaliando, buscando ajuda, estando continuamente atento e disponível para cuidar (ELSEN, 1984).

No entanto, as decisões estão condicionadas ao contexto cultural, social e econômico do indivíduo e da sua família tanto quanto à interação com os profissionais das instituições de saúde (SANTOS; ZANETTI; OTERO; SANTOS, 2005; ALBARRAN; BALLESTEROS; MORALES; ORTEGA, 2006).

Desse modo, torna-se necessário desvelar não apenas o conhecimento, mas também as atitudes desempenhadas no âmbito familiar, que conduzem o diabético ao seu bem-estar na

vivência com a doença e com a sua família, por meio de ações voltadas para prevenção de agravos e promoção à saúde (MOREIRA; CRUZ; VALSECHI; MARCON, 2008).

Diante do exposto, o cuidado deve ser integral ao indivíduo diabético e a sua família, especialmente no sentido de ajudá-los nas mudanças comportamentais necessárias no seu modo de viver, que está diretamente arraigado nos costumes, crenças e valores. Com isso, ações de saúde direcionadas à dinâmica familiar da pessoa com diabetes podem ser um dos pilares no tratamento da doença, pois deve objetivar estimular o diabético a aprender a gerenciar sua vida em um processo que a confira melhor qualidade e a autonomia no manejo e autocuidado da doença.

2.3 Serviços e profissionais de saúde

A situação em que se encontram as condições crônicas é resultante do descompasso ainda existente entre o sistema de saúde e as necessidades das pessoas. O sistema de saúde está organizado em torno de um modelo de tratamento de casos agudos e episódios que não mais atende às necessidades de muitos pacientes, especialmente daqueles que apresentam condições crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Esse descompasso foi produzido com o decréscimo das doenças transmissíveis e o rápido envelhecimento da população e, conseqüentemente, a ascensão das condições crônicas. Diante disso, é preciso reconhecer que o tratamento das doenças crônicas requer um tipo diferente de sistema de saúde, ou seja, capaz de inovar seus recursos escassos ou praticamente inexistentes maximizando os resultados, redirecionando seus serviços para a assistência as condições crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Em relação ao atendimento das condições crônicas, o DM tem sido motivo de grande preocupação para os profissionais da saúde, devido os seus aspectos limitantes e as suas complicações ao longo do tempo, acarretando desgaste e sofrimento para a pessoa acometida e para a sua família, que é envolvida no processo de doença e sobrecarregada com o cuidado do familiar adoecido (MARCON; LOPES; FERNANDES; ANTUNES; WAIDMANN, 2006).

Diante disso, espera-se o reconhecimento de que as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) estão em ascensão e que os serviços de saúde sejam capazes de identificar a necessidade de reestruturação criativa para conseguir enfrentar o problema com

eficácia e eficiência. Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem implementando diversas estratégias de saúde para prevenir o diabetes e as suas complicações, por meio do cuidado integral às pessoas com a doença e a sua família.

Contudo, é necessário que as equipes de saúde tenham conhecimento do indivíduo diabético e da sua família em todos os seus aspectos e entendam que o descontrole metabólico pode estar relacionado com as crenças, valores, cultura e costumes que resultam na elaboração de respostas organizadas para a doença, refletindo a complexa interação entre grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um conhecimento específico que o doente crônico tem sobre a sua doença, tais fatores devem ser levados em consideração para o planejamento das ações aos indivíduos diabéticos (BRASIL, 2006a).

Desta forma, a educação em saúde é parte fundamental no tratamento e controle do DM e consiste em um processo contínuo de mudança de hábitos de vida que demanda tempo, espaço, planejamento, materiais didáticos, capacitação pedagógica e equipe multidisciplinar (MAIA; ARAÚJO, 2008). É de suma importância que a equipe de saúde acompanhe o indivíduo diabético e a sua família, pois a informação que foi transmitida a essas pessoas pode não ser suficiente para garantir a adoção do autocuidado (CYRINO; SCHRAIBER; TEIXEIRA, 2006).

Assim, a assistência atinge os seus objetivos quando for coordenada por uma equipe multidisciplinar focada em educação, nutrição, atividade física, administração de insulina, monitoração da terapêutica, prevenção das complicações crônicas, desenvolvendo na pessoa com diabetes e na sua família as competências necessárias para a obtenção de um controle glicêmico adequado, essencial para minimizar o risco das complicações crônicas e melhorar a qualidade de vida dos doentes (HOFFMAN, 2004).

Além disso, para o tratamento do diabetes é imprescindível o atrelamento do doente às unidades de saúde, de forma que tenham segurança do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados, assegurando o controle do DM e evitando complicações ou, ao menos, retardando a progressão das já existentes (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006). Além disso, o maior contato com o serviço de saúde contribui com a maior adesão ao tratamento (BRASIL, 2002).

A vinculação do doente ao serviço de saúde é observada quando se dispõe de profissionais atualizados e capacitados para atender integralmente a pessoa com diabetes. Nesse processo, a educação permanente em saúde contribuiu para melhorar a qualificação dos profissionais, dando-lhes condições para uniformizar e sistematizar uma assistência ao usuário com diabetes e a sua família em termos de integralidade, educação em saúde e

desenvolvimento de capacidades para o automanejo da doença (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental junto das pessoas com DM, pois apesar delas serem responsáveis pela sua saúde e, conseqüentemente, pela necessidade de seguir o tratamento imposto à sua condição, a terapêutica a ser seguida pode lhe parecer complexa. Com isso, faz-se necessária a atuação de profissionais capacitados para atender, orientar e esclarecer as pessoas com diabetes (SOUSA; PEIXOTO; MARTINS, 2008).

Nesse cenário de capacitação profissional e educação em saúde destaca-se o profissional enfermeiro que influencia positivamente a satisfação e a adesão da pessoa com diabetes no tratamento, bem como o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado. A consulta de enfermagem representa um momento fundamental para o desenvolvimento de uma relação terapêutica com empatia, de forma que o diabético e o enfermeiro possam traçar um plano de cuidados adaptado ao doente, facilitando a terapêutica e, conseqüentemente, ganhos em saúde. As consultas de enfermagem também caracterizam momentos propícios na identificação de dificuldade comportamentais de adesão, tão essenciais para que possam ser corrigidas (SOUSA; PEIXOTO; MARTINS, 2008).

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem ter uma postura ajustada ao doente e à doença, de maneira que alcancem uma comunicação efetiva com o doente e a sua família, identificando assim as necessidades das pessoas, as que são facilmente reconhecidas e as que estão mais interiorizadas sem, contudo, não negligenciarem o estado emocional do cliente, que alberga a experiência e as representações da doença, assim como o tratamento (SOUSA; PEIXOTO; MARTINS, 2008).

Nessa direção, acredita-se que ações de cuidado e educação em saúde com indivíduos diabéticos devem agregar componentes da família. Desse modo, o serviço e o profissional de saúde precisam desenvolver uma abordagem para o gerenciamento do DM baseada nos familiares, podendo ser considerada um acréscimo às estratégias de tratamentos convencionais (ZANETTI; BIAGG; SANTOS; PÉRES; TEIXEIRA, 2008).

Contudo, faz-se necessário que os profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro por estar na maioria das vezes à frente dos programas de saúde, estejam motivados a buscarem conhecimentos traçando ações comunitárias e individuais, gerenciando o cuidado nos diferentes níveis de complexidade e quando necessário prestar assistência paliativa para os já complicados, buscando o bem estar e a qualidade de vida do diabético e da família e desta forma, contribuindo para o desenvolvimento pleno das famílias e comunidades assistidas (BRASIL, 2006a); SOUSA; PEIXOTO; MARTINS, 2008).

No que concerne ao controle da doença à educação em saúde é uma das atribuições do profissional de saúde, quer seja no âmbito da atenção primária ou secundária que são caracterizadas por um conjunto de ações de saúde, tanto coletiva como individual, devendo abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde, por meio da sistematização da assistência de Enfermagem que é uma importante ferramenta para o cuidado, contribuindo com a promoção e a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral, individualizada, contínua e em parceria com o doente e a sua família, objetivando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas dentro da realidade de cada núcleo familiar.

Espera-se que os resultados obtidos por meio deste estudo possibilitem o re-pensar do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, na sua prática profissional apontando novos caminhos a serem traçados para a capacitação da pessoa com diabetes e a sua família no controle da doença.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- ✓ Conhecer a vivência e a dinâmica familiar da pessoa com diabetes *mellitus* no município de Paranaíba-PR.

3.2 Específicos

- ✓ Investigar o conhecimento das pessoas com diabetes e de seu familiar a respeito da doença;
- ✓ Descrever a percepção das pessoas com diabetes e de seu familiar referente à necessidade de procurar serviço de saúde;
- ✓ Conhecer os cuidados adotados pelo indivíduo com diabetes e familiar para o controle dos níveis glicêmicos;
- ✓ Identificar os recursos de saúde utilizados por indivíduos diabéticos e familiares diante do descontrole glicêmico;
- ✓ Conhecer a percepção dos indivíduos diabéticos e familiares sobre o atendimento recebido.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Entende-se por processos metodológicos as atividades necessárias para o arrolamento dos dados, os quais subsidiarão o desenvolvimento dos raciocínios que derivarão cada parte do final do trabalho. Ou seja, na metodologia se desenha como serão desenvolvidas todas as fases da pesquisa (SANTOS, 2006).

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório, tendo a pesquisa a abordagem qualitativa. Nos estudos de abordagem qualitativa do tipo descritivo/exploratório, os pesquisadores “coletam descrições detalhadas de variáveis existentes e usam os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde” (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p.111).

A pesquisa descritivo-exploratória objetiva descrever completamente determinado fenômeno e pode ser utilizada tanto para abordagens quantitativas, como para qualitativas, assim como para acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Neste tipo de pesquisa, primeiramente é realizada uma aproximação do tema, a fim de criar maior familiaridade com o fenômeno/processo, o que é caracterizado como exploração. Após esta aproximação, é realizado um arrolamento das características que compõem o fenômeno/processo, geralmente desenvolvida por meio de levantamentos e observações sistemáticas, o que caracteriza a descrição (SANTOS, 2006). “As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática” (GIL, 2002, p. 42).

A pesquisa exploratória caracteriza-se pela busca de uma aproximação sobre o tema já disponível, sobre o assunto a ser abordado. A pesquisa descritiva é utilizada para expor um fato ou fenômeno, por meio de um levantamento das características conhecidas, tendo como principal objetivo descrever as características de uma população ou fenômeno (MINAYO, 2008).

A metodologia qualitativa é utilizada frequentemente para a abordagem do social, como meio de exposição de uma determinada realidade. Nenhuma pesquisa social que pretenda um aprofundamento maior da realidade pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo (MINAYO, 1996).

Desta forma, a construção das representações é algo complexo e deve-se a um movimento dinâmico em que o relacionamento entre os sujeitos que pensam e a base material da vida social determinam essas representações (MINAYO, 1994, p.174).

A pesquisa de abordagem qualitativa surge como método capaz de conhecer as condições específicas dos sujeitos (SEVERINO, 2007), fornecendo uma compreensão densa de certos fenômenos sociais, amparados na hipótese de maior relevância do aspecto subjetivo da ação social, em face da configuração das estruturas sociais, diante da incapacidade estatística de dar conta dos fenômenos complexos e únicos (HAGUETTE, 2000).

Nesse estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa, pelo fato dela se preocupar com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela investiga a profundidade das relações, dos fenômenos e dos processos que não podem ser reduzidos apenas à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

Desta forma, quando determinado fenômeno é investigado, por pesquisadores qualitativos, os mesmos buscam frequentemente desenvolver um conceito acerca desse fenômeno, baseados em observações reais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A metodologia qualitativa possui dois pressupostos. Em primeira instância, parte-se do reconhecimento de que o mundo real só existe de fato na medida em que tomamos parte dele, passando este a nos fazer sentido. E ainda sendo possível argumentar que este mesmo mundo existe independentemente de qualquer coisa ou pessoa. O segundo pressuposto expõe que a sociedade é constituída de micro-processos e que a realidade social não é um todo unitária, mas uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente, em temporalidades diferentes, compondo uma totalidade (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Neste cenário, as ideias centrais que conduzem à pesquisa qualitativa diferem das empregadas na pesquisa quantitativa. Os aspectos considerados essenciais na pesquisa qualitativa consistem na escolha correta de métodos e teorias oportunos, no reconhecimento e na análise em diferentes perspectivas, nas reflexões dos pesquisadores a respeito de sua pesquisa como parte do processo de produção de conhecimento e na variedade de abordagens e métodos (FLICK, 2004).

A investigação qualitativa tem como atitudes imprescindíveis a flexibilidade e a capacidade de observação e interação com o grupo envolvido na investigação. Assim, os

instrumentos empregados na investigação podem ser readaptados e ajustados durante o processo de coleta dos dados a fim de alcançar os objetivos propostos no estudo (MINAYO, 2008).

Os estudos qualitativos consideram a comunicação entre o entrevistador e o entrevistado como parte explícita na construção do conhecimento. As subjetividades do pesquisador e dos membros estudados são parte do processo de pesquisa. Portanto, tudo o que é percebido, observado e sentido no campo se tornam dados, constituindo parte da interpretação dos dados colhidos (FLICK, 2004).

A pesquisa qualitativa é admirável, por ser capaz de compreender os valores e as representações de um grupo específico sobre determinado assunto, compreender as relações dos atores sociais em seu meio específico e avaliar as políticas públicas e sociais quanto aos seus objetivos e aplicação (MINAYO, 2008). Esta modalidade de pesquisa é guiada para a análise de casos concretos em sua particularidade em determinado local e espaço de tempo, partindo das expressões e atividades dos sujeitos em seus contextos locais (FLICK, 2004).

O estudo se caracteriza como uma pesquisa de campo, diante disso, campo pode ser definido como o local onde incidem os fenômenos/processo. Na efetivação da pesquisa de campo, os dados são coletados *in natura*, conforme eles são percebidos pelo pesquisador (SANTOS, 2006).

Na pesquisa de campo primeiramente deve ser realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema a ser estudado, possibilitando o conhecimento da situação em que se encontra o problema, trabalhos já desenvolvidos e as opiniões principais sobre o assunto. Além de que, possibilita o estabelecimento de um modelo teórico inicial de referência, da mesma maneira que auxiliará na determinação das variáveis e elaboração do plano geral da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Após esta primeira fase é necessário que, conforme a natureza da pesquisa, sejam determinadas as técnicas que serão utilizadas na coleta dos dados e para a determinação da amostra, a qual precisa ser representativa e satisfatória para auxiliar as conclusões. E como última etapa é imprescindível estabelecer, antes da coleta dos dados, técnicas para o registro dos mesmos, assim como, a forma de análise destes (MARCONI; LAKATOS, 2006).

No estudo de campo é avaliado um grupo ou comunidade que possui relação entre seus membros. Comumente esta modalidade de estudo enfoca grupos que envolvam a atividade humana, como de trabalho, de estudo. O trabalho é desenvolvido por meio da observação e das entrevistas com os integrantes do grupo (GIL, 2002).

Na pesquisa de campo, a fonte é abordada em seu meio ambiente próprio, no qual os dados são coletados nas condições naturais em que os fenômenos acontecem, sendo observados, sem intervenção por parte do pesquisador (SEVERINO, 2007).

4.2 A escolha do tema

Enquanto docente do curso de graduação em enfermagem e formadora de futuros profissionais enfermeiros, várias inquietações me vieram à tona ao trabalhar com indivíduos diabéticos e a sua família. Embora o contato com familiares durante o período de internação pelo convênio Sistema Único de Saúde (SUS) seja breve, sempre permitiu perceber que um dos principais problemas envolvidos no viver e conviver com diabetes é a dificuldade para mudar hábitos e estilo de vida.

Dentre os questionamentos, encontrava-se o porquê de uma doença crônica e complexa pelas consequências e complicações que pode acarretar ao doente, que é vivenciada cotidianamente pelos profissionais de saúde e, muitas vezes, os doentes explicitavam que as ações de saúde executadas pelos profissionais, em especial pelo enfermeiro, eram carentes de informações para o controle da doença pelos doentes e familiares, contribuindo, de certa forma para a ocorrência de complicações e seqüelas graves ao indivíduo diabético e a toda a sua família, como as amputações e falência de órgãos, por exemplo.

Ao cursar algumas disciplinas na pós-graduação, ainda como aluna não-regular, tive a oportunidade de desenvolver estudos com enfermeiros os quais revelaram as facilidades e dificuldades para a realização do cuidado quando costumes, crenças e valores marcam de maneira significativa os hábitos e estilo de vida dos indivíduos.

Posteriormente, ao orientar alguns trabalhos de conclusão de curso (TCC), busquei valorizar e identificar os sentimentos, experiências, expectativas dos indivíduos que tinham suas necessidades humanas básicas alteradas com o processo crônico de doenças. Desta maneira, passei a adotar a pesquisa qualitativa como forma de trabalho para os acadêmicos sob minha orientação, despertando um maior interesse por este tipo de pesquisa que considero de uma beleza e contribuição ímpares para o conhecimento científico.

Assim após ingressar como aluna regular no Curso de Pós-Graduação, Mestrado em Enfermagem, vislumbrei a possibilidade de tentar compreender os motivos que levam as pessoas com diabetes a se internarem frequentemente pelo descontrole metabólico e por

complicações secundárias à doença, entendendo que este fenômeno pudesse ser mais facilmente esclarecido se trabalhasse com a pesquisa qualitativa e com os indivíduos diabéticos e a sua família.

A partir deste momento, passei a buscar em minhas leituras não apenas conhecimento acerca do tema, mas também os meios e métodos de pesquisa qualitativa. A aproximação com esse tipo de pesquisa ocorreu por me chamar a atenção pelas suas perspectivas, e iniciando um grande desafio, que mais tarde foi delineado em investigar a experiência do diabético e da sua família na vivência e convivência com o diabetes *mellitus*.

4.3 Caracterização do cenário em estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Paranaíba, Paraná, que está localizado na região noroeste do Estado do Paraná, a 504 Km de Curitiba-capital.

A população estimada em 2008 foi de 82.133 habitantes (IBGE, 2000). De acordo com o censo demográfico em 2000, 51,7% da população é do sexo feminino e 7,15% dos habitantes vivem na zona rural. A densidade demográfica de 65,81 hab/Km², o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,787 (IBGE, 2000) e a taxa de crescimento de 0,72% ao ano (IBGE, 2000).

O município conta atualmente com três Hospitais, um de caráter filantrópico que é a Santa Casa, que dispõe de 80 (oitenta) leitos, sendo 57 destinados para o Sistema Único de Saúde – SUS e foi fundado em 1952, ainda conta com Pronto Socorro e Centro Cirúrgico de referência para atendimentos de urgência e emergência e Unidade de Terapia Intensiva geral e neonatal. O segundo, Hospital Regional do Noroeste que é geral, tem atualmente 80 leitos exclusivos para o SUS é mantido pelo estado, sendo totalmente público, foi fundado em 2006 e o terceiro Hospital Unimed que comporta 22 leitos que atendem internações particulares e convênio Unimed, desprovido de Unidade de Terapia Intensiva, com centro cirúrgico que realiza no montante de cirurgias a maioria ginecológica, obstétrica e plástica, fundado em junho de 2008. Conta com um pronto atendimento para urgências e emergências, porém não é referência no atendimento de traumas (DATASUS/CNES, 2009).

O município também contempla 13 Unidades Básicas de Saúde – UBS e 17 equipes do Programa Estratégia Saúde da Família – ESF e uma equipe do Programa Agente Comunitário de Saúde - PACS, tendo uma cobertura de 66,7% da população. Cabe ressaltar que todas as

UBS são contempladas com as equipes da ESF, porém essas não atendem a população geral de cada bairro. O município dispõe de quatro distritos (Graciosa, Mandiocaba, Piracema e Quatro Marcos), destes, três são cobertos por uma equipe da ESF, ficando um (Quatro Marcos) sem cobertura.

Foi no cenário das instituições de saúde hospitalar que a nossa pesquisa foi desenvolvida, pois buscamos as internações que tiveram como causa principal o diagnóstico médico de diabetes *mellitus* ocorridas nos anos de 2008 e 2009.

Os hospitais Santa Casa e Hospital Regional do Noroeste são instituições hospitalares de referência no atendimento hospitalar de urgência e emergência para os 29 municípios da AMUNPAR – Associação dos Municípios do Noroeste do Paraná.

4.4 População do estudo

A população é definida como o conjunto de elementos com determinadas características (GIL, 2002). Ou ainda, como um conjunto de pessoas bem definido e que tem certas propriedades específicas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Os informantes do estudo foram os pacientes diabéticos e o familiar que se apresentou mais envolvido nos cuidados com a doença, residentes no município de Paranaíba-PR e que foram hospitalizados por duas ou mais vezes com um intervalo máximo de uma internação para a outra de doze meses, tendo a primeira internação em 2008 e a última em 2009.

É no núcleo familiar que diabético e cuidador desenvolvem suas práticas de cuidado e, assim, entendemos que a família é a unidade integrante da sociedade, que estabelece ligação com outras pessoas e unidades sociais que se encontram além de seu grupo (ALTHOFF, 2004).

A visão direcionada à família se deve ao fato de ser inerente a cada uma delas um modo próprio de viver, ou seja, cada uma faz parte de uma unidade dinâmica e contínua com o meio que as cercam. Contudo, a família é considerada um microssistema inserido na sociedade (ALTHOFF, 2004).

Para identificação dos indivíduos do estudo foi solicitado em janeiro de 2010 aos três hospitais do município (Hospital Santa Casa, Hospital Regional de Hospital Unimed), a listagem dos pacientes internados em 2008 e 2009 com os códigos E10 (Não insulino-dependente) e E11 (Insulino-dependente) do CID10 (CÓDIGO INTERNACIONAL DE

DOENÇA, 1993). As listagens foram disponibilizadas em março de 2010 e comparadas mês a mês para identificação dos indivíduos que passaram por duas ou mais internações em um intervalo máximo de 12 meses.

Nas relações obtidas, identificou-se 49 internações em 2008 e 52 em 2009, porém, dos 88 indivíduos, apenas 13 foram internados duas vezes no intervalo de 12 meses. Foram excluídas do estudo todas as internações de indivíduos diabéticos residentes em outros municípios da região.

Após a identificação da população do estudo, o segundo passo foi localizar os endereços e telefones para contato com os sujeitos através dos dados contidos nas listagens das internações. Quando as listagens não traziam as informações de interesse para o contato ou estavam incompletas, foi agendado com o funcionário responsável pela recepção da instituição hospitalar em questão um horário para pesquisar nos registros informatizados os dados de interesse que estavam faltando.

Posteriormente foi realizado o primeiro contato com os sujeitos por telefone, para solicitação de participação no estudo, e quando este não era possível, realizou-se uma visita domiciliar. Assim, dos 13 indivíduos diabéticos, constatou-se que três haviam evoluído para óbito no ano de 2009 e dois retornados para o município de residência da família, perfazendo um total de oito diabéticos e sete familiares. Os indivíduos diabéticos participantes do estudo eram todos insulino-dependentes e todos os sujeitos pesquisados eram maiores de idade.

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Abordagem dos participantes

A abordagem do indivíduo diabético e do seu familiar foi feita pela própria pesquisadora. Primeiramente, identificava-me pelo contato telefônico, posteriormente solicitava a participação no estudo com apresentação dos objetivos da pesquisa e quando a família não contava com este meio de comunicação ia até o domicílio e, por meio de breve visita domiciliar, fazia a minha apresentação, solicitação de participação no estudo e apresentação dos objetivos da pesquisa. Não tivemos nenhuma recusa, e assim, pessoalmente

ou via telefone agendávamos as visitas para coleta de dados respeitando o melhor dia e horário de disponibilidade dos participantes do estudo.

Este primeiro contato com o paciente diabético e o seu familiar foi considerado pela pesquisadora de extrema relevância, pois foi o momento em que se repassavam as informações sobre o estudo e, ao mesmo tempo, objetivava facilitar o desenvolvimento de uma relação de empatia com esses indivíduos, contribuindo posteriormente com a coleta dos dados.

O contato buscado pelos pesquisadores deve ser o mais próximo ou mais intenso. Contudo, a maneira como se realiza a primeira abordagem aos indivíduos envolvidos no estudo certamente garantirá grande parte do sucesso da coleta de dados (FLICK, 2004).

Realizou-se uma única visita ao paciente diabético e ao seu familiar para a coleta dos dados. Para isso foi considerado imprescindível um dia e horário em que ambos estivessem disponíveis. No momento da entrevista foi exposto que, havendo a necessidade de uma nova conversa para confirmação ou para melhor compreensão do fenômeno estudado, a pesquisadora estaria novamente entrando em contato para um novo agendamento.

4.5.2 A entrevista como estratégia para a coleta de dados

A entrevista como técnica de coleta de dados, tomada no significado mais amplo de comunicação verbal e no sentido mais restrito de coleta de informações com o intuito de se alcançar um objetivo, é a técnica mais utilizada no trabalho de campo (MINAYO, 1996).

A entrevista é a técnica de coleta de dados mais usada no desenvolvimento do trabalho de campo e por meio dela o pesquisador procura adquirir informações contidas no discurso dos atores sociais (MINAYO, 2008). Ao utilizar esta técnica, o entrevistador busca entender o que os sujeitos pensam, sabem, representam e fazem em relação a determinado assunto (SEVERINO, 2007).

A entrevista pode ser definida como o encontro entre duas pessoas em que, por meio de uma conversa, uma das partes consegue obter informações sobre determinada temática. É uma técnica realizada de forma metódica que permite a obtenção da informação necessária ao pesquisador sobre determinado assunto (MARCONI; LAKATOS, 2006).

As entrevistas podem ser de diferentes formas, mas se resumem, basicamente, em dois tipos: estruturada e não-estruturada, que podem ser entendidas como entrevistas fechadas e abertas, respectivamente (MINAYO, 2008).

A entrevista pode ser entendida não apenas como um elemento de coleta de dados, mas como uma situação de intercâmbio na qual as informações prestadas pelos sujeitos pesquisados podem ser afetadas pela natureza das relações destes com o pesquisador (MINAYO, 2008).

As entrevistas semiestruturadas têm qualidades, dentre elas destaca-se: a capacidade de enumerar de forma abrangente as questões que o entrevistador quer abordar, a partir de suas hipóteses, advindas da definição do objeto de investigação (MINAYO, 2008).

Como técnica utilizada para a coleta de dados, a entrevista apresenta muitas vantagens, mas também algumas limitações. Dentre as vantagens, destaca-se que: pode ser empregada com todos os segmentos da população, provê uma amostragem melhor da população, é mais flexível, permite a observação das expressões não-verbais, oportuniza a aquisição de dados não registrados/documentados e possibilita a obtenção de informações mais precisas (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Dentre as limitações, destaca-se: a dificuldade de expressão do entrevistado/entrevistador, a incompreensão do sentido da questão pelo entrevistado, as possibilidades do entrevistador influenciar o entrevistado, a disposição do entrevistado, a não verbalização de informações importantes, o grande tempo dispensado para a sua realização e a difícil realização (MARCONI; LAKATOS, 2006).

O pesquisador necessita realizar a organização da entrevista antes da sua realização, esta organização consiste em: planejar a entrevista, conhecer previamente os sujeitos entrevistados, agendar previamente para ser recebido, garantir sigilo e anonimato aos entrevistados, estar autorizado pelos superiores para realizar a entrevista, conhecer previamente o campo de pesquisa e organizar o roteiro de questões (MARCONI; LAKATOS, 2006).

As entrevistas ordenam o seguimento de diretrizes, tais como:

- Inicialmente o pesquisador necessita entrar em contato com o entrevistado e manter uma conversa cordial, explicando-lhe os objetivos do estudo, criando um ambiente de confiança e afabilidade;
- As perguntas precisam ser feitas conforme o roteiro e o tipo de entrevista;
- As respostas precisam ser anotadas durante a entrevista, é ideal o uso do gravador para garantir maior fidelidade das informações;

- A entrevista deve terminar em ambiente cordial, da mesma forma que começou;
- As informações fornecidas na entrevista devem ter validade, relevância, clareza e especificidade, extensão e profundidade (MARCONI; LAKATOS, 2006).

No presente estudo, foi utilizada a entrevista semiestruturada que é guiada por uma relação de tópicos (roteiro) de interesse do pesquisador, e este durante o decorrer da entrevista vai explorando o sujeito pesquisado conforme os objetivos do estudo (GIL, 2002). O roteiro semiestruturado deve conter questões que delineiam o objeto do estudo, dando-lhe forma e conteúdo, e permitir a ampliação e aprofundamento das falas (MINAYO, 2008).

Na realização de entrevistas, o uso de gravadores proporciona a obtenção de um registro mais autêntico dos dados, mas após pedir o consentimento do pesquisado para a gravação, o pesquisador aguarda um momento para que os entrevistados esqueçam o instrumento e a entrevista transcorra naturalmente. Ressalta-se que o uso do gravador precisa ser restrito à coleta de dados necessários à questão de pesquisa, e que em alguns casos a gravação pode comprometer as respostas dos participantes, sendo esses os pontos negativos do uso desse artifício (FLICK, 2004).

O roteiro semiestruturado, utilizado na realização da entrevista, elaborado a partir dos objetivos do estudo foi submetido à avaliação junto a nove docentes enfermeiros de diferentes universidades, para que apontassem correções necessárias, permitindo uma coleta de dados mais eficiente e objetiva.

Trabalhamos, nesta pesquisa, com a entrevista aberta, diante do fato desta técnica possibilitar ao entrevistado responder às questões elaboradas acerca do tema, sem que haja respostas ou condições previamente fixadas pelo pesquisador, além de permitir maior interação entre o pesquisado e pesquisador, possibilitando uma maior abertura do doente e do seu familiar.

A entrevista é um método de investigação específica que deve ser registrada e integralmente transcrita. Desta forma, lida-se com relatos relativamente espontâneos, discurso falado, por meio do qual a pessoa pesquisada revela o seu conhecimento, expressando livremente o que vive, sente e pensa a respeito de algum fenômeno (BARDIN, 2008).

A subjetividade é algo que está sempre muito presente nas falas durante a entrevista, momento em que o indivíduo estará com os seus próprios sistemas de pensar, entender, valores, representações, emoções, afeto aflorados no seu inconsciente. Assim, o indivíduo se servirá dos seus próprios meios de expressão para expor acontecimentos, práticas, crenças, episódios passados e conceitos (BARDIN, 2008).

A entrevista resulta em um conjunto de informações que tem por objetivo final o poder de inferir algo, através das expressões verbais a propósito de uma realidade representada por uma população de indivíduos, ou seja, por meio da entrevista procurei compreender o que os indivíduos quiseram dizer sobre o assunto, para isso identifiquei os entrevistados pelas letras D de diabético ou C de cuidador, seguidas da letra M para o sexo masculino e F para o sexo feminino, sequenciadas da idade, exemplo: DF36 (diabético, feminino, 36 anos) e CF46 (cuidador, feminino, 46 anos).

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2010, no domicílio dos indivíduos, por meio de entrevista semiestruturada. Estas, após consentimento, foram gravadas em gravador digital da marca Panassonic modelo n° RR-US430.

Durante as entrevistas, foi utilizado um roteiro constituído de três partes: a primeira contendo 11 questões referentes à identificação do indivíduo e da família, a segunda com nove questões abertas voltadas para o conhecimento e percepção do doente sobre a doença e internação, e a terceira com sete questões abertas voltadas também para o conhecimento e percepção do familiar sobre a doença e internação.

O cuidado de utilizar o gravador digital foi pelo fato de serem aparelhos pequenos e com isso chamam menos a atenção do entrevistado, permitindo que a conversa fluísse naturalmente, mesmo nos momentos que houve necessidade de refazer a pergunta ou até mesmo de reformulá-la para uma maior e melhor compreensão do entrevistado a resposta aconteceu naturalmente.

Após a gravação da entrevista, as falas foram transcritas na íntegra e acrescidas de informações registradas no diário de campo, referente às impressões da pesquisadora. Cada transcrição, após sua redação na íntegra, foi conferida, uma segunda vez, com a gravação, permitindo as correções necessárias das transcrições que não estavam exatas com as falas gravadas.

A respeito da transcrição, pode-se afirmar que esta é uma etapa relevante para a interpretação dos dados e não contribui somente para que os dados sejam medidos com exatidão, mas também para a formulação de suas regras que induzem a um tipo de fetichismo que não possui mais nenhuma relação razoável com a questão e os produtos da pesquisa (FLICK, 2004). A transcrição deve ocorrer imediatamente após o término da entrevista para que possa ser enriquecida de detalhes sobre as reações apresentadas pelo entrevistado, observadas no decorrer da entrevista.

O pesquisador se absteve de todo conhecimento teórico que, a priori, trazia do assunto e do campo, para que não ocorresse interferência na pesquisa levando à seleção dos dados.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando como referencial teórico o material disponível em diversas publicações científicas acerca do tema e como referencial metodológico a técnica de análise de conteúdo de Bardin. A expressão análise de conteúdo significa mais do que um procedimento técnico, compreende uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais (MINAYO, 2008).

Mesmo com toda a inovação da Análise de Conteúdo que buscou dar contribuição aos procedimentos científicos de legitimar uma dada técnica de leitura, há algo que se manteve ao longo do tempo: o objetivo de atingir uma significação profunda dos textos, ou seja, o que é passível de interpretação, como as mensagens obscuras que exigem uma interpretação, mensagens com duplo sentido, cuja profundidade do significado só pode surgir depois de uma observação cuidadosa ou de uma intuição carismática (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

A análise de conteúdo compreende o “conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por meio de uma sistematização, descrever o conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens” (BARDIN, 2008, p. 44).

A análise de conteúdo compreende algumas técnicas para alcançar os significados, sendo elas: análise categorial, análise de avaliação, análise da enunciação, análise proposital do discurso, análise da expressão e análise das relações.

Portanto, para a realização desse estudo, optou-se pela análise de conteúdo categorial que foi procedida por meio das seguintes fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados; as inferências e a interpretação das categorias significativas (BARDIN, 2008). Esse tipo de técnica de análise de conteúdo ocorre por meio de “operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo agrupamentos analógicos” (BARDIN, 2008, p. 199).

A análise qualitativa dos dados depende de alguns fatores, dentre eles se destacam: a natureza destes, a dimensão da população, os instrumentos utilizados no estudo e os referenciais teóricos que guiaram a pesquisa. Assim, define-se esse processo como uma sequência de atividades, a qual abrange a redução, a categorização, a interpretação dos dados e a redação (GIL, 2002).

Dessa forma, a análise de conteúdo “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”. Paralelamente a isso o autor afirma que “qualquer análise

objetiva procura fundamentar impressões e juízos intuitivos, através de operações conducentes a resultados de confiança” (BARDIN, 2008, p. 44-45).

Operacionalmente a análise de conteúdo parte de uma leitura primária das falas, depoimentos e documentos, para posteriormente atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Vários teóricos consideram que a análise de conteúdo deve ser *objetiva*, com regras preestabelecidas e obedecendo a diretrizes suficientemente claras permitindo a replicação por qualquer investigador de maneira a atingir os mesmos resultados; *sistemática*, ordem e integração nas categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos (MINAYO, 2008).

Fazer uma análise de conteúdo significa descobrir os núcleos de sentido inseridos em uma comunicação, cuja frequência ou presença significarão alguma coisa para o objeto analisado. A análise de conteúdo se desdobra em três etapas: **pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.**

A pré-análise significa a organização dos dados coletados, assim como um período de intuições, a fim de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo a um esquema de maior precisão para o desenvolvimento das operações sucessivas. A pré-análise compreende uma fase de organização e é também composta por atividades abertas. A primeira atividade é a *leitura flutuante*, explicada como o primeiro contato com os documentos a serem analisados, com o intuito de se conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações (BARDIN, 2008).

A segunda atividade envolve a escolha dos documentos, nessa fase os objetivos são determinados e é conveniente escolher documentos que forneçam informações sobre o problema levantado. Nessa ocasião, muitas vezes, faz-se necessário constituir um *corpus*, e este é entendido como “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”, ou seja, refere-se a demarcação do universo dos documentos a serem analisados. Para a constituição do corpus é necessário seguir algumas regras, dentre elas: a) regra da exaustividade – não se pode deixar fora um dos elementos por qualquer que seja a razão, a não ser que esta razão possa ser justificada; b) regra da representatividade – a amostra selecionada deve representar o universo inicial, pois os resultados serão generalizados ao todo; e, finalmente, c) a regra da pertinência – os documentos devem ser adequados para corresponderem ao objetivo da análise (BARDIN, 2008, p. 122).

A *formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos* se constitui na terceira atividade. Desta forma, pode-se definir hipótese como uma afirmação provisória que os pesquisadores se propõem a verificar, ou seja, a hipótese é uma suposição de origem intuitiva

que se mantém suspensa enquanto não for provada. O objetivo pode ser definido como a finalidade geral proposta pelos pesquisadores (BARDIN, 2008).

A quarta atividade é a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, esta etapa consiste em eleger os índices em função das hipóteses, determinando assim a organização sistemática em indicadores. Índices podem ser apreendidos como a menção explícita de um tema em uma fala, e os indicadores são a frequência com que surge o tema na fala. E, por fim, a quinta atividade é a preparação do material, que se faz antes da análise, é uma preparação formal ou edição (BARDIN, 2008).

A segunda etapa é a **exploração do material** em que os dados brutos são trabalhados com o objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Portanto, se as diferentes operações da pré-análise tiverem sido concluídas, esta fase será apenas a aplicação sistemática das decisões tomadas. Ela é considerada uma fase longa, e consiste “em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 2008, p. 127), ou seja, consistirá na classificação do material visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, buscando-se encontrar as categorias, que foram as expressões ou palavras significativas por meio das quais o conteúdo de uma fala foi organizado.

A terceira etapa abrangeu o **tratamento dos resultados obtidos e a interpretação**, esta última etapa consistiu no tratamento dos resultados, permitindo a inferência e a interpretação dos dados. Nessa etapa, busca-se o tratamento dos dados de forma a serem significativos e válidos. O analista, “tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 2008, p. 127).

A categorização é definida como o processo de redução do texto às palavras e expressões significativas ou ditas como uma classe, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse realizado por meio das características comuns entre esses elementos, ou seja, o que cada um desses elementos tem em comum entre si (MINAYO, 2008; BARDIN, 2008). Desta forma, a categorização tem por objetivo fornecer de maneira condensada, uma representação simplificada dos dados em bruto.

Dentre as técnicas da análise de conteúdo, a análise por categoria encontra-se em primeiro lugar, “sendo a mais antiga e a mais utilizada na prática da pesquisa qualitativa” (BARDIN, 2008, p. 199).

Entre as diferentes possibilidades de categorização, a análise temática é rápida e eficaz na condição de se aplicar a significações manifestas e de simples aplicação. Também utilizada

até o presente momento para servir de base para descrever as principais fases de uma análise de conteúdo (BARDIN, 2008).

A codificação das informações corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto que, “por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista sobre as características do texto”. Com isso, pode-se entender o recorte como a escolha das unidades; a enumeração como a escolha das regras de contagem e a agregação como a escolha das categorias (BARDIN, 2008, p. 129).

A categorização dos dados pode ser apreendida como uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. Para que seja feita a categorização é imprescindível investigar o que cada um dos elementos tem em comum com os demais. Esse é um processo estrutural composto por duas fases: o inventário – o isolamento dos elementos, e a classificação – a repartição dos elementos, procurando organizar as informações (BARDIN, 2008, p. 145).

A partir do momento em que a análise de conteúdo resolve codificar os dados, produz-se um sistema de categorias, e esta categorização objetiva fornecer uma apresentação condensada dos dados brutos. Categorizar significa a passagem dos dados brutos para dados organizados. Na análise de conteúdo acredita-se que a categorização mostra índices invisíveis que não podem ser percebidos nos dados brutos (BARDIN, 2008).

Na visão de Bardin, um conjunto para ter boas categorias precisa possuir as seguintes propriedades: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade (BARDIN, 2008).

A intenção dos estudos é produzir, ao seu término, inferências válidas a partir dos seus dados, contudo, o termo inferência designa a indução a partir dos fatos. A análise de conteúdo “constitui um bom instrumento de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores, referências no texto) [...]” (BARDIN, 2008, p. 167).

Durante a inferência devem ser observados os pólos da análise, que consistem: no emissor, receptor e mensagem e o médium. O emissor é quem produz a mensagem, podendo ser um indivíduo ou um grupo; o receptor é quem recebe a mensagem, podendo ser um grupo de indivíduos; a mensagem constitui o material, o ponto de partida e o indicador sem o qual a análise não seria possível; e o médium que é o canal, o instrumento, o objeto técnico (BARDIN, 2008).

4.7 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, o desenvolvimento do estudo atendeu as exigências da Res. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), com aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá (COPEP) com o parecer nº. 670/2009 (ANEXO A).

Para a pesquisa de campo foi encaminhado aos Hospitais Santa Casa de Misericórdia e Hospital Regional do Noroeste (ANEXO B) e Hospital Unimed (ANEXO C), aos cuidados dos seus diretores, uma solicitação de autorização para obtenção dos relatórios de internações mensais de 2008 e 2009 com o CID E10 e E11 de interesse para o estudo. O Hospital Santa Casa e Regional contam com a mesma administração, portanto, obtivemos uma única autorização para ambos.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNCIDE A) em duas vias, sendo que uma destas ficou de posse dos entrevistados. Quando o entrevistado era analfabeto, foi solicitado que algum familiar assinasse o termo de consentimento.

Os entrevistados também foram esclarecidos de seus direitos, do modo de coleta dos dados do estudo, bem como dos eventuais benefícios oriundos desta participação, além da sua livre participação na pesquisa e a sua recusa em qualquer momento do processo, assim como da garantia de não sofrer qualquer ônus ou gratificação pela participação ou não do estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando uma melhor organização e compreensão dos dados, inicialmente será apresentada uma caracterização dos sujeitos entrevistados, que estará disposta conforme a ordem em que ocorreram as entrevistas e, posteriormente, os resultados serão apresentados no formato de três artigos científicos construídos a partir da análise das entrevistas realizadas com os quinze participantes do estudo.

5.1 Descrição dos participantes do estudo

Entrevista 1: Realizada com a cuidadora principal e irmã do doente número um, que é diabético e portador de Síndrome de Down, 53 anos, solteiro, analfabeto, nunca frequentou a APAE, sempre morou com a mãe e após esta falecer veio residir com a irmã mais velha, um irmão e três sobrinhos em casa de alvenaria, forrada, piso frio, provida de saneamento básico, de aspecto simples, limpa e organizada. Além do DM, o mesmo também tem arritmia, com tempo de diagnóstico de oito e vinte anos respectivamente. Demonstrou-se durante toda a entrevista letárgico, apático, não fala, dificuldade para caminhar, déficit cognitivo importante, é cego e obeso. Faz uso de insulina duas vezes ao dia e digoxina pela manhã. Já sua cuidadora é aposentada, alfabetizada, tendo cursado o segundo grau completo, trabalhou como professora até se casar. Ela é a única que têm plano de saúde na família, pois está como dependente do plano de saúde de um dos filhos. Não conta com a ajuda direta de outras pessoas nos cuidados com o irmão, refere ter deixado de fazer várias atividades em prol disso como ir à igreja, é católica, deixou de participar da pastoral, era ministra da eucaristia, frequentava bailes da terceira idade, referindo que o irmão é muito dependente e a sobrecarrega muito, relatou se cansar mais. É hipertensa a 19 anos, mencionou ter coração inchado à cinco anos e problemas de coluna à 30 anos, faz uso de nifedipina, fluoxetina, sinvastatina e AAS. A renda familiar é de dois mil e quinhentos reais e dependem dela seis pessoas.

Entrevista 2: Doente número dois, 53 anos, separou-se aproximadamente dois anos, após o agravamento da doença a esposa o deixou, demonstrando revolta com isso, não tem filhos, aposentado, reside em três cômodos no mesmo quintal da mãe, era motorista, cursou o

primário completo, atualmente não tem nenhuma ocupação. Demonstrava-se muito desanimado, triste e apático. É diabético há mais ou menos quatro anos, faz uso de insulina pela manhã e a tarde e calmante a noite. Atualmente está fazendo exames para pesquisar TB, têm dois irmãos, um reside em Paranavaí-PR e também é doente, o outro em São Paulo-SP que teve TB ficando muito mal e uma irmã que saiu de casa aproximadamente há dois anos com a filha e não deu mais notícias para a família. As pessoas com as quais mais convive são, a mãe, padrasto que também é diabético e apresenta sequelas de AVC, tem poucos amigos, matem pouco contato com os vizinhos e com algumas visitas para a mãe, outras pessoas com quem interage é o ACS e profissionais da saúde quando precisa de assistência. A cuidadora é a mãe, 73 anos, estudou apenas a primeira série, sabendo ler e escrever mal. Mora em casa de alvenaria, não forrada, provida de saneamento básico, piso frio, de aspecto muito simples e pouco limpa e organizada, convive com o segundo marido e é aposentada. Sua atual ocupação é cuidar dos afazeres domésticos, dos filhos e marido doentes. Tem labirintite, HAS de longa data, fazendo uso de medicação contínua para ambas, faz uso de medicação para dormir, pois refere insônia e apresenta cistocele necessitando de correção cirúrgica. Demonstra-se deprimida, chorando com facilidade, semblante triste e profunda tristeza ao mencionar sobre a filha que os abandonou. São católicos, dispõem dos planos de saúde sindicato e Funerária Santa Maria que são participativos, ou seja, pagam um valor menor pelo atendimento. Diante da necessidade de consulta médica de caráter urgente/emergente pagam pelo atendimento, mas quando podem esperar usam exclusivamente o SUS. A renda familiar é em torno de mil reais, vivendo desta renda quatro pessoas. O doente e cuidadora consideram importante o lazer, porém difícil, devido o diabético ter dificuldade de caminhar, em consequência da doença, e a cuidadora não poder se ausentar da responsabilidade do cuidado, ambos confinam-se no domicílio.

Entrevista 3: Doente número três, 18 anos, diabética à dez anos, mora com os pais e irmãos, reside em casa de alvenaria, forrada, piso frio, bom aspecto de limpeza e organização, cursou o primeiro grau completo. Faz trabalhos manuais temporários com bichos de pelúcia para uma fábrica próxima de casa e quando sem esta atividade se ocupa em casa ajudando a mãe nos afazeres domésticos. Teve um aborto há mais ou menos trinta dias da data da entrevista. Tem como lazer ir à igreja e assistir TV. Faz uso de insulina cinco vezes ao dia, Insulina NPH pela manhã e a noite, e Insulina Regular pela manhã, no almoço e no jantar. O familiar mais envolvido nos cuidados com a doença é a mãe, que tem 49 anos é aposentada e tem como atividade principal cuidar da casa e da família. Estudou apenas dois anos, sabe ler e escrever com pouca dificuldade. Referiu sentir constantemente dor no estômago que piora

após as refeições tendo a sensação de gases no estômago e distensão abdominal, fazendo uso de luftal continuamente. São evangélicos praticantes, frequentam a igreja duas a três vezes na semana. A renda familiar em torna de um mil e cem reais, dependendo desta renda sete pessoas. Não dispõem de plano de saúde usando exclusivamente o SUS. Durante a entrevista, percebeu-se um bom relacionamento familiar, com comprometimento e responsabilidade de um membro familiar com o outro.

Entrevista 4: Doente número quatro, 47 anos, aposentado, era eletricitista, solteiro, cursou o primeiro ano do ensino médio, atualmente não tem nenhuma ocupação ficando em casa e passa a maior parte do tempo deitado. Diabético a 14 anos, mora com o pai que também é diabético e teve o diagnóstico à quatro anos, com uma irmã e o cunhado em casa de seis cômodos, de alvenaria, forrada, piso frio, com saneamento básico, apresentando bom aspecto de limpeza e pouco desorganizada. Além do DM tem anemia, problemas de circulação, já teve pancreatite e TB. Faz uso de insulina duas vezes ao dia e medicação para dormir. Cuidadora número quatro, 49 anos, é a irmã que assumiu o cuidado domiciliar da doença, casada, zeladora de escola, cursou o ensino médio incompleto, diabética a dois anos, além dos cuidados com o irmão diabético, ela também cuida dos afazeres domésticos nas horas de folga do trabalho. Os mesmos são católicos, a cuidadora é praticante e o diabético atualmente não, devido dificuldade e dor nos membros inferiores em decorrência do DM. Consideram importante o lazer, porém não têm o costume de saírem de casa. A renda familiar é em torno de quatro salários mínimos, mas a cuidadora refere que os outros irmãos sempre estão colaborando, dependendo desta renda quatro pessoas. A cuidadora tem o plano de saúde PREVER, no qual o diabético está como dependente, porém quando precisam de internação usam exclusivamente o SUS.

Entrevista 5: Doente número cinco, 22 anos, solteira, babá, diabética a quatro anos, cursou o ensino médio completo, mora com a mãe e um irmão em casa de alvenaria com sete cômodos, parcialmente forrada, provida de saneamento básico, atualmente desempregada. Faz uso de insulina duas vezes ao dia. Considera o lazer importante como atividade de diversão, indo à missa todos os domingos, sai esporadicamente com os amigos para lanchonete e nos finais de semana, se reúnem na maioria das vezes, na sua casa para conversarem. A pessoa mais envolvida nos cuidados com a doença é a mãe, com 49 anos, viúva, do lar, frequentou a escola até a quinta série, teve princípio de infarto em 2009. A única atividade de lazer da cuidadora é ir à missa aos domingos e muito esporadicamente, por falta de vontade. Não dispõem de plano de saúde, utilizando exclusivamente serviços de saúde conveniados ao SUS, são católicos. O filho mais velho trabalha no Hospital Santa Casa é o principal provedor da

renda familiar, da qual dependem três pessoas, estando em torno de oitocentos reais. Durante a entrevista a diabética mostrou-se sempre displicente com a sua doença, não se apresentando cuidadosa e ora se comporta como se não tivesse diabetes. Em contrapartida a mãe é muito preocupada e sofre com a falta de zelo da filha com o DM. A mãe tristemente mencionou que o princípio de infarto em 2009 e 2010 foi pelo nervoso que passa com a filha, por saber que ela tem uma doença que não tem cura, que pode acarretar vários problemas de saúde e que a mesma se comporta contrária a tudo isso.

Entrevista 6: Doente número seis, 48 anos, casado, tratorista, diabético a seis anos, reside com a esposa na zona rural em casa de seis cômodos de alvenaria, não forrada, piso frio, desprovida de saneamento básico. A água é de poço e o sistema de esgoto através de fossa séptica. Coursou seis anos do ensino fundamental, lê e escreve bem. Faz uso de insulina pela manhã e à noite. Identificou-se durante a entrevista a alteração da dose de insulina por conta própria, a prescrição médica é de 15 UI (unidades internacional) à noite e o mesmo faz apenas cinco UI, dizendo que tem controlado mais a alimentação. A cuidadora é a esposa, 46 anos, empregada doméstica, não apresenta doenças, estudou até a quinta série do ensino fundamental. Durante a entrevista, a esposa deixou transparecer que embora se considere cuidadora, quem é o principal cuidador da doença é o próprio diabético, pois às vezes se mostrou pouco envolvida com os cuidados ao esposo. Consideram o lazer importante para a saúde, mas o diabético diz preferir ficar em casa expondo que não há lugar melhor do que a sua casa, porém sai uma vez por mês para visitar os filhos casados referindo que vai por causa da esposa. A renda mensal é de aproximadamente oitocentos reais, dependendo desta renda duas pessoas.

Entrevista 7: Doente número sete, 36 anos, casada, era diarista, atualmente aposentada, mora com a filha e o esposo em casa de alvenaria de cinco cômodos, forrada, provida de saneamento básico, de aspecto simples, mas limpa e organizada. Além do diabetes a 21 anos, tem insuficiência renal a cinco anos, hipertensão a seis anos, crises convulsivas a quatro anos, refluxo gastroesofágico, pé diabético e retinopatia. Coursou o ensino fundamental completo. Faz uso de insulina NPH de manhã e à tarde, e insulina regular quando a glicemia está alterada, tegretol duas vezes ao dia, lasix quatro comprimidos pela manhã e à tarde, sinvastatina à noite, carvedilol e losartan pela manhã e à noite, omeprazol pela manhã, bromoprida à noite e AAS dois comprimidos no almoço. O esposo é considerado o cuidador principal, 27 anos, auxiliar de lavanderia hospitalar (Hospital Santa Casa), cursou o ensino médio incompleto, muito dedicado e comprometido com os cuidados da esposa e dos afazeres domésticos. Durante a entrevista, deixaram evidente que o casal tem um bom relacionamento

conjugal, demonstrando carinho e amor um com o outro. São evangélicos e frequentam esporadicamente a igreja, agora mais afastados devido a dificuldade para caminhar que a diabética tem em circunstância do pé diabético. A renda da família é de aproximadamente um mil e quinhentos reais e dependem desta renda três pessoas. A diabética considera o lazer importante, e comenta que, sente falta de sair para passear, distrair-se, porém o esposo é mais caseiro o que limita os passeios. Portanto, a distração são os programas da TV aberta e/ou assistir filmes em DVD. Não dispõem de plano de saúde usando exclusivamente os serviços de saúde conveniados ao SUS.

Entrevista 8: Doente número oito, 71 anos, casado com a segunda esposa, aposentado, analfabeto. Reside em casa de alvenaria, não forrada, com cinco cômodos, de aspecto muito simples, apresentando-se pouco limpa e organizada, apresenta saneamento básico incompleto. A água é tratada, porém o esgoto da cozinha e lavanderia a céu aberto e do banheiro fossa séptica. Além do diabetes é hipertenso a dois anos e aproximadamente cinco meses vem apresentando dor no ombro direito que o tem incomodado, estando aguardando consulta com ortopedista. Faz uso de insulina NPH pela manhã e à tarde, glibenclamida e metformina no café da manhã, almoço e jantar, hidroclorotiazida pela manhã, anlodipina uma vez ao dia e AAS dois comprimidos no almoço. Considera o lazer importante por que enquanto se distrai não pensa em nada ruim, considera como atividade de lazer ir a agência bancária uma vez ao mês para sacar o dinheiro da aposentadoria, limpar o quintal da residência e assistir TV. O diabético não conta com a ajuda de outra pessoa para o cuidado e ainda é o principal cuidador da esposa que tem depressão e esquizofrenia. A mesma durante a entrevista permaneceu sentada, letárgica, apática, olhar fixo, boca entreaberta e fumando. A renda familiar é de um salário mínimo e diante da necessidade de atendimento à saúde usam exclusivamente os serviços do SUS.

5.2 Artigo 1: O que os diabéticos e seus familiares sabem sobre a doença

O que os diabéticos e seus familiares sabem sobre a doença

What the diabetics and their family members know about the disease

Qué saben los diabéticos y sus familias sobre ésta enfermedad

RESUMO

Para investigar sobre o conhecimento do indivíduo diabético e seus familiares a respeito da doença e descrever a percepção dos mesmos referentes à necessidade de procurar um serviço de saúde, realizou-se este estudo de natureza descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada em 2010, por meio de entrevista semiestruturada e submetida à análise de conteúdo. Participaram deste estudo oito diabéticos e sete familiares. Os resultados evidenciam o déficit de conhecimento para conceituar diabetes e a maioria sabe das complicações advindas da própria vivência. Em relação às internações hospitalares consideraram como principal causa a descompensação glicêmica. Conclui-se que os profissionais de saúde devem desenvolver atividades de educação em saúde quer seja no âmbito ambulatorial ou hospitalar. Somente desta forma poderemos contribuir para o controle da doença, reduzir as complicações e manter o bem estar dos diabéticos e seus familiares.

Descritores: Enfermagem; Diabetes *mellitus*; Conhecimento; Educação em Saúde.

ABSTRACT

To investigate on the diabetic individual's knowledge and his/her relatives regarding the disease and to describe the referring perception of the same ones to the need of seeking a health care, it was done this study of descriptive, exploratory nature and with qualitative approaching. The collection of data was accomplished in 2010, through semi-structured interview and submitted to the content analysis. Eight diabetics and seven family members participated in this study. The results evidence the knowledge deficit to consider diabetes and most knows about the complications that has occurred of the own existence. In relation to the hospital internments they considered as main cause the glycemic decompensation. It is concluded that the health care professionals must develop education activities in health in the ambit ambulatory or hospital. Only this way we can contribute to the control of the disease, to reduce the complications and to maintain the well being well-being of the diabetics and their relatives.

Descriptors: Nursing; Diabetes *mellitus*; Knowledge; Health Education.

RESUMEN

Para investigar sobre el conocimiento del individuo diabético y sus familiares al respecto de esta enfermedad y describir la percepción de estos individuos referente a las necesidades de buscar un servicio de salud, se realizó este estudio de naturaleza descriptiva, exploratoria y con abordaje calificativa. La colecta de datos fue realizada en el 2010 por medios de entrevistas semi estructurada y sometidas a análisis de su contenido. Participaron de este estudio ocho diabéticos y siete de sus respectivas familias. Los resultados dejan en evidencia el déficit de conocimiento para el concepto de diabetes y la mayoría sabe de las complicaciones obtenidas de la propia vivencia. En relación a las internacionales hospitalares consideraron como principal causa la descompensación glicémica. Se concluye que los profesionales de la salud deben desarrollar actividades de educación en ella, ya sea en el ámbito ambulatorial u hospitalar. Sólo de esta forma podemos ayudar para el control de esta enfermedad, reducir las complicaciones y mantener el bien-estar de los diabéticos y sus familiares.

Descriptores: Enfermería; Diabetes *mellitus*; Conocimiento; Educación en Salud.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) vem sendo considerado um importante problema de saúde pública na atualidade, devido aos altos índices epidemiológicos, ao impacto negativo que a doença gera sobre a sociedade, decorrente das complicações, que acabam culminando em invalidez precoce e, diminuindo a qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos diabéticos e seus familiares, além dos prejuízos econômicos determinados pelo alto custo das frequentes internações e do tratamento⁽¹⁾.

O DM é uma doença de incidência crescente. Em 2000, atingia mundialmente cerca de 177 milhões de indivíduos e estima-se que, em 2025, poderá chegar a 350 milhões⁽²⁾. Nos países em desenvolvimento, este aumento poderá demandar em epidemias não-transmissíveis. No Brasil, a ocorrência média de DM confirmada na população acima dos 18 anos é de 5,2%. A prevalência aumenta com a idade podendo atingir 18,6% da população com idade superior a 65 anos⁽³⁾.

As consequências sociais e econômicas do DM são devastadoras, pois predis põe ao portador o surgimento de outras doenças e agravamento das morbidades já existentes, resultando em maior risco para mortalidade de origem cardiovascular, doença coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, doença cerebrovascular, nefropatia, retinopatia, úlceras diabéticas, amputações, artropatia de Charcot e disfunção sexual⁽⁴⁾.

Por estas razões recomenda-se um controle metabólico rigoroso associado às medidas preventivas e curativas para prevenção ou retardamento do aparecimento de complicações crônicas do DM⁽⁵⁾.

O efetivo controle da DM constitui-se um dos maiores desafios para o indivíduo diabético, familiares e profissionais de saúde⁽¹⁾. Diante disso, a atuação de uma equipe interdisciplinar de maneira contínua e persistente juntamente com o indivíduo diabético e seus familiares, poderá minimizar o aparecimento das complicações advindas da falta de cuidado e dificuldade para lidar com a doença, ao longo prazo⁽⁶⁾.

O DM distingue-se pela sua natureza multifatorial que deve ser cautelosamente observada para o re-planejamento dos hábitos de vida do indivíduo diabético. Isto significa dizer que ele precisa assimilar algumas questões importantes que requerem mudança de comportamento para a aceitação da terapia médico-nutricional, medicações diárias, exercícios físicos programados, automonitorização da glicemia, cuidados com o corpo, e educação permanente⁽⁷⁾.

Neste contexto, a enfermagem assume um papel de relevância, o de educar e conscientizar o indivíduo diabético e seus familiares sobre os cuidados determinados cientificamente para o controle da DM. Somente desta forma, os indivíduos diabéticos poderão conviver melhor com a doença, tornarem-se os grandes protagonistas do tratamento, e reduzir a morbimortalidade advinda das complicações⁽⁸⁾.

Por estas razões, o presente estudo tem por objetivo investigar o conhecimento dos indivíduos diabéticos e seus familiares a respeito da doença e descrever a percepção dos mesmos sobre a necessidade de procurar um serviço de saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo/exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória caracteriza-se pela busca de uma aproximação do fenômeno a ser investigado com o que já existe sobre o assunto. Já a pesquisa descritiva é utilizada para descrever as características de uma população, fato ou fenômeno, por meio de um levantamento das características conhecidas. Esta modalidade de estudo permite ao pesquisador coletar descrições detalhadas de variáveis existentes e usar os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde⁽⁹⁾.

O critério de inclusão dos participantes foi o de ter sido internado duas vezes num intervalo de 12 meses entre uma internação e outra, com os códigos E10 (Não insulino-dependente) e E11 (insulino-dependente) do Código Internacional de Doença (CID10), no período de 2008 e 2009, e em um dos três hospitais (Santa Casa, Regional e Unimed), localizados no município de Paranavaí-PR.

Em 2008 ocorreram 49 internações e em 2009, 52 internações. Das 101 internações, 88 pessoas residiam no município de Paranavaí-PR, e destas 13 tinham sido internadas duas vezes em um intervalo de 12 meses. Diante da dificuldade para conseguir um contato por telefone para o agendamento da entrevista com os 13 diabéticos e familiares realizamos uma visita domiciliar, no qual constatamos que três diabéticos tinham falecido e dois tinham retornado para os municípios de origem.

A coleta de dados foi realizada de maio a julho de 2010, nos respectivos domicílios dos indivíduos diabéticos e seus familiares, e por meio de uma entrevista. O roteiro foi elaborado pelos pesquisadores e foi constituída de três partes: a primeira com 11 questões referentes a identificação dos participantes, a segunda e a terceira com quatro e três questões abertas, respectivamente, abordando o conhecimento e a percepção sobre a doença, internação e a necessidade de procurar um serviço de saúde.

Todas as falas dos entrevistados foram gravadas e transcritas na íntegra. Para análise utilizou-se o referencial metodológico de Bardin, por se tratar de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens⁽¹⁰⁾.

Para análise dos dados decorrentes da transcrição das entrevistas, realizamos uma leitura detalhada de todas as falas. A pré-análise dos dados possibilitou a

identificação dos componentes para as interpretações. Após a exploração do material realizamos o tratamento dos dados, organizando de forma sistemática em unidades temáticas, e submetidas a inferências e interpretação das categorias significativas, e a discussão foi baseada em publicações científicas existentes sobre a temática.

Como forma de garantia do anonimato dos entrevistados, identificamos as falas com letras "D" - diabético, "C" - cuidador, "M" - homens e "F" - mulheres. Este estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 670/2009), e realizado em estrita consonância às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os indivíduos diabéticos e seus familiares

Participaram deste estudo oito diabéticos do sexo masculino, da faixa etária entre 47 e 71 anos e três mulheres diabéticas de 18 e 36 anos. Dos 11 diabéticos, dois eram analfabetos, nove tinham de quatro a 11 anos de estudo, quatro eram aposentados, dois não tinham nenhuma ocupação, uma era babá e outro tratorista. Com relação ao tempo de diagnóstico da doença, houve uma variação de dois a 21 anos. Todos eram insulino-dependentes, seis utilizavam outras medicações para diferentes problemas circulatórios, insuficiência renal crônica, pé diabético, refluxo gastro-esofágico, anemia e insuficiência cardíaca congestiva e arritmia. Apenas duas mulheres não apresentavam outras doenças associadas e tinham idades entre 18 e 22 anos.

Quanto a pessoa da família responsável pelos cuidados do indivíduo diabético, a maioria era mulheres da faixa etária entre 46 e 73 anos (três mães, duas irmãs mais velhas e uma esposa) e apenas um homem cuidava da sua esposa. Um diabético não tinha cuidador por ser responsável de si mesmo. Os cuidadores tinham entre dois a 11 anos de estudo, todos sabiam ler e escrever, e tinham diferentes ocupações (dois aposentados, dois do lar, uma empregada doméstica, uma zeladora e um auxiliar de lavanderia hospitalar).

Em relação à saúde, cinco cuidadores faziam o uso de medicação, continuamente para hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva, problemas de coluna, labirintite, infarto agudo do miocárdio, gastralgia, e DM. Apenas dois cuidadores referiram que não tinham doença. E em termos de dependência direta do diabético em relação aos cuidadores, apenas uma pessoa, portadora de síndrome de Down, com 53 anos, era dependente do cuidador por apresentar déficit cognitivo, não falava, caminhava com dificuldade, era cego e obeso.

Da análise dos depoimentos dos diabéticos e seus familiares sobre o conhecimento, entendimento e a percepção acerca da doença, emergiram duas categorias empíricas: "*Definindo o diabetes*" e "*A necessidade de internação*".

O significado do diabetes para o indivíduo diabético e seus familiares

Esta categoria engloba o significado do diabetes, enquanto doença para os indivíduos diabéticos e seus familiares. Percebe-se que muitos manifestaram um conhecimento proveniente do senso comum e ao mesmo tempo desprovido de um saber científico. As falas a seguir corroboram para este fato: [...] *troço que complica muito a vida da gente (DM48). [...] doença chata que não deixa a gente fazer nada (DM47). [...] doença, incontrolável [...] que prejudica o organismo [...] é um incômodo (DF18). [...] doença muito silenciosa (CF49). [...] doença que não tem cura (CF49).*

Para os indivíduos diabéticos o DM é uma doença que impõe limite, de difícil controle e que gera incômodo e transtornos na vida diária. Para os familiares cuidadores trata-se de uma doença de longa duração e o associam as suas características crônicas.

Estudo desenvolvido com indivíduos diabéticos sobre o conhecimento acerca da doença, de um Centro de Saúde da Zona do Grande Porto, Portugal, demonstrou que um dos aspectos que as pessoas mais referiram foram as dúvidas em relação a identidade da doença⁽¹¹⁾.

Por esta razão é preocupante pensar que os indivíduos diabéticos, enquanto portadores de doença crônica e sem expectativa de cura, apresentem déficit conhecimento sobre a doença. Por outro lado, notamos que alguns indivíduos definem o diabetes de um modo mais fisiológico: [...] *açúcar no sangue (DM53), (CF73). [...] glicose descontrolada do organismo da pessoa (CF49). [...] não entendo nada de diabetes [...] eu não entendo nada (DM71), (CF46). [...] não sei o que é, eu não entendo (CF62).*

Estas falas retratam o conhecimento popular enraizado desde a antiguidade, em que o diabetes era considerado uma condição de sangue doce. Ressalta-se que conhecer a doença com a qual se convive é um fator essencial para que o indivíduo tenha maior destreza e habilidade para o seu controle⁽¹²⁾.

Logo, diante de uma doença crônica, é necessário que o indivíduo ou o seu familiar, aprenda determinadas competências que lhes possibilitem lidar no cotidiano com os sintomas e limitações que essa situação possa causar. Proporcionar informações sobre a doença é imprescindível ao indivíduo com DM para prevenir complicações, realizar o autocuidado e manter o controle metabólico⁽⁷⁻¹²⁾.

Percebe-se que a evolução da doença e o aparecimento de comprometimentos orgânicos fazem com que o indivíduo diabético tenha concepções drásticas da doença: [...] *diabetes é pior do que câncer [...] é um trem que vai comendo você, eu já estou toda perdida por causa dessa porcária (DF36). [...] diabetes é um câncer branco [...] é um*

novo câncer que apareceu na vida das pessoas, que judia, massacra as pessoas [...] (CF49) .

O fato dos familiares se emocionarem ao falar sobre o diabetes percebe-se que tanto os diabéticos quanto seus familiares imaginam que é uma doença grave e que leva a uma série de mudanças no corpo e que causam grande sofrimento. Agora em termos de conhecimento a respeito das funções e o funcionamento do pâncreas constatou-se que os indivíduos diabéticos e seus familiares apresentam pouco conhecimento teórico sobre esta temática, uma vez que não houve uma correlação exata entre o tema e as suas causas:

a) Fatores hereditários: *[...] por que minha avó tem (DF22). [...] por causa da família, hereditariedade (CF62). [...] meu avô tem, minha avó e tia também (DF18).*

b) Uso de bebidas alcoólicas: *[...] bebia muito, bebia pinga, cachaça (DM53). [...] bebia [...] nunca fiz nada de errado a não ser beber (DM47).* Ingestão-de alimentos, especialmente doces: *Comia muito doce [...] depois que eu exagerei no doce prejudicou (DM48). Comia muito doce [...] (DM71).*

c) Fator emocional: *[...] correria do dia-a-dia, estresse [...] acho que é emocional (CF49).*

d) Perda da função endócrina do pâncreas: *Pâncreas parou de funcionar [...] pâncreas secou [...] (DF36).*

As falas dos entrevistados retratam um conhecimento decorrente da convivência com a doença, construído e re-produzido do senso comum, e provavelmente oriundas de orientações recebidas dos profissionais da saúde, uma vez que não houve uma unanimidade sobre a à origem do DM.

Há estudo que menciona que toda condição crônica está diretamente relacionada com o estilo de vida e reforçam a importância de que os fatores como hábitos e costumes, se associados a fatores hereditários influem na probabilidade da doença se manifestar⁽¹³⁾.

O diabetes, enquanto doença crônica, também se manifesta, com a sua evolução e acometimentos nocivos ao organismo. Neste sentido, algumas possíveis conseqüências físicas e fisiológicas provenientes da doença relatadas pelos participantes foram: *Fiquei magrelo, seco estou o couro e osso [...] (DM53). Tudo quanto é tipo de doença ruim ela pode causar [...] tenho os meus pés que eu não sinto nada, pode cortar um fora que eu não estou sentindo (DM47). Eu acho que pode dar alguma coisa [...] boca seca, assim meia azeda a boca [...] começo de infarto, o sangue não queria circular [...] uma hora para outra a pessoa pode ficar mais ruim [...] ficar paralisado (DM71). [...] perder as vistas, perder os rins [...] perda dos movimentos, os meus pés já estão bobos [...] pode ir perdendo órgãos, perder tudo [...] (DF36). Pode cegar, perde um órgão, um rim (DM48). Ficar cego, ter que fazer aquela hemodiálise, seca o rim (DF18).*

Os indivíduos diabéticos demonstraram que têm consciência dos danos causados pela doença. É isto que faz com essas pessoas, provavelmente despertem para a necessidade de serem cautelosos e dedicados ao controle da mesma. O diabetes em longo prazo, pode levar a uma série de complicações como a nefropatia que geralmente evolui para insuficiência renal crônica, retinopatia, com perspectivas de cegueira, neuropatia, úlceras nos pés, responsáveis pelas amputações, artropatia de Charcot e manifestações de disfunção autonômica, que incluem a disfunção sexual, dentre outras^(2,4).

É interessante destacar o conhecimento que os entrevistados apresentaram sobre as complicações do diabetes, uma vez que a maioria delas estavam diretamente relacionadas com as experiências vivenciadas anteriormente: *Tive seis abortos, feridinha vira uma coisa horrível [...] qualquer coisa dá uma infecção brava [...] tive que tirar todos os dentes por causa de uma infecção na gengiva (DF36). [...] ferimentos, trombose [...] (DF22). Problemas nos rins, cortar uma perna, ficar cego (DF18). Pode ficar cega, pode perder os órgãos, igual o rim [...] impotência sexual, fraqueza, anemia (CF49). [...] parando os rins, afetando os olhos e os movimentos, coordenação motora, vai perdendo a parte cerebral [...] ela esquece não se lembra das coisas (CM27). Pode ficar cego, no rim também, faz uma cirurgia as vezes não pode cicatrizar ou se machuca também [...] tudo é muito perigoso, corre muito perigo (CF49).*

O conhecimento que os indivíduos diabéticos e seus familiares têm sobre os prejuízos da doença no organismo é um fator que contribui para o processo saúde-doença, aumentando a autopercepção e favorecendo a mudança de hábitos. Já a falta de conhecimento sobre as terminologias corretas que descrevem as complicações não interferem no controle da doença em si, desde que os indivíduos diabéticos saibam como controlar as manifestações agudas e prevenir as complicações crônicas⁽⁷⁾.

A percepção construída ao longo do processo de viver com a doença faz com que o indivíduo reconheça a sua condição como algo que demanda cuidados e mudanças expressivas no seu cotidiano para o enfrentamento da doença⁽¹⁴⁾. Assim, quando questionados sobre o risco da terminalidade pelo diabetes, a manifestação dos familiares, a este respeito, não diferiu da apresentada pelo indivíduo diabético: *[...] pode até morrer, né? E morre sem a gente ver ou sentir (DM48). Levar até a morte (DM53). Morrer num instante (CF73). Pode morrer de repente (CF46).*

O reconhecimento de que o DM é uma doença que ameaça a vida e que, pelas suas complicações agudas ou crônicas, pode levar à morte, é uma forma de despertar nos indivíduos diabéticos, a importância e o interesse em buscar informações sobre a doença, objetivando uma condição mais segura de vida. De fato, a literatura tem apontado que, a partir de uma conscientização sobre o risco da terminalidade decorrente do descontrole da doença, pode implicar no interesse e busca para a realização das práticas de autocuidado⁽¹⁵⁾.

A necessidade de internação

O DM é considerado um importante problema de saúde, tanto pela sua condição crônica diretamente associada aos hábitos e estilo de vida, quanto pela evolução e agravamento de doenças pré-existentes, culminando com a hospitalização e muitas vezes reinternação em um curto período de tempo, causando danos físicos, psicológicos e econômicos ao indivíduo e a sua família.

Ao investigar, junto aos indivíduos diabéticos e seus familiares, o que determinou a internação e a re-internação, dentro de um intervalo de tempo de 12 meses, constatamos que eles fizeram referência ao aumento da glicemia, mas não aos fatores que provocaram esta elevação: [...] *subiu muita a diabete, eu sentia tudo, dor nas pernas, mal estar, não comia nada só vomitava direto. As duas vezes que me internei foi a mesma coisa (DM53). As duas vezes que eu internei foi por que a diabete estava muito alterada [...] estava muito alterada (DM48). Aqui em casa todo mundo cuida, dá conselho, mas as vezes o diabete sobe e aí tem que internar (CF49).*

Evidencia-se na fala de DM53 o desconforto geral causado pela descompensação dos níveis glicêmicos, resultando em manifestações orgânicas e psicológicas. Os discursos, portanto, são reveladores do quanto o DM é percebido como uma doença ameaçadora, pois a principal causa da hospitalização foi a hiperglicemia, acompanhada ou não de manifestações clínicas.

É essencial que o diabético conheça a doença de forma que possa identificar as alterações e o controle precoce da mesma por meio de alternativas para o cuidar/tratar o DM⁽¹⁶⁾. O descontrole dos níveis glicêmicos se encontra diretamente relacionado ao estilo de vida e isto é percebido pelos indivíduos diabéticos: *Foi por causa do diabetes mesmo que ergueu, comer eu comia muito, a diabetes dá muita fome e toda hora eu estava comendo, comendo né e ela subia (DF18).*

É interessante observar que durante a entrevista, a DF18 fez referência a alguns alimentos de sua maior preferência como macarrão, bolos, pizza e tortas salgadas, levando-nos a inferir que a dieta constitui um grande desafio para o diabético. Para o acompanhamento da doença, é necessário o controle alimentar associado a outros cuidados específicos, como o hábito de realizar atividade física programada⁽⁷⁾.

Estudo realizado com indivíduos diabéticos internados revelou que um dos maiores déficits de autocuidado foi nutricional, e a maior dificuldade apontada pelos participantes não era diminuir a gordura da dieta e sim limitar alimentos com açúcar⁽¹⁶⁾. Outro estudo demonstrou que, independente do tempo de diagnóstico, o indivíduo diabético precisa ter uma alimentação balanceada e dedicar-se a uma atividade física de forma constante⁽⁷⁾.

O diabetes, por se tratar de uma doença multifatorial, a descompensação metabólica tem igualmente uma particularidade multifatorial, que abrange fatores

relacionados não somente com os hábitos e estilo de vida, mas também a fatores biológicos: *Na segunda me deu febre e ninguém sabia o que eu tinha e a diabete alta (DF22). Uma vez internei com tosse e febre de 40 graus e o diabete subiu, da outra vez eu estava com flebite na perna, por causa da infecção a diabete dava HI aí subiu muito e tive que internar (DF36).*

Os relatos mostram que o DM tem uma relação direta com o corpo. Não obstante, qualquer alteração orgânica pode resultar em descontrole metabólico, que vem potencializar complicações, dificultar o tratamento das doenças concomitantes e agravar a condição geral do indivíduo diabético.

Em estudo realizado com indivíduos diabéticos internados, tendo como causa principal a descompensação dos níveis glicêmicos, constatou-se que 63,6% estavam relacionadas com outras complicações⁽¹⁶⁾. Outro estudo realizado com indivíduos diabéticos internados em Hospitais da Universidade de Coimbra mostrou que 76,6% deles apresentavam um fator infeccioso para descompensação glicêmica, sendo as infecções urinárias e respiratórias as mais frequentes⁽¹⁷⁾.

O quadro infeccioso constitui risco eminente para o diabético, uma vez que o estresse causado pela infecção resulta em produção maciça de catecolaminas que inibem a ação da insulina⁽¹⁸⁾, e isso é evidenciado quando a entrevistada revela que o seu DM estava HI, ou seja, concentração altíssima de glicose circulante, situação que pode desencadear outras alterações graves como o coma hiperglicêmico e a cetoacidose diabética comprometendo a própria vida.

Em razão disso, o indivíduo diabético deve estar atento a qualquer alteração perceptível, resultando na procura imediata dos serviços de saúde podendo ocorrer a internação diante de um quadro de descontrole metabólico.

Ao serem questionados sobre alterações no cotidiano da família que podem ter influenciado e culminado nas internações, alguns indivíduos diabéticos reiteram esta situação, entretanto a maioria atribui o fato a quatro condições distintas:

a) Descuido próprio: *Não, é por que eu não me cuidava mesmo, eles brigam comigo, eu comia demais mesmo, era por causa da comida mesmo [...] qualquer coisa que eu como já sobe [...] eu era um pouco rebelde (DF18).*

b) Alterações no estado geral de saúde: *Não no meu caso não, acho que foi pela gripe suína que tive mesmo e pela flebite, aqui em casa não aconteceu nada (DF36).*

c) Sem causa aparente: *Não, aconteceu naturalmente (DM53). Não, quando eu dei fé já estava ruim, não fiz nada de diferente, fiquei ruim e fui obrigado a ficar internado por causa do diabete, estava 500, aí veio pra 300, depois pra 240 e 209 (DM71).*

d) Relacionado ao estado emocional: *Algumas emoções é só eu passar nervoso, ela sobe [...] essa dor forte que dá em mim que ninguém descobre, aqui perto do rim me deixa nervosa e quando minha mãe internou com começo de infarto (DF22).*

Uma importante inferência desprendida das falas é que os indivíduos diabéticos, ao mesmo tempo em que não percebem a alteração que ocorre no cotidiano como causa das internações, atribuem valor incondicional ao envolvimento da família no cuidado com a doença.

A família e a sociedade têm uma influência de caráter positivo ou negativo nas atitudes da vida diária⁽¹⁴⁾. Percebe-se que as pessoas têm arraigado nos costumes familiares sentimentos de respeito um pelo outro e envolvimento com os cuidados do familiar diabético. Isso se evidencia quando uma das entrevistadas explana que os familiares brigavam com ela para que tivesse mais controle sobre a ingestão de alimentos: *[...] a minha mãe e as minhas irmãs ficam falando para eu não comer doce, brigam comigo por causa das coisas de comer, dizem que é nisso que eu tenho que cuidar mais (DF18).*

A união entre os membros da família e a afetividade, encontra-se associados à adesão do indivíduo diabético ao tratamento e ao controle glicêmico. Por outro lado, os conflitos familiares podem representar uma barreira à adesão do tratamento e conseqüentemente resultar no descontrole glicêmico⁽¹⁹⁾. De fato, o relacionamento familiar acontece em meio a atritos e laços de afeto, a DF22 relatou ser rebelde e pouco preocupada com a sua doença, ao contrário de sua mãe, que fomenta uma preocupação indiscutível com a filha. Porém, ambas associaram o descontrole glicêmico com alterações de fundo emocional.

Desde os anos 80, despertou-se o interesse pelo estudo entre estresse e o controle glicêmico, salientando-se que é amplamente reconhecido que o estresse desempenha um papel importante ao longo do curso do diabetes por meio da atividade do sistema nervoso simpático, havendo a mobilização dos hormônios contra-reguladores inibindo assim a ação da insulina⁽²⁰⁾.

Em razão disso, é necessário que o diabético inclua nos cuidados diários algumas técnicas de gestão do estresse, o que constitui uma valiosa ajuda para o metabólico, pode ser estimulado por este motivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que os indivíduos diabéticos e seus familiares apresentam déficit de conhecimento para conceituar diabetes e o definem com conhecimento alicerçado no senso comum. E ainda, os participantes listaram causas importantes do diabetes associando-as com o estilo de vida. Apresentaram unanimidade nas falas ao elencarem as conseqüências do diabetes sobre o corpo e demonstraram ter

consciência da complexidade e gravidade da evolução da doença, no que se refere ao controle diário. Entretanto, apesar destas colocações todos os indivíduos diabéticos tiveram que ser internados duas vezes em um curto período de tempo.

Portanto, estes resultados indicam a necessidade de maior empenho e dedicação por parte das equipes de saúde, principalmente do enfermeiro por ser o profissional que deve manter o contato mais próximo com o indivíduo diabético e seus familiares. Para tanto, o enfermeiro deve chamar para si a responsabilidade do cuidar, na sua totalidade, desenvolvendo atividades de educação em saúde que levem a um maior envolvimento com a comunidade quer seja no âmbito da atenção básica, secundária ou terciária.

E ainda, a atuação do enfermeiro deve ser de forma sistematizada, retomando a história de cada indivíduo diabético e seus familiares para a elaboração de diagnósticos de enfermagem que possibilitem o estabelecimento de cuidados que possam ser desenvolvidos a curto e/ou em longo prazo. Somente desta forma, enfermagem poderá contribuir para a tão necessária valorização da importância da promoção da saúde, prevenção de doenças e principalmente reduzir de forma considerável os gastos desnecessários com internações hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. Marcon SS, Lopes MCL, Fernandes J, Antunes CRM, Waidmann MAP. Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2006; 5(1).
2. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 16. Diabetes Mellitus. Saúde da Família. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006. [cited 2010 ago 08]. Available from: <http://portal.saude.gov.br/saude/>
3. Vigitel 2008 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2009 jun 25]. Available from: <http://portal.saude.gov.br/saude/>
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro (Brasil): Diagraphic; 2003.
5. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato (SP). *Cad Saúde Pública*. 2006; 2(2):377-85.
6. Hashimoto IK. Níveis glicêmicos de diabéticos do tipo 2 cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde de Londrina-PR [monografia]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2006.
7. Gil GP, Haddad MCLH, Guariente MHDM. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. *Ciências Biológicas e da Saúde*. 2008; 29(2):141-54.
8. Biral AM, Cardoso PM, Grunspan S. A importância do educador em diabetes mellitus. *Diabetes Clínica*. 2005; 9(3):193-9.
9. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
11. Grilo C, Sousa MRM, McIntyre T. Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. *RBPS*. 2008; 21(4):281-9.

12. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. Forthcoming. [cited 2010 nov 20]. Author's manuscript available at: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_10.pdf
13. Umpierrez GE, Gonzalez A, Umpierrez D, Pimentel D. [Diabetes mellitus in the hispanic/Latino population: an increasing health care challenge in the United States]. Am J Med Sci. 2007; 334(4):274-82.
14. Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(1):105-11.
15. Lopes MCL, Carreira L, Marcon SS, Souza AC, Waidman MAP. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. Rev Eletronica de Enfermagem. 2008; 10(1):198-211.
16. Comiotto G, Martins JJ. Promovendo o autocuidado do indivíduo diabético: da hospitalização ao domicílio. Arquivos Catarinenses de Medicina ACM. 2006;35(3):59-64.
17. Campos MV, Bastos M, Martins T, Leitão P, Lemos MCA. Hiperosmolaridade diabética: Análise retrospectiva de 60 casos. Acta médica portuguesa. 2003; 16:13-9.
18. Barreto SSM, Vieira SRR, Pinheiro CTS. Rotinas em terapia intensiva. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
19. Rossi VEC, Pace AE, Hayashida M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. Ciência et Praxis. 2009; 2(3):41-6.
20. Silva I, Ribeiro JP, Cardoso H. Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crônicas da doença. Análise Psicológica. 2004; 3(XXII):597-605.

5.3 Artigo 2: Os cuidados cotidianos para o controle do diabetes *mellitus*

OS CUIDADOS COTIDIANOS PARA O CONTROLE DO DIABETES *MELLITUS**

DAILY CARE FOR CONTROL OF DIABETES *MELLITUS*

LOS CUIDADOS COTIDIANOS PARA EL CONTROL DE LA DIABETES *MELLITUS*

Título abreviado: Cuidados cotidianos para o controle glicêmico

Simone Cristina Baggio¹

Sonia Silva Marcon²

Catarina Aparecida Sales³

* Artigo original da Dissertação Intitulado “Vivendo e Convivendo com o Diabetes *Mellitus*” do Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM/PR).

¹ Enfermeira. Mestre em enfermagem pela UEM/PR. Professora do Departamento de Enfermagem da UNIPAR/PR. Paranavaí. Paraná. Brasil. Email: simonezerbato@unipar.br. Endereço para correspondência: Rua Miljutin Cogeí, nº 165, Jardim Curitiba. Paranavaí/PR. CEP 87701-090.

² Enfermeira. Doutora Professora Associada B da Universidade Estadual de Maringá/PR e Coordenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da UEM/PR e Professora do Mestrado do Centro de Ciência da Saúde da UEM/PR. Maringá. Paraná. Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora Professora Adjunto Nível C da Universidade Estadual de Maringá/PR. Maringá. Paraná. Brasil. E-mail: catasales@hotmail.com

RESUMO

Para conhecer os cuidados adotados pelo indivíduo diabético e familiar para o controle dos níveis glicêmicos, realizou-se este estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada em 2010, por meio de entrevista semiestruturada e submetida à análise de conteúdo. Participaram deste estudo oito diabéticos e sete familiares. Os resultados mostraram que os diabéticos consideram difícil manter a doença sob controle e que apesar da preocupação da família com a mudança de hábitos eles apresentam baixa adesão aos cuidados recomendados para o controle metabólico, principalmente em relação à alimentação. Conclui-se que há a necessidade de se desenvolver estratégias visando a sistematização do cuidado do indivíduo diabético, envolvendo o doente e a família no planejamento das ações de educação em saúde, contribuindo com o desenvolvimento de habilidades para um cuidado persistente e efetivo no controle metabólico conforme a realidade de cada núcleo familiar.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*. Cuidadores. Apoio familiar.

ABSTRACT

To know the cares adopted by the diabetic and family individual for the control of the glycemics levels, this descriptive-exploratory study was done, with qualitative approach. The collection of data was accomplished in 2010, through semi-structured interview and submitted to the content analysis. Eight diabetics and seven family members took part of this study. The results showed that diabetics find it hard to keep the disease under control and that despite the concern of the family with the change of habits they have low adherence to recommended care for metabolic control, especially in relation to food. It's concluded that there is a need to develop strategies that aim the systematization care to people with diabetes involving the sick and the family in the planning of the education actions in health, contributing with the development of abilities to a persistent and effective care in the metabolic control according to the reality of each family nucleus.

Keywords: Diabetes *mellitus*. Caregivers. Family support.

RESUMEN

Para conocer cuidados adaptados por el individuo con diabético y familiar para el control de los niveles glicémicos, se realizó este estudio descriptivo- exploratorio, con abordaje calificativo. La colecta de datos fue realizada en 2010, por medio de entrevista semi-estructurada y sometida a los análisis de contenido. Participaron de este estudio ocho diabéticos y siete familiares. Los resultados mostraron que los diabéticos consideran difícil mantener la enfermedad bajo control y que a pesar de la preocupación de la familia el cambio de hábitos ellos presentan baja adhesión a los cuidados recomendados para el control metabólico, principalmente en relación a la alimentación. Se concluye que existe la necesidad de desarrollar estrategias visando la sistematización del cuidado del individuo diabético, incluyendo al enfermo y a la familia en el planeamiento de las acciones de la educación en la salud, contribuyendo con el desarrollo de habilidades para un cuidado persistente ye efectivo en el control metabólico conforme a la realidad de cada núcleo familiar.

Palabras clave: Diabetes *mellitus*. Cuidadores. Apoyo familiar.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) é considerado uma condição crônica de saúde que demanda do doente atenção e conhecimentos para uma melhor condução do seu complexo tratamento, caracterizado, principalmente, pela necessidade de mudanças no estilo de vida, sobretudo em relação à prática alimentar e de atividade física¹.

Neste sentido, para o tratamento do indivíduo diabético se faz imprescindível o envolvimento do paciente e sua família, bem como das organizações de saúde e da comunidade no tratamento².

Destaca-se que a família pode apresentar comportamentos, ações e hábitos de vida que podem influenciar o estado de saúde de cada indivíduo, e o doente crônico entusiasma o modo pelo qual a unidade familiar funciona. Nessa arte de influências mútuas, a família passa a ser considerada como o grupo primário de relacionamento e articulação para seus membros³.

Assim, a família constitui uma unidade importante de cuidado para o indivíduo acometido por uma condição crônica de saúde, e quase sempre um de seus membros acaba assumindo o papel de cuidador. O cuidado no âmbito familiar pode ser influenciado pela cultura, crenças, valores e significados compartilhados, e pelas condições socioeconômicas e educacionais. Por essa razão, a pessoa diabética e a família podem ter suas decisões baseadas em seus hábitos de vida, crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença, e ao mesmo tempo compatíveis com sua condição econômica³.

No caso do DM, o apoio familiar é essencial, funcionando como um aliado para a obtenção de orientações de saúde adequadas e melhores condições de enfrentamento da doença. Deste modo, a educação do indivíduo diabético e do familiar envolvido com o cuidado deve valorizar as experiências e os conhecimentos prévios, norteados por costumes, valores e crenças do próprio diabético e de seu familiar acerca da doença⁴.

O controle do DM vincula-se a mudanças no estilo de vida do diabético que devem perdurar por toda a sua existência e o tratamento demanda cuidados com a alimentação, medicações diárias, exercícios físicos programados, automonitorização da glicemia, cuidados com o corpo, educação constante e mudanças gerais no comportamento⁵.

Diante disso, faz-se necessário instruir e conscientizar o diabético e a sua família, por meio de ações educativas, da relevância de terem conhecimento a respeito do DM como parte incondicional do cuidado, permitindo um melhor convívio com a doença, tornando-os os principais responsáveis pelo tratamento e, conseqüentemente, controle da doença e prevenção de possíveis complicações⁵.

Assim, o cuidado com esta patologia não envolve somente mudanças comportamentais, mas também em uma interação amistosa entre familiares e diabético, pois o cuidado acontece alicerçado em costumes, valores, crenças pré-estabelecidos no convívio domiciliar e, dentro desta realidade, a construção do conhecimento da doença precisa acontecer e deve ser comum entre os envolvidos com o manejo da doença.

Vários estudos demonstram que a capacitação do diabético e daqueles envolvidos com o cuidado cotidiano da doença é o ponto chave para o controle dos níveis glicêmicos. Sendo assim, é responsabilidade dos profissionais da saúde subsidiar esse cuidado com orientações eficazes e pertinentes às necessidades de cada doente e da sua família, potencializando suas capacidades para o autocuidado competente do DM.

Diante do exposto, este trabalho teve por objetivo conhecer os cuidados adotados pelo indivíduo com diabetes e familiar para o controle dos níveis glicêmicos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo/exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória caracteriza-se pela busca de uma aproximação sobre o tema já

disponível, sobre o assunto a ser abordado. A pesquisa descritiva é utilizada para expor um fato ou fenômeno, por meio de um levantamento das características conhecidas, tendo como principal objetivo descrever as características de uma população ou fenômeno⁶.

O critério de inclusão dos participantes foi o de ter sido internado duas vezes num intervalo de 12 meses entre uma internação e outra, com os códigos E10 (Não insulino-dependente) e E11 (insulino-dependente) do Código Internacional de Doença (CID10), no período de 2008 e 2009, e em um dos três hospitais (Santa Casa, Regional e Unimed), localizados no município de Paranaíba-PR.

Em 2008 ocorreram 49 internações e em 2009, 52 internações. Das 101 internações, 88 pessoas residiam no município de Paranaíba-PR, e destas 13 tinham sido internadas duas vezes em um intervalo de 12 meses. Diante da dificuldade para conseguir um contato por telefone para o agendamento da entrevista com os 13 diabéticos e familiares realizamos uma visita domiciliar, no qual constatamos que três diabéticos tinham falecido e dois tinham retornado para os municípios de origem.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2010, no domicílio dos indivíduos, por meio de entrevista semiestruturada. Todas as falas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Durante as entrevistas, foi utilizado um roteiro constituído de três partes e elaborado pelos próprios pesquisadores: a primeira contendo 11 questões referentes à identificação do indivíduo e da família, a segunda e a terceira com duas questões abertas cada voltadas para os cuidados adotados pelo indivíduo diabético e pelo familiar, respectivamente, para o controle dos níveis glicêmicos.

Para análise utilizou-se o referencial metodológico de Bardin, por se tratar de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que

possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens⁷.

Para análise dos dados decorrentes da transcrição das entrevistas, realizamos uma leitura detalhada de todas as falas. A pré-análise dos dados possibilitou a identificação dos componentes para as interpretações. Após a exploração do material realizamos o tratamento dos dados, organizando de forma sistemática em unidades temáticas, e submetidas a inferências e interpretação das categorias significativas, e a discussão foi baseada em publicações científicas existentes sobre a temática.

O desenvolvimento do estudo atendeu as exigências da Res. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer n.º. 670/2009). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, suas falas foram identificadas pelas letras “D” de doente ou “C” de familiar mais envolvido no cuidado, seguidas da letra “M” para o sexo masculino e “F” para o sexo feminino e do número concernente à idade do entrevistado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os informantes do estudo

Dos oito diabéticos em estudo, cinco eram do sexo masculino com idade entre 47 e 71 anos, e três eram mulheres na faixa etária de 18 e 36 anos. Quanto ao nível de escolaridade, dois eram analfabetos e os demais tinham de quatro a 11 anos de estudo.

No que diz respeito à ocupação quatro são aposentados, dois não têm nenhuma ocupação, uma é babá e outro tratorista.

Com relação ao tempo da doença, verificou-se uma variação de dois a 21 anos de diagnóstico. Todos eram insulino-dependentes e seis faziam uso de outras medicações para problemas de saúde diversos. Apenas duas mulheres com 18 e 22 anos não apresentavam outras doenças associadas.

Dos diabéticos, apenas um é dependente de cuidados (53 anos), tem síndrome de Down, não fala, caminha com dificuldade, apresenta déficit cognitivo importante, é cego, obeso e permaneceu sonolento durante toda a entrevista.

Quanto ao familiar cuidador, apenas um era do sexo masculino, (esposo com 27 anos). Seis cuidadoras tinham idade entre 46 e 73 anos, sendo que, em três casos, era a mãe, em dois a irmã mais velha e em um a esposa. Um doente era responsável por seu autocuidado. Os familiares em estudo tinham entre dois a 11 anos de estudo, e independentemente do tempo que frequentaram a escola, todos sabiam ler e escrever.

Considerando os depoimentos dos participantes do estudo sobre o conhecimento, entendimento e a percepção acerca da doença, emergiram três categorias temáticas: *“Controlando a doença”*, *“Cuidando de si no cotidiano”* e *“Cuidando do outro”*.

Controlando a doença

Para que haja o controle da doença, é importante que o diabético primeiramente tenha a consciência da sua condição de doente crônico e, posteriormente, re-planeja sua vida diária com mudanças de hábitos e estilo de vida, permeados por restrições que implicarão em modificações alimentares, prática de atividade física e uso criterioso da medicação, além de estar mais atento às alterações do nível glicêmico. Assim, ao investigar junto aos doentes as facilidades ou dificuldades para manter o diabetes controlado, observou-se que os mesmos vivem um paradoxo existencial, ou seja, ao ingerirem alimentos não recomendados angustiam-se ante seu descontrole glicêmico.

Ah o meu diabete é difícil, na mesma hora que ele está 50, 60 se eu comer alguma coisinha vai pra 300. (DM47)

Mais ou menos, é de vez em quando eu como um pouco a mais de comida, chupo uma bala de vez em quando. (DF18)

Observa-se que no relato de (DM71) que o mesmo exprime que a convivência com o DM é permeada de dificuldades que estão relacionadas primeiramente com a condição crônica da doença, posteriormente com as restrições alimentares, seguido da necessidade constante do controle da medicação.

O Diabetes Mellitus acarreta mudanças significativas na relação que o indivíduo com diabetes forma com seu próprio corpo e com o mundo que o rodeia. Assim, o conflito entre o desejo de se alimentar e a necessidade forçosa de contê-la está sempre presente. Porém, associado com o manejo alimentar, há necessidade de fazer uso criterioso da medicação que tem efeito benéfico ao diabético, possibilitando o controle metabólico do DM⁵⁻⁸.

Difícil, por que tem muita coisa que a gente não pode fazer, muita coisa que não pode comer, mas é principalmente por que não pode comer tudo o que a gente tem vontade. (DF36)

Ah é difícil por que a gente não pode de jeito nenhum se esquecer de tomar o remédio certo, outra hora a gente esquece que não pode comer muito macarrão, que não pode comer muita carne, muita massa e aí a diabete sobe. É difícil por causa da comida [...]. (DM71)

As limitações experimentadas pelo indivíduo diabético são inúmeras e desencadeiam vários sentimentos. A dificuldade em controlar a doença crônica por exemplo gera medo e insegurança, além de atitudes inicialmente de resistência que vão evoluindo ao conformismo e ao autocuidado⁹.

Nesse sentido, atentando para a fala de (DM22), apreende-se que a doença representa para ela um fardo difícil de ser carregado, uma vez que, torna-a prisioneira da doença e de si mesmo, limitando seus sonhos, desejos e, principalmente, drenando a essência de sua vida.

Não, ah eu saio com minhas amigas e elas fazem de tudo, então as vezes esqueço que sou diabética e acabo fazendo as mesmas coisas, aí não consigo controlar. (DF22)

Mas, apesar de toda dificuldade vivenciada, faz-se necessário que a pessoa com DM tenha participação ativa no monitoramento da sua doença: escolha de alimentos, horários regulares de refeições, qualidade e quantidade de alimento ingerido, regularidade de atividade física, automonitorização da glicemia capilar, exame dos pés, uso de medicamentos nos horários e doses corretas, retorno periódico à consulta médica, conhecimento de sinais e sintomas de hiperglicemia, entre outros cuidados¹⁰.

Relativo a esta questão nota-se na linguagem dos entrevistados que percepção sobre a presença de sinais/sintomas de hiperglicemia ou hipoglicemia constitui o principal recurso utilizado pelo diabético para perceber o descontrole metabólico.

[...] no dia-a-dia eu sei se ela está alterada porque as minhas vistas ficam turvas [...]. Quando ela abaixa demais me dá uma fraqueza, uma tremedeira, fico tremendo e tenho que comer um troço, uma massa ou um suco para ela reagir de novo. Mas, sei se ela está controlada ou não quando eu sinto essas coisas aí, se não sinto é porque está tudo bem. (DM48)

Estudo realizado com diabéticos do tipo I destacou os principais sintomas mencionados de hiperglicemia, como dor de cabeça, sudorese em mãos, sede e aumento do volume de urina, agressividade, fome e dor no estômago. Na caracterização dos sintomas de hipoglicemia, referiam tremores, fome e dor de cabeça, fraqueza, sonolência, perda da consciência, tontura, dor no estômago e choro¹¹.

Além de demonstrarem conhecimento dos sinais e sintomas da alteração metabólica, alguns indivíduos diabéticos monitoram frequentemente a dosagem de glicemia capilar no próprio domicílio ou na unidade básica de saúde mais próxima o que, lhes permite tomar condutas adequadas diante do resultado.

[...] eu tenho o aparelhinho e sempre estou medindo e controlando [...]. (DM48)

Os relatos demonstram que para estes depoentes, a monitoração da glicemia é primordial para direcionar as ações que envolvem o tratamento do DM. Ela também permite a construção de um perfil glicêmico o que por sua vez possibilita ao indivíduo diabético e à sua família reconhecer as características que podem contribuir para a apresentação de episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia, assim como de outras complicações da doença¹.

A ausência dos sinais de hipoglicemia ou hiperglicemia resulta na percepção de bem-estar diante do controle da glicemia, constituindo um estímulo à adoção de comportamentos que favorece o controle metabólico.

Ah sabe quando você respira aquele ar gostoso é o que eu sinto por dentro quando ela está boa, quando ele está alto aí já sinto uma coisa ruim por dentro, tipo como se tivesse uma ferida no estômago, aquela coisa ruim, começa a dar queimação, quando está alta. Agora quando está baixo, começa a dar tremedeira suar frio [...]. Aí quando fica normal dá tipo aquele ar gostoso por dentro, a gente respira gostoso, é quando está tudo bem. (DF18)

Estudo desenvolvido com 240 diabéticos do Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP, constatou que a maioria (62,9%) referiu conviver normalmente com o diabetes e metade referiu estar controlando bem o diabetes, o que levou a autora a concluir que apesar das dificuldades para a adaptação ao tratamento, os doentes parecem estar conseguindo conviver adequadamente com a doença refletindo em um maior bem estar diante do controle metabólico¹².

Diante do exposto, nota-se que a evolução da doença crônica modifica o cotidiano do indivíduo. As mudanças necessárias e a manutenção das mesmas trazem ao indivíduo uma situação real jamais idealizada e, dessa maneira, a adaptação a um novo estilo de vida torna-se

difícil de ser aceito e, principalmente, de ser seguido, pois é uma característica do ser humano apresentar resistência quando entraves lhes são atribuídos.

Cuidando de si no cotidiano

O cuidado é intrínseco do ser humano e acontece espontaneamente durante as atividades banais do cotidiano. No caso do indivíduo com diabetes, o cuidado é experienciado de uma forma singular e deve ser contínuo, planejado e agregado à rotina da família. Os membros da família têm um papel fundamental na mudança de comportamento concorrendo para o controle metabólico.

Para as pessoas diabéticas e família quando se deparam com a doença, as rotinas no seio familiar são modificadas e/ou adaptadas em prol de cuidados inerentes à doença. Dentre essas re-adaptações eles pontuam cuidados importantes e apontam como um dos principais cuidados para o controle e tratamento da doença o domínio sobre a alimentação.

Tem que fazer a dieta, rigorosa certinho [...] tem que comer de 2/2 horas ou de 3/3 horas [...], comer uma fruta a cada 3 horas, mas as vezes eu não tenho vontade de comer, como uma sopinha. (DF36)

Controlar a comida, por que é difícil né, diabete dá muita fome, eu tento controlar, evito comer mais macarrão, agora das outras comida eu como de tudo, mas de tudo um pouco [...], ah eu como arroz, feijão, carne, salada, frutas quando tem. (DF18)

Atentando-se para as falas pode-se perceber o quão é difícil para a pessoa diabética aderir a esse cuidado recomendado, mas, apesar das adversidades os mesmos buscam em suas singularidades uma forma de conviverem melhores com a doença.

A restrição alimentar é uma invariável no cotidiano da pessoa diabética e a reeducação alimentar é fator definitivo na sua vida. Dessa forma, a educação em diabetes é essencial para a compreensão da necessidade de repensar o planejamento alimentar³.

Estudo com 54 diabéticos do Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP destacou que as mudanças na periodicidade com que os indivíduos diabéticos se alimentavam, bem como o fracionamento da alimentação, possibilitaram constatar que a modificação na quantidade de alimentos ingeridos é um ponto fundamental para o controle da doença³.

Seguindo este pensar, é imprescindível que o diabético observe a característica dos alimentos no momento da refeição, devendo ter um cuidado criterioso para realizar uma refeição balanceada e ao mesmo tempo respeitando as restrições dietéticas impostas pelo DM¹¹.

Em relação aos relatos dos familiares averigua-se a preocupação e a dificuldade que eles enfrentam com o controle alimentar do diabético. Evidencia-se também a vontade que eles têm de, aconchegar, envolver e, principalmente, protegê-los do mundo ao seu redor.

[...] se eu pudesse colocava ele dentro de uma bolha e colocava a comida dele tudo por uma janelinha que só a mão dele pudesse pegar, assim ele ia comer corretamente como deve um diabético. (CF49)

Acerca das mensagens dos familiares, contatei em estudo que é necessário envidar esforços para que ocorra interação de todos os membros da família na busca por hábitos alimentares saudáveis, e que as orientações precisam levar em consideração os aspectos econômicos, culturais e sociais e atender as necessidades, as preocupações e os sentimentos da família quanto à qualidade, quantidade e fracionamento dos alimentos³.

Outro cuidado apontado pelos diabéticos e familiares para o controle do DM é o uso da medicação prescrita. Os mesmos demonstraram nas suas expressões faciais e na prontidão em mostrar os medicamentos utilizados, que o remédio constitui o grande aliado no controle da doença e que o uso correto da medicação e sua manutenção são um dos cuidados fundamentais no tratamento. Autores enfatizam que o uso criterioso da medicação é um dos

pilares no tratamento do DM, porém faz parte de um conjunto de observações diárias para o alcance da meta que é o controle metabólico, não transpondo os demais cuidados que o diabético e cuidador devem ter cotidianamente⁸.

*Ah pra isso tem o remédio que eles passa, aí eu vou tomando. (DM71).
Nossa o único jeito de controlar o diabetes é dando o remédio [...], a gente não tem mais nada que pode ser feito, assim eu do chá da folha da insulina, chazinho de casa pra ir acalmando mais né. (CF62)*

Relativo a questão estudo realizado pelo Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista com 55 diabéticos demonstrou que o conhecimento e a preocupação acerca da medicação podem contribuir com o estado de saúde da pessoa com diabetes e, conseqüentemente, constituir em acréscimo significativo ao controle metabólico e a prevenção de complicações¹³.

É indispensável comentar que tão importante quanto tomar o medicamento é ser capaz de compreender e relacionar os mecanismos de ação, dosagem, horário e efeitos colaterais dos medicamentos utilizados¹³.

A prática da atividade física como cuidado para o controle metabólico foi referida apenas por três diabéticos, demonstrando que o cuidado merece maior atenção por parte dos profissionais da saúde, englobando-o no planejamento das ações para a educação em saúde do diabético.

*Um cuidado que a gente deve ter para conseguir o controle do diabetes é fazer exercício [...], caminhada, ultimamente não to me cuidando, não to fazendo exercício. (DF22)
Fora a dieta para controlar a diabete, tem que fazer caminhada, caminhada, mas eu estou proibida de fazer caminhada por causa do pé diabético. (DF36).
Além da insulina e comer da maneira certa, praticar exercícios, exercícios é difícil eu praticar, de vez em quando eu fico em casa fazendo exercícios, mas é difícil. (DF18).*

Na literatura a prática da atividade física é recomendada no mínimo três dias intercalados por semana, sendo o ideal todos os dias e, se possível, no mesmo horário. Quanto à duração, recomenda-se o mínimo de 20 minutos diário de atividade física aeróbica para que os benefícios sejam obtidos, podendo chegar a 60 minutos ou mais, dependendo de como a taxa glicêmica pré-exercício estará. Ainda é aconselhado que a proposta do trabalho seja definida e adequada à condição física do doente¹⁴.

Contudo, a prática de atividade física pode ser de difícil adesão, pois envolve mudança de hábitos pessoais, alteração no cotidiano, motivação, valores, crenças e autoestima. Iniciar e/ou implementar a atividade física é um dos desafios do tratamento dispensado ao paciente diabético e deve ser praticada com a orientação e o apoio de uma equipe multiprofissional³.

Estudo mostrou que ao longo do tempo de acompanhamento de um grupo de diabéticos que se adaptaram à restrição alimentar e a prática de atividade física, muitos dos participantes obtiveram o sucesso do controle glicêmico por meio destes cuidados. Evidenciou-se também que muitos diabéticos deixaram de usar insulina depois da adoção desses cuidados cotidianos, que se mostram ativos no controle metabólico¹¹.

Ressalta-se que alguns familiares associam as alterações que possam ocorrer aos doentes ao estado emocional, e com isso, os mesmos se preocupam em proporcionar um ambiente domiciliar salutar.

Eu ajudo no controle da diabete dele não deixando ele nervoso, deixo ele tranqüilo por que eu acho que a diabete dele é de nervoso. Ele não pode passar nervoso que sobe lá em cima, então manter aqui dentro de casa um lugar tranqüilo é o que eu posso fazer para ele. (CF46)

Além dos cuidados com a alimentação, dar a insulina, eu dou bastante amor, bastante carinho para ele, eu falo eu entre aspas, toda a família, a gente não quer ver ele estressado, por que a gente sabe que o nervoso pode afetar o diabetes. Se eu pudesse ia fazer aquele tratamento vip. (CF49)

Salienta-se o estudo desenvolvido com um “Grupo de Diabéticos” do município de Ijuí que mostrou que alguns entrevistados fizeram referência à determinadas situações de estresse e as consideraram colaboradoras para a alteração dos níveis glicêmicos. Além disso, fizeram menção que ao passar por tais momentos, perceberam que as taxas de glicemia se modificaram, deixando-os preocupados¹⁵.

Em outra pesquisa constatou-se que durante um episódio de estresse fisiológico, o nível de glicemia pode crescer em decorrência da elevação no nível de hormônios do estresse (adrenalina, noradrenalina, glucagon, cortisol e hormônio do crescimento). Além disso, a pessoa em situação de estresse pode aumentar o número usual de refeições, atividade física e medicamentos, cooperando para uma hiperglicemia ou para uma hipoglicemia¹⁶.

Em contrapartida, quando o emocional é amparado pela união e a afetividade entre os membros da família possibilita que o paciente adere melhor ao tratamento e ao controle glicêmico contribuindo com a estabilidade metabólica. Em oposição, os conflitos familiares podem representar uma barreira à adesão comprometendo o controle da doença¹⁷.

Cuidando do outro

Por ser a família considerada uma unidade de cuidado e nela se eleger um familiar responsável como cuidador principal, é que buscamos, nesse cenário, em que o cuidado acontece, as práticas diárias desenvolvidas pelo familiar responsável pela saúde do indivíduo diabético:

Então, eu cuido da alimentação, dou banho, corto a unha, corto cabelo, eu limpo, tem sempre que hidratar as pernas, os braços, todo dia de manhã eu passo hidratante nele, dou água, eu não esqueço de dar água ele toma água o dia todo (CF62).

Eu cuido da comida, dos remédios na hora certa. Limpo a casa dele, lavo as roupas, eu que controlo tudo. Não deixo ele comer doce, fumar, beber bebida de álcool[...], eu vivo pegando no pé dele. E levo ele no médico quando não está bom, não está bom vamos pro médico, abaixo de Deus é o médico (CF73).

Diante das falas, evidencia-se um caráter de cuidado geral, em que o familiar não se detém apenas aos cuidados específicos da doença, mas vai além, desenvolvendo cuidados de higiene e conforto, cuidados com a saúde, manutenção da integridade da pele e hidratação cutânea. Isso reflete o envolvimento e a preocupação do responsável pelo cuidado visando ao bem-estar pleno do diabético.

Neste sentido, estudo demonstra que o cuidado familiar é fundamental para o bom controle do nível glicêmico, devido à melhora na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. O conforto de ser cuidado no próprio domicílio, também é um fator que reforça a importância de se trabalhar com a família para o cuidado ao paciente diabético¹⁸, pois a cronicidade da doença resulta em vários comprometimentos orgânicos, e muitas vezes cuidados simples tornam-se difíceis ou impossíveis de serem concretizados.

A mudança de comportamento da família contribui para uma adesão facilitada e mais prazerosa às modificações de hábitos por parte do indivíduo diabético, funcionando como estímulo para que ele tenha a consciência da necessidade de adotar condutas cotidianas que vise ao seu controle metabólico¹⁷. E, este, abarcamento da família no cuidado ficou evidente quando o familiar elucidou as mudanças ocorridas no núcleo familiar e na rotina diária em prol do tratamento e controle do DM do seu membro:

Ah teve bastante mudança em casa né[...], a família inteira adotou as mudanças, mas a principal mudança foi a alimentação, mudou a alimentação para todo mundo [...] as vezes tem alguma coisa de diferente pros outros, mas a maioria da alimentação é tudo assim quase sem gordura, quase sem sal, muito pouca fritura. Se põe na mesa alguma coisa que ele não pode, por exemplo refrigerante normal, por que o dele é diet, todo mundo fica de olho para ele não pegar o errado. (CF62)

É interessante observar na entrevista CF62 que a preocupação da família é única, manter a doença sob controle. Diante disto, toda a família se priva de doces e guloseimas em prol do diabético, e quando é possível a aquisição de alimentos *diet*, destacando-se os

refrigerantes, todos os membros da família durante a refeição cuidam para que o diabético consuma a bebida certa e a quantidade recomendada, demonstrando responsabilidade e comprometimento do núcleo familiar com o indivíduo diabético.

Estudo desenvolvido com diabéticos tipo 1, mostrou que o apoio da família é fundamental na adaptação do doente às mudanças comportamentais necessárias, em especial no que tange à alimentação, sendo normalmente a parte mais transgredida pelos diabéticos. Ainda, destacou-se que a adesão da família ao plano alimentar é um fator positivo que apoia os novos hábitos alimentares, evidenciando a importância que os diabéticos dão ao envolvimento e participação da família no controle do DM¹⁷.

Diante disso, as mudanças de comportamento ocorridas no núcleo familiar não devem retirar do doente crônico a responsabilidade no controle da doença, mas que através das mesmas a família busque condicionar o indivíduo diabético à sua nova realidade de vida, capacitando-o e dando-lhe autonomia para que desenvolva seu autocuidado incentivado pelo envolvimento da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que os diabéticos consideram difícil controlar a doença e deixam explícito que tal controle muitas vezes foge da sua autonomia.

Por outro lado, diabéticos e familiares listaram cuidados importantes que devem ser adotados para o controle da doença. Porém, observou-se que dentre os cuidados citados realizam planos alimentares pouco recomendados e baixa adesão a prática de atividade física.

Notoriamente, evidenciou-se uma grande preocupação da família no controle metabólico, resultando em mudanças comportamentais no núcleo familiar principalmente com relação aos hábitos alimentares. Destaca-se o envolvimento e participação da família, nos

cuidados cotidianos no âmbito domiciliar, contribuindo com a maior adesão do diabético ao tratamento.

Conclui-se que há a necessidade das equipes de saúde desenvolver estratégias de planejamento da sistematização do cuidado ao indivíduo diabético, com maior envolvimento do mesmo e da sua família esclarecendo dúvidas e capacitando esse grupo de pessoas, dando-lhes condições para que desenvolvam um cuidado persistente e efetivo no controle metabólico dentro da realidade de cada núcleo familiar.

Desta forma, o profissional deve promover ações em saúde mediante o conhecimento integral do doente e da sua família, entendendo as relações familiares que permeiam o cuidado, atuando de maneira a construir ou lapidar o conhecimento sobre a doença, contribuindo com práticas domiciliares diárias saudáveis e seguras ao diabético e à família.

Perante o exposto, espero que este trabalho represente um pequeno passo na produção do conhecimento sobre o processo do trabalho educativo ao indivíduo diabético e a sua família, fazendo-se necessária a realização de novos estudos a fim de desvelar as perspectivas dos profissionais da saúde, em especial dos enfermeiros, quanto à educação e conscientização em saúde e como o cuidado para o controle metabólico pode ser concebido, planejado, sistematizado, executado e avaliado no cotidiano da práxis profissional.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2008 Jan; 28 Suppl 1.
2. Zanetti ML, Otero LM, Peres DS, Santos MA, Guimarães FPM, Freitas MCF. Evolução do tratamento de pacientes diabéticos utilizando o protocolo staged diabetes management. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):338-44.
3. Zanetti ML, Biagg MV, Santos MA, Péres DS, Teixeira CRS. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Rev Bras Enferm*. 2008 mar-abr; 61(2):186-92.
4. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e seu principal cuidador. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(3):397-406.

5. Biral AM, Cardoso PM, Grunspan S. A importância do educador em diabetes mellitus. *Diabetes Clínica*. 2005 maio-jun; 9(3):193-9.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11^a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edições 70: Lisboa; 2008.
8. Gimenes HT, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. *Ciênc cuid e saúde*. 2006 set-dez; 5(3):317-325.
9. Santos Filho CV, Rodrigues WHC, Santos RB. Papéis de autocuidado - subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008 mar; 12(1):125-9.
10. Baquedano IR, Santos MA, Teixeira CRS, Martins TA, Zanetti ML. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. *Rev esc enferm. USP [periódico na Internet]*. 2010 dez [citado 2011 mar 03] ; 44(4): 1017-1023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt doi: 10.1590/S0080-62342010000400023.
11. Góes APP, Vieira MRR, Liberatore Júnior RDR. Diabetes *mellitus* tipo I no contexto familiar e social. *Rev Paul Pediatría*. 2007; 25(2):124-8.
12. Otero LM. Implementação e avaliação de atendimento ao Paciente Diabético utilizando o protocolo *Staged Diabetes Management*. [Tese]. Ribeirão Preto(SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
13. Faria HTG, Zanetti ML, Santos MA, Teixeira CRS. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(5):612-7.
14. Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. Frequência da atividade física. [citado 2010 ago 31]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/atividade_fisica/frequenciadaativfis.php
15. Welfer M, Leite MT. Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para continuar vivendo. *Rev Scientia Medica*. 2005; 15(3):148-55.
16. Marcelino DB, Carvalho MDB. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicol Reflex Crit*. 2005; 18:72-7.
17. Rossi VEC, Pace AE, Hayashida M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciência et Praxis*. 2009; 2(3):41-6.
18. Moreira RC, Cruz CFR, Valsecchi EASS, Marcon SS. Vivências em família das necessidades de cuidados referentes à insulino terapia e prevenção do pé diabético. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008 jun; 29(2):283-91.

5.4 Artigo 3: A busca do atendimento em saúde por indivíduo com diabetes

A BUSCA DO ATENDIMENTO EM SAÚDE POR INDIVÍDUO COM DIABETES*

THE SEARCH FOR THE INDIVIDUAL HEALTH CARE WITH DIABETES

LA BUSCA DEL ATENDIMIENTO EN LA SALUD POR INDIVIDUO CON DIABETES

Simone Cristina Baggio¹

Sonia Silva Marcon²

* Artigo original da Dissertação Intitulado “Vivendo e Convivendo com o Diabetes *Mellitus*” do Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM/PR).

¹ Enfermeira. Mestre em enfermagem pela UEM/PR. Coordenadora do Curso Bacharelado em Enfermagem e Professora do Departamento de Enfermagem da UNIPAR/PR. Paranavaí. Paraná. Brasil. Endereço para correspondência: Rua Miljutin Cogeí, nº 165, Jardim Curitiba. Paranavaí/PR. CEP 87701-090. Telefones para contato: (44)3045-6312, (44)8848-2501, (44)3421-4000. E-mail: simonezerbato@unipar.br

² Enfermeira. Doutora Professora Associada B da Universidade Estadual de Maringá/PR e Coodenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da UEM/PR e Professora do Mestrado do Centro de Ciência da Saúde da UEM/PR. Maringá. Paraná. Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

RESUMO: Para identificar os recursos de saúde utilizados por diabéticos e familiares diante do descontrole glicêmico e conhecer a percepção desses sobre o atendimento recebido, realizou-se este estudo de natureza descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada em 2010, por meio de entrevista semiestruturada e submetida à análise de conteúdo. Participaram deste estudo oito diabéticos e sete familiares. Os resultados evidenciam práticas domiciliares adequadas diante da hiperglicemia e hipoglicemia, e imediatamente após a estabilização glicêmica, diabéticos e familiares procuram atendimento de saúde, demonstrando-se satisfeitos com o atendimento recebido, porém, foram incapazes de identificar o enfermeiro durante a assistência. É necessário estratégias que visem a sistematização do cuidado ao indivíduo diabético, bem como o envolvimento e capacitação do enfermeiro para o planejamento de ações afim de, desenvolver um cuidado contínuo e efetivo no controle metabólico dentro da singularidade de cada núcleo familiar.

DESCRIPTORES: Diabetes *mellitus*. Assistência de enfermagem. Educação em saúde.

ABSTRACT: To identify the resources of health used by diabetics and family toward the disarray glyceic and to know the perception of those about the received attendance, it was done descriptive, exploratory nature study with qualitative approach. The collection of data was accomplished in 2010, through semi-structured interview and submitted to the content analysis. In this study eight diabetics and seven family members took part of it. The results evidence domicile practice adapted toward the hyperglycemic and hypoglycemic, and right after the glyceic control, diabetics and relatives seek for health attendance, showing satisfaction with the received attendance, even so, they were unable to identify the nurse during the attendance. It is necessary strategies that angle for the systematization of the care to the diabetic person, as well as the involvement and the nurse training for the planning of actions, to develop a continuous and effective care in the metabolic control within the singularity of each family nucleus.

DESCRIPTORS: Diabetes *mellitus*. Nursing care. Health education.

RESUMEN: Para identificar los recursos de salud utilizados por individuos diabéticos y familiares delante del descontrol glicémico y conocer la percepción de éstos sobre el atendimento recibido, se realizó este estudio de naturaleza descriptiva, exploratoria y con abordaje calificativa. La colecta de datos fue realizada en 2010, por medio de entrevista semiestruturada y sometida a los análisis del contenido. Participaron de este estudio ocho diabéticos y siete familiares. Los resultados evidencian prácticas domiciliares adecuadas delante del la hiperglucemia e hipoglucemia, e inmediatamente después de la estabilización glicémica, diabéticos y familiares buscan atendimento en la unidad de salud, demostrando satisfacción con el atendimento recibido, pero fueron incapaces de identificar al enfermero durante la asistencia. Es necesario estrategias que visen la sistematización del cuidado al individuo diabético, bien como el envolvimento y capacitación del enfermero para el planeamiento de acciones a fin de desarrollar un cuidado seguido y efectivo en el control metabólico dentro de la singularidad de cada núcleo familiar.

DESCRIPTORES: Diabetes *mellitus*. Asistencia de enfermería. Educación en la salud.

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica em ascensão na atualidade, envolvendo elevados custos humanos, sociais e econômicos ao doente e à família. Dados epidemiológicos atuais evidenciam o aumento mundial da patologia, falando-se até mesmo em uma pandemia.

No Brasil, julga-se existir 12 milhões de pessoas com DM e a metade delas desconhece o diagnóstico, o que beneficia o desenvolvimento das complicações agudas e crônicas da doença.¹ Nos Estados Unidos da América, esta síndrome tornou-se a principal causa de doença renal terminal, de amputações não traumáticas em membros inferiores, cegueira em adultos, além de predisposição para doenças vasculares.²

Essa inclinação tem sido mais evidente em países pobres e em desenvolvimento, estando relacionados com o crescente número de casos de obesidade, a ignorada prática de atividade física e o fácil acesso a materiais e alimentos industrializados.³

Perante o exposto, visando a um melhor atendimento em saúde, diversas mudanças na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro vêm ocorrendo desde 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF). Pelo fato do programa ter um caráter estruturante é que tem provocado importante movimento de reordenação das ações de saúde, visando o melhoramento da qualidade e do acesso à atenção primária.⁴

Adicionado a isso, foi instituída a lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde, em 2008, pela Portaria n. 221, de 17 de abril, o estabelecimento das internações por condições crônicas como parâmetros para avaliação da resolutividade da atenção primária, destacando-se, nessa lista, o DM com ou sem complicações.⁵

Neste sentido, uma atenção primária oportuna e de boa qualidade para as condições crônicas pode evitar hospitalizações ou reduzir a sua frequência. Já a atenção secundária uma atuação adequada junto ao diabético e a sua família durante a internação pode contribuir para um melhor controle da doença e prevenir a re-hospitalização.³

Isso significa que o cuidado precisa ser resolutivo e abrangente, de forma que a internação resultante do descontrole glicêmico se dê somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolaram sua competência da atenção primária. Sendo responsabilidade dos profissionais da saúde, em especial do enfermeiro, que sempre está à frente dos programas de saúde, a coordenação do cuidado daqueles que utilizam os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, tornando-os integrados e competentes.

Portanto, é fundamental no processo de acompanhamento e prevenção das complicações do DM o comprometimento e envolvimento da equipe de saúde, no sentido de buscar a integralidade e resolutividade da assistência à saúde prestada a essa população.

Diante do exposto, o estudo objetivou identificar os recursos de saúde utilizados pelos indivíduos diabéticos e familiares diante do descontrole metabólico e conhecer a percepção dos mesmos sobre o atendimento recebido.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo/exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória caracteriza-se pela busca de uma aproximação do fenômeno a ser investigado com o que já existe sobre o assunto a ser abordado. Já a pesquisa descritiva é utilizada para descrever as características de uma população, fato ou fenômeno, por meio de um levantamento das características conhecidas. Assim, esta modalidade de estudo permite ao pesquisador coletar descrições detalhadas de variáveis existentes e usar os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde.⁶

O critério de inclusão dos participantes foi o de ter sido internado duas vezes num intervalo de 12 meses entre uma internação e outra, com os códigos E10 (Não insulino-dependente) e E11 (insulino-dependente) do Código Internacional de Doença (CID10), no período de 2008 e 2009, e em um dos três hospitais (Santa Casa, Regional e Unimed), localizados no município de Paranavaí-PR.

Em 2008 incidiram 49 internações e em 2009, 52 internações. Das 101 internações, 88 pessoas residiam no município de Paranavaí-PR, e destas 13 tinham sido internadas duas vezes em um intervalo de 12 meses. Ante a dificuldade de contato por telefone para o agendamento da entrevista com os 13 diabéticos e familiares realizamos uma visita domiciliar, no qual constatamos que três diabéticos tinham falecido e dois tinham retornado para os municípios de origem.

Os dados foram coletados de maio a julho de 2010, nos respectivos domicílios dos indivíduos diabéticos e seus familiares, e por meio de uma entrevista. O roteiro foi elaborado pelos pesquisadores e foi constituída de três partes: a primeira com 11 questões referentes a identificação dos participantes, a segunda e a terceira partes com uma questão aberta cada voltada para os recursos de saúde utilizados pelos indivíduos diabéticos e familiares diante do descontrole metabólico e uma questão cada sobre a percepção dos mesmos a respeito do atendimento recebido.

Todas as falas dos entrevistados foram gravadas e transcritas na íntegra. Para análise utilizou-se o referencial metodológico de Bardin, por se tratar de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.⁷

Para análise dos dados transcritos, realizou-se uma leitura detalhada de todas as falas. A pré-análise dos dados possibilitou a identificação dos componentes para as interpretações. Após a exploração do material realizou-se o tratamento dos dados, organizando de forma sistemática em unidades temáticas, e submetidas a inferências e interpretação das categorias significativas, e a discussão foi baseada em publicações científicas existentes sobre a temática.

O desenvolvimento do estudo atendeu as exigências da Res. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde com aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº. 670/2009). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, suas falas foram identificadas pelas letras “D” de doente ou “C” de familiar mais envolvido no cuidado, seguidas da letra “M” para o sexo masculino e “F” para o sexo feminino e do número concernente à idade do entrevistado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os informantes do estudo

Dos oito diabéticos em estudo, cinco eram do sexo masculino com idade entre 47 e 71 anos e três eram mulheres na faixa etária de 18 e 36 anos. Quanto ao nível de escolaridade, dois eram analfabetos e os demais tinham de quatro a 11 anos de estudo.

No que diz respeito à ocupação, quatro são aposentados, dois não tem nenhuma ocupação, uma é babá e outro tratorista.

Com relação ao tempo da doença, constatou-se uma variação de dois a 21 anos de diagnóstico. Todos eram insulino-dependentes e seis fazia uso de outras medicações para problemas diversos. Apenas duas mulheres com 18 e 22 anos não apresentavam outras doenças associadas.

Dos diabéticos, apenas um é dependente de cuidados (53 anos), tem síndrome de Down, não fala, caminha com dificuldade, apresenta déficit cognitivo importante, é cego, obeso e permaneceu sonolento durante toda a entrevista.

Quanto ao familiar cuidador, apenas um era do sexo masculino, (esposo com 27). Seis cuidadoras tinham idade entre 46 e 73 anos, sendo que, em três casos, era a mãe, em dois, a irmã mais velha e em um, a esposa. Um doente era responsável por seu autocuidado.

Os familiares em estudo tinham entre dois a 11 anos de estudo, e independentemente do tempo que frequentaram a escola, todos sabiam ler e escrever.

No que tange à ocupação/profissão dos familiares dois são aposentados, dois do lar, uma empregada doméstica, uma zeladora e um auxiliar de lavanderia hospitalar.

Considerando os depoimentos dos participantes do estudo sobre os cuidados adotados para o controle da doença e os responsáveis pela condução do cuidado, emergiram três categorias empíricas: “*Situações em que procuram ajuda*”, “*Percepção do atendimento recebido*” e “*(Des)Reconhecendo o responsável pelo atendimento*”.

Situações em que procuram ajuda

Doente e familiar revelaram que são capazes de identificar alterações inesperadas ou previstas do diabetes e que, *a priori*, adotam práticas efetivas no âmbito domiciliar para o rápido controle das complicações e, *a posteriori*, buscam o auxílio do profissional da saúde:

[...] de imediato quando o diabetes altera eu vou direto na insulina, quando ele sobe eu sinto sonera, dor no corpo, começa sumir tudo, quando percebo isso já levanto correndo e tomo a insulina nessa hora, tomo e fico deitado até voltar o normal, aí [...] vou no postinho primeiro, se precisar vou para o PA e de lá se precisar internar vai pra Santa Casa”(DM53). Se o diabete subir de repente eu aplico mais um pouco de insulina [...]. Quando tá alta eu percebo por que ele fica rodando a cabeça, fica com o olho muito vermelho, fica chamando assim mãe, mãe aí pode medir que tá alta [...], então pra controlar mais rápido as alterações do diabetes eu aplico mais 1cc de insulina que a médica explicou, conforme o grau da diabete né (CF62).

Os discursos revelam que as principais alterações do DM1, no âmbito domiciliar é a hiperglicemia e a hipoglicemia e que saber identificar estas alterações por meio das manifestações clínicas e agir rápida e corretamente diante das mesmas constitui um importante fator protetor e preventivo de maiores complicações, levando-nos também a inferência de conhecimento por parte dos indivíduos sobre o descontrole glicêmico.

Contudo, mais importante do que saber reconhecer e agir diante de alterações é saber como prevenir que as mesmas apareçam. Estudo realizado com 212 diabéticos submetidos à consulta de enfermagem em dois centros de saúde e em um hospital, da área do Grande Porto, mostrou que a cordialidade e empatia no momento do atendimento contribui para que o diabético refira com mais facilidade suas principais dificuldades e alterações percebidas com a doença favorecendo o ajustamento do regime terapêutico às condições dos doentes.⁸

Outro estudo realizado no Sul do Brasil mostra que o princípio geral do tratamento do DM é a reeducação do paciente, com modificação de seu estilo de vida, sendo a procura pelo atendimento mesmo que numa situação de urgência pelo descontrole glicêmico oportuna para isso.³

Corroborando com o exposto, estudos mostram que a educação em saúde é um aspecto fundamental do tratamento ao diabético, pois quando acompanhados de forma sistemática por equipe multiprofissional de saúde, os doentes conseguem prevenir e/ou protelar as complicações agudas e crônicas que acompanham a evolução do DM.⁹

Ao serem questionados sobre as situações em que normalmente buscam atendimento em saúde, observou-se que esta busca se dá principalmente pelo diabetes:

Fora o diabetes, não vou ao médico para mais nada [...] vou ao médico direto, às vezes mais de uma vez por mês, é direto [...] mas, é só pro diabetes (DM53). Ele fica ruim a diabete sobre pra 600 aí procura o médico sempre por causa da diabetes, por que ele não tem mais nada (CF46).

Chama-nos a atenção a explícita e frequente necessidade da busca por atendimento médico devido o descontrole da doença, deixando emergir a dificuldade que doentes e familiares enfrentam para o seu controle, refletindo, ainda, a qualidade da assistência recebida.

Durante a entrevista, DM53 se mostrou muito desanimado em relação à doença, referindo que sente “*a mesma coisa de uma pessoa que não vale nada, inutilizado*” deixando evidente ao longo da entrevista que a responsabilidade maior pelo controle metabólico é de sua mãe apesar de a mesma ser idosa (73 anos).

Estudiosos entendem que o tratamento do diabetes deve protelar complicações mediante adoção de ações preventivas e a manutenção dos níveis glicêmicos em taxas consideradas normais. Assim, adaptando seu cotidiano, o diabético poderá manter uma vida saudável e digna.¹⁰

Estudo realizado com 2.924 idosos diabéticos da zona urbana de Uberaba-MG, ressalta a necessidade de se propor ações efetivas em saúde, especialmente ações de

enfermagem e, para isso, é necessário conhecer as condições de saúde desta população, bem como suas especificidades a fim de traçar um plano de assistência sistemático objetivando a autonomia e o controle da doença.¹⁰

Durante a entrevista, uma cuidadora manifestou extrema preocupação e, ao mesmo tempo, insegurança diante das alterações do diabetes:

Quando ele está assim com qualquer deficienzinha [...] percebo por que quando ele tem alguma dor ele começa bater naquele local, ou quando ele começa a ter diarreia, ou se ele tem alguma gripe, uma febre [...] já levo ou ligo para a médica da família (CF62).

A atenção e preocupação do familiar se deve ao fato deste doente, além de ser diabético, também ter síndrome de Down e já apresentar algumas seqüelas como: dificuldade para falar e caminhar, déficit motor e cognitivo, ser obeso e letárgico. Por estas razões e por ele não conseguir expressar suas queixas verbalmente, toda e qualquer alteração constitui motivo para a cuidadora buscar atendimento à saúde, pois a mesma teme que o diabetes possa estar alterado.

A educação em saúde nos aspectos específicos ou mais complexos, isolados ou associados ao diabetes, torna-se um dos pilares do tratamento do indivíduo como um todo. Os objetivos dessa ação são a capacitação pessoal e o encorajamento das pessoas para manterem atitudes sadias, melhorar sua qualidade de vida, usar o serviço de saúde com cautela e por reais necessidades. Além disso, cabe ao profissional da saúde com a ação educativa, ver e tratar o indivíduo de maneira integral e não só as complicações do DM.¹¹

Ainda destaca-se a importância da relação profissional-cliente, sendo a comunicação um dos aspectos que o enfermeiro deve atentar visando à construção do conhecimento e maior capacidade de cuidado do familiar, diante das situações mais inusitadas.¹⁰

Ao investigar o tipo de serviço de saúde que os diabéticos e familiares buscam diante das complicações da doença, observou-se um predomínio (seis relatos) da procura da Unidade Básica de Saúde como primeira opção, seguido do Hospital Santa Casa (um relato) e do Pronto Atendimento Municipal (um relato):

Primeiro procuro o postinho, se precisar eles mandam para o PAM e de lá se precisar vai pra Santa Casa para internar (DM53). A gente leva no PAM, lá faz exames, dá remédio, aí eles mandam depois de lá passar no postinho (CF49).

Observou-se que os usuários buscam os profissionais e serviços de saúde que estão mais próximos. Com esta atitude, indiretamente deixam transparecer a confiança e segurança que depositam no profissional que os atende na UBS, pois a maioria (cinco relatos) ressaltou a

capacidade dos profissionais desta instituição identificarem a necessidade de um atendimento diferenciado, encaminhando-os ao PAM ou para o Hospital.

O acesso, o acompanhamento e a responsabilização pela doença devem ser garantidos aos cidadãos pelas unidades básicas de saúde, assim como o atendimento de urgência nas intercorrências agudas e o encaminhamento oportuno de casos a serviços de referência.¹²

A confiança que os usuários adquirem em relação ao serviço e à assistência em saúde recebida provavelmente é construída quando o profissional oferece uma assistência humanizada, com acolhimento, que consiste na base fundamental do processo de criação de vínculo e da terapêutica.¹³

A adesão ao tratamento deve ser estimulada mesmo durante uma situação de urgência e tem como uma das variáveis a qualidade da relação entre o profissional de saúde e o doente.¹⁴

Percepção do atendimento recebido

De forma geral, os doentes demonstraram satisfação com a assistência recebida na Unidade Básica de Saúde (UBS):

É um bom atendimento no postinho, eles atende a gente na hora, quando chega ali a gente é bem atendido. Elas são muito boas, atende direitinho, sou bem recebido (DM53).

Essa satisfação é importante e remete a uma assistência de saúde de qualidade e oportuna, estimulando a procura do serviço de saúde com frequência e regularidade, gerando um maior conhecimento e, conseqüentemente, um manejo mais adequado de sua própria doença.

Cabe salientar que é recomendado que de 60 a 80% dos casos de DM sejam tratados na rede básica municipal, porém para que isto ocorra é necessário que o atendimento seja resolutivo e de qualidade, tendo como resultado final a satisfação do usuário.¹⁵

Contudo, é imprescindível, no tratamento do DM, o atrelamento do doente aos serviços de saúde e a assistência por profissionais atualizados, contribuindo com o diagnóstico e controle da doença, evitando complicações ou, ao menos, protelando a progressão das já existentes. Ressalta-se, também, que o maior contato com o serviço de saúde e uma assistência de enfermagem sistematizada promove maior adesão ao tratamento.¹⁶

Por outro lado, também se encontra relatos que explicitam a insatisfação com o atendimento recebido:

[...] postinho eu não gosto de ir, a gente é muito, muito mal atendido no postinho os diabéticos [...], eu que nem posso andar com feridas embaixo dos pés ir lá de madrugada em

fila, em pé, sem nem lugar pra sentar, a gente não agüenta [...], e se não chegar lá desmaiando mesmo você fica lá de um dia pro outro (DF36).

A fala acima nos leva a considerar que, nesta UBS específica, a triagem está sendo deficiente e que a condição de diabético não está sendo levada em consideração, inferindo certa imprudência e negligência dos profissionais de enfermagem com o atendimento, pois são os responsáveis pela realização destas atividades. Mostra-se falhas no atendimento e a exposição do doente à situações de risco, como a hipoglicemia:

[...] e sempre que eu ia de manhã eu ia sem comer nada para poder fazer o exame do dedo [...] algumas vezes eu passei mal, esperando sem comer e dor nas feridas embaixo dos pés (DF36).

Emergiu também o desagrado com o atendimento recebido em outro serviço de saúde:

PAM eles não atende nem que está morrendo (DF36). Ah lá no PAM é ruim, a gente chega lá e se não tiver pra acabar de morrer, não vai atender direito (DM71).

A insatisfação com o atendimento de saúde recebido pode causar resistência ao que é proposto pela equipe de saúde além de desencadear sentimentos de insegurança, desconfiança e descredibilidade, desfavorecendo, assim, a continuidade do cuidado.

Porém, quando questionados sobre o atendimento recebido durante a hospitalização, foram unânimes em afirmar que receberam um bom atendimento:

Na Santa Casa o atendimento é melhor ainda do que no postinho (DM53). O atendimento da Santa Casa é bom, os enfermeiros já não são mais meus enfermeiros, são meus amigos, são uns amor, eu adoro o pessoal da Santa Casa (DF36).

A satisfação do usuário com o atendimento recebido durante a hospitalização pode estar relacionada à assistência de enfermagem, pois esses profissionais estão mais próximos e constantemente em contato com o diabético e a família durante a realização de cuidados e procedimentos específicos.

Desta forma, o doente que participa efetivamente das atividades desenvolvidas durante a internação tende a aceitar mais facilmente a modificação do seu estilo de vida, melhorando sua autoestima, adquirindo conhecimento sobre a doença e melhor aceitação da doença no contexto familiar e social.⁹

Assim, o relacionamento enfermeiro-diabético pode influenciar e contribuir ativamente no desenvolvimento de capacidades e habilidades pelo doente conduzindo-o a uma vida mais independente com autocontrole.⁹

(Des) Reconhecendo o responsável pelo atendimento

A necessidade de atendimento à saúde pelo diabético se deve ao descontrole metabólico, secundárias ao estilo de vida ou em decorrência de alterações biológicas. Diante disso, a atuação da equipe interdisciplinar nos diferentes níveis da assistência em saúde de forma contínua, persistente e em conjunto com o doente e a família pode minimizar o surgimento das complicações advindas da falta de cuidado no manejo da doença pelos mesmos ao longo do tempo.¹⁷

O atendimento à saúde de um indivíduo com doença crônica deve abranger uma relação de afeto, respeito, dedicação e comprometimento, contribuindo na identificação dos profissionais envolvidos em seu tratamento, fazendo com que os doentes e familiares tenham maior referência no momento da procura pela ajuda profissional.

Diante disso, buscamos investigar se eles sabem identificar os profissionais envolvidos no cuidado:

No postinho são as atendedoras ali da frente, aí elas passam a gente lá pra Dra, tenho contato com aquelas enfermeiras que medica, que faz o exame do dedo (DM53). As enfermeiras né, as meninas que ficam ali na frente aí depois a médica [...]. Ali no postinho tem tantas enfermeiras que eu nem guardo o nome delas todas (CF62).

Os relatos mostram a ausência do profissional enfermeiro no atendimento de ponta do indivíduo diabético, sendo muitas vezes identificados na figura de outros profissionais. As falas, expressões faciais e gestos dos entrevistados explicitam a importância que dão ao profissional médico, que é tão necessário e importante dentro da equipe multiprofissional no atendimento do indivíduo diabético como o enfermeiro.

Ah qualquer alteraçãozinha eu ligo para a médica da família, a Dra L.C.G. [...] (CF62).

Os sujeitos do estudo revelaram ainda que não sabem distinguir as diferentes categorias profissionais, principalmente dentro da equipe de enfermagem, identificando os auxiliares e técnicos de enfermagem como enfermeiros, ou vice-versa.

No entanto, o enfermeiro encontra-se inserido nas instituições de saúde como o profissional do cuidado e, neste cenário, deve desenvolver atividades educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade e procurar nas suas ações contribuir para a adesão do paciente ao tratamento.¹¹

A literatura também aponta que o enfermeiro precisa manter-se atento às mudanças que estão ocorrendo no país e no mundo, para que possa adequar seu conhecimento teórico-prático às reais necessidades de saúde da população.¹¹

As falas a seguir remetem à insatisfação dos diabéticos com a participação do enfermeiro nos cuidados prestados durante o período de hospitalização:

O clínico geral que atende primeiro, com o enfermeiro na hora que entra assim não, eles vem depois no quarto ver se está precisando de alguma coisa, quando vem [...], entra no quarto fala um oi, mas não quer saber de muita coisa não (DF36). Não sei quem é o enfermeiro responsável não, só sei que uma hora é uma outra hora é outra, eles conversam quando vem dar remédio, aplicar insulina (DM71).

A educação em saúde é caracterizada como um dos pilares do tratamento do DM, sendo fundamental o enfermeiro conhecer a história clínica e de vida do doente e para isso dispõe de uma importante ferramenta que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A internação é uma das oportunidades que o enfermeiro tem para atuar e capacitar essas pessoas mediante fases da SAE para a alta hospitalar, dando-lhes subsídios para melhor controlarem o DM no domicílio.

Desprende-se das falas que a identificação do profissional enfermeiro ocorre quando este realiza breve visita ao quarto do doente. Devendo-se destacar que o primeiro contato com o doente, além de importante, é necessário para o (re) conhecimento do diabético e este se limitou a visualização do doente não objetivando a sistematização do atendimento de maneira holística e humanizada.

Em presença disso, é necessário refletir sobre a necessidade de o enfermeiro tornar-se um profissional mais ativo e criativo, superando a visão biomédica e curativista com a clientela a quem presta assistência.¹¹ Além do que, estudo realizado com 212 diabéticos que frequentavam a consulta de enfermagem em dois centros de saúde e um hospital, da área do Grande Porto, mostra que a satisfação do diabético com o atendimento do enfermeiro está relacionado à maior adesão ao regime terapêutico.⁸

O enfermeiro envolvido no cuidado do indivíduo diabético necessita de um conhecimento amplo que o torne capaz de realizar uma avaliação clínica eficiente, não só na identificação de problemas que estejam afetando as necessidades humanas básicas relacionadas ao DM, mas também na escolha de intervenções adequadas que contribuam com a recuperação e reabilitação do indivíduo, amenizando sofrimentos não só do doente como da sua família.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revelaram que os diabéticos realizam práticas domiciliares efetivas e corretas, quando percebem sinais e sintomas de hiperglicemia ou hipoglicemia e

que, logo após, buscam atendimento nos serviços de saúde, sendo o descontrole glicêmico a principal causa do atendimento. A maioria utiliza, *a priori*, os serviços profissionais das Unidades Básicas de Saúde seguido do Pronto Atendimento Municipal e/ou e do Hospital Santa Casa.

Diabéticos e familiares demonstraram satisfação com o atendimento recebido nas UBS, havendo apenas um doente insatisfeito e isso foi associado a falhas na triagem, assim como os diabéticos usuários do PAM evidenciaram insatisfação com o atendimento recebido.

Durante o atendimento recebido nas UBS, no PAM e na hospitalização, os entrevistados não foram capazes de identificar o profissional enfermeiro como protagonista do processo da assistência à saúde. Entretanto, foram unânimes em dizer que receberam um bom atendimento no decorrer da internação, mas observa-se que fazem menção ao atendimento prestado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Isto indica a necessidade de reorganização das atividades diárias do enfermeiro visando à assistência sistematizada e, ao mesmo tempo, a necessidade de buscar capacitação e atualização profissional para prestar um cuidado planejado e eficiente no controle da doença daqueles submetidos à sua assistência.

Conclui-se que os profissionais da saúde, e especialmente o enfermeiro por ser o profissional diretamente envolvido com o cuidado, precisam investir incansavelmente na sua atualização profissional e conseqüentemente em ações de saúde diferenciadas na abordagem e no cuidado do indivíduo diabético e de sua família. É necessário que os enfermeiros elaborem planos de cuidados que extrapolem os conceitos biológicos que permeiam a assistência à saúde, investindo na educação em saúde ao assistirem os diabéticos e seus familiares, dando subsídios e estimulando o próprio doente e a família a controlar a doença.

Ainda é fundamental que os serviços de saúde, por meio dos seus dirigentes, busquem capacitar e atualizar seus profissionais para que sejam capazes de prestar uma assistência voltada à comunidade diabética e seus familiares, considerando as necessidades individuais e coletivas desse grupo de pessoas, prestando um cuidado mais responsável e efetivo, além de ter caráter holístico, humanizado, resolutivo e de qualidade.

Portanto, o enfermeiro precisa despertar para a sua autoavaliação sobre o cuidado prestado e a necessidade de capacitação e atualização profissional em áreas específicas para educar em saúde, desenvolvendo um trabalho responsável, planejado, sistematizado, executado e avaliado no cotidiano da práxis profissional. As instituições de saúde, por sua vez, precisam dar condições, por meio da reorganização do seu quadro funcional, traçar

propostas de capacitação profissional e um meio próprio de avaliar a prática do enfermeiro, a fim de minimizar as falhas ocorridas durante a assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Mortes por Diabetes Estão Aumentando no Brasil. São Paulo, 2009. [citado em 2010 out.25]. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/calculadoras/numero-de-diabeticos>.
2. Harrison TR. Medicina Interna. 17ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2009.
3. Silveira JAA, Resende HMP, Lucena Filho AM, Pereira JG. Características da Assistência à Saúde a pessoas com Diabetes *mellitus* acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. O Mundo da Saúde. 2010; 34(1):43-9.
4. Alfradique ME, Sampaio LFR. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad Saúde Pública. 2009;25(6):1337-49.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 221 de 17 abril de 2008: Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília (DF): MS; 2008.
6. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70: Lisboa; 2008.
8. Sousa MR, Peixoto MJ, Martins T. Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. Revista Referência II.ª Série. 2008 dez; 8:59-67.
9. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. Rev latino-am enfermagem. 2008 mar-abr; 16(2).
10. Tavares DMS, Drumond FRD, Pereira GA. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. Texto Contexto enferm. 2008 abr-jun; 17(2): 342-9.
11. Faeda A, Ponce de Leon CGRM. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. Rev Bras Enferm. 2006 nov-dez; 59(6):818-21.
12. Rodrigues TC, Lima MHM, Nozawa MR. O controle do diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde, Campinas, SP. Ciênc, cuid e saúde. 2006 jan-abr; 5(1):41-9.
13. Trentini M, Beltrame V. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes Mellitus. Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá. 2004; 26(2):261-9.
14. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE): versão 1.0. Geneva: International Council of Nurses; 2005.
15. International Diabetes Federation. O toque de despertar para parar a epidemia global de diabetes. Diabetes Clínica. 2006 maio-jun; 10(3):183-4.
16. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MM. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006 fev; 22(2):377-85.
17. Hashimoto IK. Níveis glicêmicos de diabéticos do tipo 2 cadastrados em uma unidade básica de saúde de Londrina-PR [monografia]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2006.
18. Beckeri TAC, Teixeira CRS, Zanettii ML. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. Rev Bras Enferm. 2008 nov-dez; 61(6):847-52.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste trabalho evidenciou-se que diabéticos e familiares apresentam déficit de conhecimento para definir diabetes, enquanto outros o definiram com conhecimento alicerçado no senso comum. No entanto, foram capazes de listar causas importantes do diabetes associando-as com o estilo de vida. Apresentaram unanimidade ao elencarem as conseqüências do diabetes sobre o corpo e demonstraram ter consciência da complexidade e gravidade da evolução da doença quando não se observa o seu controle diário.

Nota-se que, no cotidiano, os diabéticos consideraram difícil controlar a doença e deixam explícito que tal controle muitas vezes foge da sua autonomia. Por outro lado, diabéticos e familiares listaram cuidados importantes que devem ser adotados para o controle da doença. Porém, observou-se que dentre os cuidados citados realizam planos alimentares pouco recomendados e baixa adesão a prática de atividade física. Notoriamente, evidenciou-se uma grande preocupação da família no controle metabólico, resultando em mudanças comportamentais no núcleo familiar, principalmente com relação aos hábitos alimentares, destacando-se o envolvimento e participação da família nos cuidados cotidianos no âmbito domiciliar, contribuindo com a maior adesão do diabético ao tratamento.

Destaca-se que os diabéticos realizam práticas domiciliares efetivas e corretas quando percebem sinais e sintomas de hiperglicemia ou hipoglicemia e que logo após buscam atendimento nos serviços de saúde, sendo o descontrole glicêmico a principal causa do atendimento. A maioria utiliza, a priori, os serviços profissionais das Unidades Básicas de Saúde, seguido do Pronto Atendimento Municipal e/ou do Hospital Santa Casa.

Diabéticos e familiares demonstraram satisfação com o atendimento recebido nas UBS, havendo apenas um doente insatisfeito e isso foi associado a falhas na triagem, assim como os diabéticos usuários do PAM evidenciaram insatisfação com o atendimento recebido.

Observou-se ainda que durante o atendimento recebido nas UBS, no PAM e na hospitalização os entrevistados não foram capazes de identificar o profissional enfermeiro como protagonista do processo da assistência à saúde. Entretanto, foram unânimes em dizer que receberam um bom atendimento no decorrer da internação, mas observa-se que fazem menção ao atendimento prestado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Isto indica a necessidade de reorganização das atividades diárias do enfermeiro visando à assistência sistematizada e, ao mesmo tempo, a necessidade de buscar capacitação e atualização

profissional para prestar um cuidado planejado e eficiente no controle da doença daqueles submetidos à sua assistência. Nessa direção, é importante que o enfermeiro busque desenvolver uma das atribuições exclusivas no seu exercício profissional que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, favorecendo o conhecimento e o reconhecimento do doente, planejando um cuidado individual e ideal a cada indivíduo submetido a sua assistência.

Desse modo, percebe-se que é necessária a integração da equipe multiprofissional direcionada ao tratamento do DM e em benefício do doente e da sua família, não medindo esforços para identificar estratégias que os motivem para o autocuidado, objetivando o bom controle metabólico diminuindo a incidência e progressão de complicações agudas e crônicas melhorando a qualidade de vida dessas pessoas.

Diante da atuação profissional em saúde é merecedor de destaque o tema educação permanente dos profissionais de saúde, sendo necessário que os gestores locais e regionais reflitam e dêem a devida atenção a esse assunto. Pois, a educação permanente em saúde, enfoca os problemas encontrados no cotidiano das práticas das equipes de saúde, devendo ser inserido de forma institucionalizada no processo de trabalho, motivando compromissos entre os trabalhadores, os gestores, as instituições de ensino e os usuários para o desenvolvimento de competências institucionais e individuais no cuidado com o DM.

Portanto, é fundamental que os serviços de saúde por meio dos seus dirigentes busquem capacitar e atualizar seus profissionais, que visem trabalhar com o número suficiente de enfermeiros para que esses profissionais sejam capazes de prestar uma assistência voltada à comunidade diabética e a seus familiares, considerando as necessidades individuais e coletivas desse grupo de pessoas, prestando um cuidado mais responsável e efetivo, além de ter caráter holístico, humanizado, resolutivo e de qualidade.

Dessa forma, pode ser possível efetuar grandes transformações nas práticas técnicas e sociais dentro de um projeto de solidificação e desenvolvimento das ações em saúde, contribuindo com as diversas demandas da equipe de saúde, especialmente em situações em que a atuação profissional influencia fortemente na promoção da saúde e prevenção de agravos ou complicações, como é o caso dos indivíduos diabéticos e da sua família.

Percebe-se que é imprescindível um maior empenho e dedicação por parte das equipes de saúde, no tocante à capacitação do indivíduo diabético, pois uma vez que demonstraram conhecimento sobre a sua doença e, principalmente, ciência das causas das internações, relacionada-as aos hábitos alimentares, fica evidente que a educação em saúde é uma valiosa

ferramenta nas mãos dos profissionais da saúde para que, juntamente com os clientes e familiares, alcancem o controle da doença crônica.

Da mesma forma que os profissionais da saúde, especialmente o enfermeiro por ser o profissional que mantém maior contato com o doente e a sua família, mantenham-se atualizados e busquem conhecer a clientela pela qual é responsável na sua totalidade e complexidade desenvolvendo maior envolvimento dos diabéticos e da sua família no controle da doença no âmbito da atenção primário e/ou secundário promovendo, nesses indivíduos, capacidades e habilidades potenciais para o autocuidado. Sendo, fundamental estratégias de planejamento da sistematização do cuidado ao indivíduo diabético, com maior envolvimento do mesmo e da sua família, esclarecendo dúvidas dando-lhes condições para que desenvolvam um cuidado persistente e efetivo no controle metabólico dentro da realidade de cada núcleo familiar.

Nesse sentido, o enfermeiro dispõe de um valioso instrumento que é a visita domiciliar para conhecer o núcleo familiar do doente crônico, passando a ser uma importante estratégia de cuidado, que mobiliza a participação da família e gera avanço do conhecimento. A visita domiciliar reúne no mínimo três tecnologias leves, as quais são: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos.

Contudo, a visita domiciliar transpõe a formalidade, visando o completo conhecimento do doente e da família, as relações familiares que permeiam o cuidado, os laços de afeto que os tornam responsáveis um pelo outro. Diante disso, as fichas de referência e contra-referência deveriam ser mais exploradas favorecendo o profissional da atenção primária com as informações necessárias do cliente durante o período da hospitalização para a continuidade da sistematização do cuidado, atendendo as particularidades e a integralidade de cada núcleo familiar.

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro deve ser responsável, sistematizada, diferenciada e que desenvolva uma assistência mais próxima e educativa ao indivíduo diabético e a sua família, focada nas necessidades da população e em parceria com esta, transformando as ações em práticas precisas, eficientes e capazes de contribuir com o controle da síndrome metabólica e com a promoção da saúde, prevenindo as internações que passam a ser onerosas não só aos serviços de saúde pelos aspectos financeiros como também para os

diabéticos e a sua família, pois gera sofrimento físico e psicológico e que, concomitantemente, forneça subsídios para pesquisas futuras sobre a temática.

Desta forma, o profissional deve promover ações em saúde mediante o conhecimento integral do doente e da sua família, entendendo as relações familiares que permeiam o cuidado, atuando de maneira a construir ou lapidar o conhecimento sobre a doença, contribuindo com práticas domiciliares diárias saudáveis e seguras ao diabético e à família.

Nessa direção, os profissionais da saúde, e especialmente o enfermeiro por, ser o profissional diretamente envolvido com o cuidado, precisam investir incansavelmente na sua atualização profissional e, conseqüentemente, em ações de saúde diferenciadas na abordagem e no cuidado do indivíduo diabético e da sua família. Tornando-se necessário que os enfermeiros elaborem planos de cuidados que extrapolem os conceitos biológicos que permeia a assistência à saúde, investindo na educação em saúde ao assistirem os diabéticos e seus familiares, dando subsídios e estimulando o próprio doente e a família a controlar a doença.

Portanto, o enfermeiro precisa despertar para a sua autoavaliação sobre o cuidado prestado e a necessidade de capacitação e atualização profissional em áreas específicas para educar em saúde desenvolvendo um trabalho responsável, planejado, sistematizado, executado e avaliado no cotidiano da práxis profissional. As instituições de saúde, por sua vez, precisam dar condições por meio da reorganização do seu quadro funcional, traçar propostas de capacitação profissional e um meio próprio de avaliar a prática do enfermeiro, a fim de minimizar as falhas ocorridas durante a assistência de enfermagem.

Nesse sentido, desvela-se e se reforça o desafio diário no campo de atuação do enfermeiro, que deve, cada vez mais, estar preparado para agir nas diferentes áreas de atuação profissional dentro dos serviços de saúde e frente às necessidades inerentes a cada indivíduo sob a sua assistência.

Ante o exposto, acredita-se que este trabalho representa apenas um pequeno passo na produção do conhecimento sobre o processo de vivência e convivência com o diabetes, fazendo-se necessária a realização de novos estudos buscando desvelar as perspectivas dos enfermeiros quanto à atuação em saúde no atendimento da pessoa com diabetes e seus familiares, identificando como o cuidado está sendo concebido, planejado, sistematizado, executado e avaliado no dia-a-dia da práxis profissional que é traduzida no cuidado a clientela diabética usuária dos serviços de saúde, bem como as dificuldades e facilidades percebidas pelos profissionais para o desenvolvimento das ações em saúde a esse grupo específico dentro do sistema saúde.

Por fim, a partir deste estudo, espera-se contribuir no campo de atuação da equipe multiprofissional, particularmente na atuação do enfermeiro, incentivando os profissionais de saúde na busca incessante de conhecimento técnico-científico para desenvolver ações em saúde diferenciadas, ou seja, focados nas reais necessidades da população e em parceria com esta, sugerindo e cobrando mudanças necessárias para um melhor desempenho na assistência, transformando as ações em práticas concisas, eficazes e eficientes, capazes de contribuir com a promoção da saúde das pessoas com diabetes. Como contribuição social, espera-se colaborar na melhoria da qualidade das ações em saúde prestadas à população diabética, visando à real implementação da educação em saúde pelos profissionais da saúde e o envolvimento dos diabéticos e de seus familiares, a fim de desfrutar dos benefícios que ela proporciona. No ensino e pesquisa, espera-se contribuir com a produção científica da área, fornecendo subsídios para pesquisas futuras sobre a temática em questão. Na qual, sugere-se, previamente, que sejam realizados outros estudos visando identificar a prática profissional do enfermeiro na assistência a esse grupo de pessoas existente a longo tempo no âmbito da atenção primária e secundária e que ainda apresenta déficits no controle da doença.

REFERÊNCIAS

- ALBARRAN, N. B.; BALLESTEROS, M. N.; MORALES, G. G.; ORTEGA, M. I. Dietary behavior and type 2 Diabetes care. *Patient Educ. Couns.*, Princeton, v. 61, no 2, p. 191-199, May 2006.
- ALFRADIQUE, M. E.; SAMPAIO, L. F. R. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- ALMEIDA, C. A. de; VIEIRA NETO, V. M. Diabetes, diagnóstico e tratamento. *RBM: Rev Brás Méd.*, São Paulo, v. 61, p. 11-20, 2004.
- ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de Conviver em família. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 199-215.
- AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS. White paper on the prevention of type 2 Diabetes and the role of the Diabetes educator. *Diabetes Educ.*, Chicago, v. 28, no. 6, p. 964-971, Dec. 2002.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical practice recommendations 2009. *Diabetes Care*, New York, v. 32, p. S1-S2, Jan. 2009. Supplement 1.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, New York, v. 28, n. 1, Jan. 2008. Supplement 1. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/27/suppl_1/s5.full>. Acesso em: 18 dez. 2011.
- ANTONIA, C. D.; ZANETTI, M. L. Auto-aplicação de insulina em crianças portadoras de Diabetes Mellitus tipo 1. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 8, p. 51-58, 2000.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Projeto acolher adolecer: compreender, atuar, acolher*. Brasília, DF: ABEn, 2001.
- BAHÍLLO, M. P.; HERMOSO, F.; OCHOA, C.; GARCÍA-FERNÁNDEZ, J. A.; RODRIGO, J.; MARÚGAN, J. M. The Castilla-Léon childhood type 1, diabetes epidemiology study. Incidence and prevalence of type 1 diabetes in children aged 15yr in Castilla-Leon (Spain). *Pediatr. Diabetes*, v. 8, p. 369-373, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BARRETO, S. S. M.; VIEIRA, S. R. R.; PINHEIRO, C. T. S. *Rotinas em terapia intensiva*. 3. ed. Porto Alegre, 2003.
- BATISTA, M. C. R.; PRIORE, S. E.; ROSADO, L. E. F. P. L.; TINÔCO, A. L. A.; FRANCESCHINI, S. C. C. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o

controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev. Nutr.*, Campinas, SP, v. 18, n. 2, p. 219-228, mar./abr. 2005.

BECKER, T. A. C.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, DF, v. 61, n. 6, p. 847-852, nov./dez. 2008.

BIRAL, A. M.; CARDOSO, P. M.; GRUNSPAN, S. A importância do educador em diabetes mellitus. *Diabetes Clin.*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 193-199, maio/jun. 2005.

BONASSA, E. C.; CAMPOS, C. V. *A saúde mais perto: os programas e as formas de financiamento para os municípios*. Brasília, DF: Ministérios da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. *Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)*. Brasília (DF), 2001.

BRASIL. Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe de Normas Técnicas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diabetes Mellitus. Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Cadernos de Atenção Básica, n. 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Normas e Manuais Técnicos*. Brasília, DF, 2006b. Caderno de Atenção Básica n.16, Série A.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIGITEL-Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 25 jun. 2009.

CAMPOS, M. V.; BASTOS, M.; MARTINS, T.; LEITÃO, P.; LEMOS, M. C. A. *Hiperosmolaridade diabética: análise retrospectiva de 60 casos*. *Acta med. port.*, Lisboa, v. 16, p. 13-19, 2003.

CAMPOS-NAVARRO, R.; TORREZ, D.; ARGANIS-JUAREZ, E. N. Las representaciones Del padecer em ancianos com enfermidades crônicas: um estudo em La Ciudad de México. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1271-1279, 2002.

CISSE, M.; MUCKE, L. Alzheimer's disease: a prion protein connection. *Nature*, London, v. 457, no. 7233, p. 1090-1091, Feb. 2009.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇA. *CID-10: Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COMIOTTO, G.; MARTINS, J. J. Promovendo o autocuidado do indivíduo diabético: da hospitalização ao domicílio. *Arq. catarin. med.*, Florianópolis, v. 35, n. 3, p. 59-64, 2006.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. classificação internacional para a prática de enfermagem (cipe): versão 1.0. Geneva: International Council of Nurses, 2005.

COSTA, M. L.; LINDOLPHO, M. C.; SÁ, S. P. C.; ERBAS, D.; MARQUES, D. L.; PUPPIN, M.; DELATORRE, P. O idoso em terapêutica purimedicamentosa. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 3, n. 3, p. 261-266, 2004.

COSTA, A. A.; ALMEIDA NETO, J. S. *Manual de diabetes*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1994.

_____. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. dos. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2002. p. 11-24.

CYRINO, A. P.; SCHRAIBER, L. B.; TEIXEIRA, R. *Antropologia da inteligência coletiva numa comunidade leiga: estudo do autocuidado no diabetes*. 2006. Disponível em: <<http://www.lcml9.org/program/track6/public/documents/Antonio%20Pithon%20Cyrino-2311.doc>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

DAAR, A. S.; SINGER, P. A.; PERSAD, D. L.; PRAMMING, S. K.; MATTHEWS, D. R.; BEAGLEHOLE, R.; BERNSTEIN, A.; BORYSIEWICZ, L. K.; COLAGIURI, S.; GANGULY, N.; GLASS, R. I.; FINEGGOD, D. T.; KOPLAN, J.; NABEL, E. G.; SARNA, G.; SARRAFZADEGAN, N.; SMITH, R.; YACH, D.; BELL, J. Grand Challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature*, London, v. 450, no. 7169, p. 494-496, Nov. 2007.

DANEMAN, D. Type 1 diabetes. *Lancet*, Minneapolis, v. 367, p. 847-858, 2006.

DATASUS/CNES. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. 2009. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nomes.asp?VTipo=0>. Acesso em: 1 maio 2009.

DELLAMANNA, T. Not every diabetic child has type 1 diabetes mellitus. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 83, no. 5, p. 178-183, 2007. Supplement.

DUCAN, G. E.; PERRI, M. G.; THERIAQUE, D. W.; HUTSON, A. D.; ECKEL, R. H.; STACPOOLE, P. W. Exercise training, without weight loss, increases insulin sensitivity and postheparin plasma lipase activity in previously sedentary adults. *Diabetes Care*, New York, v. 26, no. 3, p. 557-562, Mar. 2003.

ELSÉN, I. *Concepto of health and illness and related behaviour among families living a brasilian fishing village*. 1984. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem)–University of California, San Francisco, 1984.

FABIO, B. Tratamento cirúrgico do neuro-artropatia de charcot. *Rev. Diabetes Clín.*, Florianópolis, v. 5, n. 7, p. 358-366, 2003.

FAEDA, A.; PONCE DE LEON, C. G. R. M. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 59, 6, p. 818-821, nov./dez. 2006.

FARIA, H. T. G.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 612-617, 2009.

- FECHIO, J. J.; MALERBI, F. E. K. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. *Arq. bras. endocrinol. metab.*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 267-275, abr. 2004.
- FLICK, U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, jan./mar. 2007.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIL, G. P.; HADDAD, M. C. L. H.; GUARIENTE, M. H. D. M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. *Ciênc. Biol.Saúde*, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 141-154, jul./ dez. 2008.
- GILLIES, C. L.; ABRAMS, K. R.; LAMBERT, P. C.; COOPER, N. J.; SUTTON, A. J.; HSU, R. T.; KHUNTI, K. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ.*, v. 334, no. 7588, p. 229, Feb. 2007.
- GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M.; TEIXEIRA, C. R. S. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. *Ciênc. Cuid. e Saúde*, Maringá, v. 5, n. 3, p. 317-325, set./dez. 2006.
- GÓES, A. P. P.; VIEIRA, M. R. R.; LIBERATORE JÚNIOR, R. D. R. Diabetes mellitus tipo I no contexto familiar e social. *Rev. Paul. Pediatr.*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 124-128, 2007.
- GONÇALVES, C. C.; MENEZES, H. Uso da papaína em pé diabético. *Rev. Diabetes Clín.*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 134-137, 2004.
- GRILO, C.; SOUSA, M. R. M.; MCINTYRE, T. Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal. Universidade do Minho – Portugal. *RBPS*, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 281-289, 2008.
- GROSS, S. P.; JORGE, L.; SILVEIRO, J. L.; CAMARGO, A. J.; REICHEL, A. J. AZEVEDO, M. J. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 16-26, fev. 2002.
- GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL DE PÉ DIABÉTICO. *Consenso Internacional de Pé Diabético*. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.
- HAGUETTE, M. T. F. *Metodologias qualitativas na Sociologia*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- HASHIMOTO, I. K. *Níveis glicêmicos de diabéticos do tipo 2 cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde de Londrina-PR*. 2006. Trabalho de Conclusão (Especialização em Saúde da Família)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

HADDAD, M. C. L.; ALMEIDA, H. G.; GYARIENTE, M. H. D. M.; KARINO, M. E.; BARCELLOS, M. R. Avaliação sistemática do pé diabético. *Diabetes Clín.*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 187-192, maio/jun. 2005.

HARRISSON, T. R. *Medicina interna*. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2009. p. 2275-2304.

HESS, C. T. *Tratamento de feridas e úlceras*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

HOFFMAN, R. P. Practical management of type 1 diabetes mellitus in adolescent patients. *Treat. Endocrinol.*, Auckland, v. 3, no. 1, p. 27-39, 2004.

IBGE. *Cidades*. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>>. Acesso em: 1 maio 2009.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. O toque de despertar para parar a epidemia global de diabetes. *Diabetes Clín.*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 183-164, maio/jun. 2006.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Complicações do diabetes e educação. *Diabetes Clín.*, São Paulo, n. 3, p. 217-220, 2002.

JACOBS-VAN DER BRUGGEN, M. A. M.; BOS, G.; BEMELMANS, W. J.; HOOGENVEEN, R. T.; VIJGEN, S. M.; BAAN, C. A. Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of Diabetes risk: results from a modeling study. *Diabetes Care*, New York, v. 30, no.1, p.128-134, Jan. 2007.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, M.C.L.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S.; SOUZA, A. C.; WAIDMAN, MAP. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. *Rev. Eletr. Enferm.*, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 198-211, 2008.

LUBKIN, I. M.; LARSEN, P. D. *Chronic Illness: impact and interventions*. 6th ed. Boston: Jones and Batlet, 2006.

MAIA, F. F. R.; ARAÚJO, L. R. Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. *Arq. bras. endocrinol. metab.*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 261-266, 2008.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 18, p. 72-77, 2005.

MARCON, S. S.; WAIDMANN, M. A. P.; CARREIRA, L.; DECESARO, M. N. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes doentes crônicos. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). *O viver em família e sua interfase com a saúde e a doença*. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 265-282.

MARCON, S. S.; LOPES, M. C. L.; FERNANDES, J.; ANTUNES, C. R. M.; WAIDMANN, M. A. P. Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico. *On line Bras. J. Nurs.*, Niterói, v. 5, n. 1, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/login?source=%2F%2Findex.php%2Fnursing%2Farticle%2Fview%2F145%2F40>>. Acesso em: 22 ago. 2010.

MARCON, S. S.; RADOVANOVIC, C. A. T.; WAIDMAN, M. A. P.; OLIVEIRA, M. L. F.; SALES, C. A. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 14, p. 116-124, 2005. Número especial.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MILECH, A.; PEIXOTA, M. C. Quadro Clínico. In: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. *Diabete Mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 45-62.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MOKDAD, A. H.; MARKS, J. S.; STROUP, D. F.; GERBERDING, J. L. Actual causes of death in the United States, 2000. *J. Am. Med. Assoc.*, Chicago, v. 291, no. 10, p. 1238-1245, Mar. 2004.

MONTENEGRO JÚNIOR, R. M.; SILVEIRA, M. M. C.; NOBRE, I. P.; SILVA, C. A. B. Assistência multidisciplinar e o manejo efetivo do diabetes mellitus: desafios atuais. *RBPS*, Fortaleza, v. 17, no. 4, p. 200-205, 2004.

MOREIRA, P. L.; DUPAS, G. Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.14, p. 25-32, 2006.

MOREIRA, R. C.; CRUZ, C. F. R.; VALSECCHI, E. A. S. S.; MARCON, S. S. Vivências em família das necessidades de cuidados referentes à insulino terapia e prevenção do pé diabético. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 283-291, jun. 2008.

MULVANEY, A. S.; SCHLUNDT, D. G.; MUDASIRU, E.; FLEMING, M.; WOUDE, A. M. V.; RUSSELL, W. E. Parent Perceptions of Caring for Adolescents With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, New York, v. 29, no. 5, p. 993-997, May 2006.

NOVATO, T. S.; GROSSI, S. A. A.; KIMURA, M. Quality of life and self-esteem of adolescents with diabetes mellitus. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 562-567, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Doenças crônica-degenerativas e obesidades: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília, DF, 2003.

OTERO, L. M. *Implementação e avaliação de atendimento ao Paciente Diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management*. 2005. 169 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 231-237, mar./abr. 2008.

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n. 3, p. 312-319, 2003.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato (SP). Brasil (2006). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 377-385, 2006.

PASCALI, P. M. Monitorização da glicemia capilar. *Terapêutica em Diabetes*, [S.l.], v. 9, n. 31, p. 4-5, 2004.

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

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. O contexto familiar de enfermagem. In: POTTER, P. A.; PERRY, A. G. (Ed.). *Grande tratado de enfermagem prática clínica e prática hospitalar*. 3. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002. p. 313-321.

RICKHEIM, P.; WEAVER, T.; FLADER, J.; KENDALL, D. Assessment of group versus individual education: a randomized study. *Diabetes Care*, New York, v. 25, p. 269-274, 2002.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, jul./dez. 2005.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010.

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H. M.; NOZAWA, M. R. O controle do diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde, Campinas, SP. *Ciênc. cuid e saúde*, Maringá, v. 5, n. 1, p. 41-49, jan./abr. 2006.

ROSSI, V. E. C.; PACE, A. E.; HAYASHIDA, M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciênc. Praxis*, Chile, v. 2, n. 3, p. 41-46, 2009.

SANTOS, A, R. *Metodologia científica: a construção do conhecimento*. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

SANTOS, I. C. R. V. *Atenção a saúde do portador de pé diabético: prevalência de amputações e assistência preventiva na Rede Básica de Saúde*. 2008. 223 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

SANTOS, E. C. B.; ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M.; SANTOS, M. A. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Rev. lat.-am. enferm.*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 397-406, maio/jun. 2005.

SARRAFZADEGAN, N.; KELISHADI, R.; ESMAILLZADEH, A.; MOHAMMADIFARD, N.; RABIEI, K.; ROOHAFZA, H.; AZADBAKHT, L.; BAHONAR, A.; SADRI, G.; AMANI, A.; HEIDARI, S.; MALEKAFZALI, H. Do lifestyle intervention s work in developing countries? Findings from the Isfahan Healthy Heart Program in the Islamic Republic of Iran. *Bull. World Health Organ.*, Geneva, v. 87, n. 1, p. 39-50, Jan. 2009.

SAYAGO, S. D. Relação entre o tempo de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e o perfil da amplitude de movimentos dos tornozelos de sujeitos inseridos no Proafidi/UnB. *Rev. Diabetes Clín.*, v. 8, n. 2, p. 129-133, 2004.

SESTERHEIM, P.; SAITOVITCH, D.; STAUB, H. L. Diabetes Mellitus Tipo 1: multifatores que conferem susceptibilidade à patogénia auto-imune. *Sci. Med.*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 212-217, 2007.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SHADAN, S. Obesity: fat chance. *Nature*, London, v. 457, no. 7233, p. 1095, Feb. 2009.

SILVA, R. A.; SIQUEIRA, I. M. C. A papáina como cicatrizante em pé diabético. *Rev. Diabetes Clín.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 106, 2004.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; MEIRELLES, B. S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 50-56, 2004.

SILVA, I.; RIBEIRO, J. P.; CARDOSO, H. Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crônicas da doença. *Aná. Psicológica*, Lisboa, v. 3, n. 22, p. 597-605, 2004.

SILVEIRA, V. M. F.; MENEZES, A. M. B.; POST, C. L. A.; MACHADO, E. C. Uma amostra de pacientes com diabetes no sul do Brasil. *Arq. bras. endocrinol. metab.*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 433-440, 2002.

SILVEIRA, J. A. A.; RESENDE, H. M. P.; LUCENA FILHO, A. M.; PEREIRA, J. G. Características da Assistência à Saúde a pessoas com Diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 43-49, 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus*: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Frequência da atividade física 2006*. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/atividade_fisica/frequenciadaativfis.php>. Acesso em: 31 ago. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Atualização brasileira sobre diabetes*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002*: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

SOUSA, M. R.; PEIXOTO, M. J.; MARTINS, T. Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*, [S.l.], II.ª Série, v. 8, p. 59-67, dez. 2008.

SOUZA, S. P. S.; LIMA, R. A. G. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. *Rev. Latino-am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 156-164, jan./fev. 2007.

TAVARES, D. M. S.; DRUMOND, F. R. D.; PEREIRA, G. A. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. *Texto Contexto enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 342-349, abr./jun. 2008.

TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 88-96, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 841-850, abr. 2004.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Cien. saude colet.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, jul./set. 2005.

TOLMAN, K. G.; FONSECA, V.; DALPIAZ, A.; TAN, M. H. Spectrum of liver disease in type 2 Diabetes and management of patients with Diabetes and liver disease. *Diabetes Care*, New York, v. 30, n. 3, p. 734-743, Mar. 2007.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes Mellitus. *Acta sci. Health sci.*, Maringá, v. 26, n. 2, p. 261-269, 2004.

UMPIERREZ, G. E.; GONZALEZ, A.; UMPIERREZ, D.; PIMENTEL, D. Diabetes mellitus in the hispanic/Latino population: an increasing health care challenge in the United States. *Am. J. Med. Sci.*, Philadelphia, v. 334, no. 4, p. 274-282, 2007.

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

WELFER, M.; LEITE, M. T. Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para continuar vivendo. *Rev. Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p.148-155, 2005.

WONG, F. K. W.; MOK, M. P. H.; CHAN, T.; TSANG, M. W. Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled trial. *J. Adv. Nurs.*, Oxford, v. 50, no. 4, p. 391-402, 2005.

ZANETTI, M. L.; MENDES, I. A. C.; RIBEIRO, K. P. O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabética tipo1. *Rev. Latino-am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 25-30, 2001.

ZANETTI, M. L.; BIAGG, M. V.; SANTOS, M. A.; PÉRES, D. S.; TEIXEIRA, C. R. S. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 186-192, mar./abr. 2008.

ZIMMERMANN, B. R.; WALKER, E. A. *Guia completo sobre diabetes da American Diabetes Association*. Rio de Janeiro: Anima, 2002.

ZIMMET, P.; ALBERTI, K. G. M. M.; SHAW, J. Global and societal implications of the Diabetes epidemic. *Nature*, London, v. 414, no. 6865, p. 782-787, Dez. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da presente pesquisa intitulada VIVENDO E CONVIVENDO COM O DIABETES MELLITUS, que faz parte do curso de pós graduação – mestrado em Enfermagem e é orientada pela Profa. Dra. Sonia Silva Marcon da Universidade Estadual de Maringá (UEM). O objetivo da pesquisa é conhecer a vivência e a dinâmica familiar da pessoa com diabetes *mellitus* no município de Paranavaí-PR.

Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: respondendo a uma entrevista que norteia o tema. Solicitamos a permissão para que a entrevista seja gravada, estando ciente de que as falas serão apagadas após transcrição do material. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: compreender o entendimento do diabético e do seu familiar acerca da doença e como cuidam do diabetes, bem como a repercussão da doença na família, dando maiores subsídios para a orientação em enfermagem.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar no endereço abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento

Estamos disponíveis para fornecer-lhe informações quando julgar necessário, nos comprometendo a proporcionar respostas adicionais sobre qualquer dúvida que, porventura, venha a ter. E informações atualizadas durante o desenvolvimento do estudo, mesmo que isto possa afetar sua vontade de continuar participando, podendo solicitar sua exclusão da pesquisa a qualquer momento. Como não será feito qualquer procedimento invasivo não existe nenhum risco ou possibilidade de agravo à saúde.

Em caso de dúvidas entre em contato com as seguintes pesquisadoras: Prof.^aDr.^a Sonia Silva Marcon (44) 3228-8401 e/ou Enfa. Simone Cristina Baggio (044) 3045-6312 ou Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo com Seres Humanos – COPEP da Universidade Estadual de Maringá - UEM, pelo telefone (044) 3261-4109.

Agradeço antecipadamente sua colaboração e solicito que assine a presente autorização, cedendo os direitos sobre sua entrevista, para os devidos fins.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do participante

Eu, Pesquisadora _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE PESQUISA

I. Identificação do Paciente e Família:

Coleta de dados: ____/____/____ Família: ____

Dados da Família:

1. Número de pessoas residentes no domicílio: _____ N. Comodos _____
 água encanada () Sim () Não Energia () Sim () Não
 Banheiro dentro () Sim () Não
2. Quantos indivíduos portadores de DM: _____ Tempo de diagnóstico de cada um: _____
3. Tem outras doenças associadas () Sim () Não Quais: _____ Tempo de diagnóstico de cada uma: _____ Cuidados para com elas: _____
4. Cuidador principal do diabético que foi internado: _____ Escolaridade do Cuidador _____ e do diabético: _____
5. Religião: C: _____ D: _____
6. Renda familiar mensal: _____ Quantas pessoas que contribuem _____
7. Número de pessoas que dependem dessa renda: _____
8. Você realiza atividades de lazer (ou atividades que favorecem a descontração)? () Sim () Não Quais? _____ Com qual frequência semanal? _____ Na sua opinião, qual a importância do lazer/descontração para a saúde? _____ (perguntar para C e D separadamente).
9. Todos na família possui plano de saúde ou só o doente com DM?
 () Sim () Não. O plano exige complementação () Sim () Não
10. Toma medicamentos orais/insulina/? _____
11. Dados dos familiares:

| Nº | Familiar Nome | Grau De Parentesco Filho, pai, mãe, tio, avós, etc | Idade | Profissão | Ocupação Atual | Doença(s) Crônica(s) Atual(is) | Ano de diagnóstico |
|-----|---------------|---|-------|-----------|----------------|--------------------------------|--------------------|
| 1-D | | | | | | | |
| 2-C | | | | | | | |

II. Questões do estudo para o diabético

Questão 1:

- a) Você teve que internar mais de uma vez durante o ano de 2009, por causa da diabetes? ()Sim ()Não
- b) O que aconteceu que determinou a necessidade de cada uma das internações:
_____.
- c) E por outras razões alguém precisou se internar: _____.
- d) O cotidiano da família tem alguma característica que pode estar relacionado às internações do familiar com DM?

Questão 2:

- a) Como você descobriu o diabetes?
- b) O que você entende por diabetes?
- c) O que pode acontecer com a pessoa que tem diabetes?
- d) No seu caso porque você acha que teve diabetes?

Questão 3:

- a) Na sua opinião o diabetes pode levar à outras doenças? Por quê? E em que situações?
- b) Quais são as conseqüências do diabetes no corpo humano? Se o tratamento não for seguido corretamente o que pode acontecer?

Questão 4:

- a) Você consegue manter o diabetes controlado?
- b) Como você sabe se o diabetes está controlado?
- c) O que faz para conseguir o controle do diabetes?
- d) O que faz parte do tratamento do diabetes?
- e) Você considera tratar o diabetes fácil ou difícil? Porquê?
- f) Você faz uso de chá, plantas, alimentos ou vai em alguém que você sabe que pode curar o diabetes? Quem indicou?

Questão 5:

- a) Você se considera um(a) doente? Porque?
- b) Como você se sente tendo o diagnóstico de diabetes?
- c) Como foi para você saber que era diabético?
- d) Houveram mudanças no âmbito individual, familiar e social após você descobrir que tinha o diagnóstico de diabetes. Fale sobre esta questão.
- e) Você se considera com autonomia apesar da doença?

Questão 6:

- a) Tem alguém que te ajuda nos cuidados relacionados ao diabetes? Quem é?
- b) O que esta pessoa faz? Quais são as responsabilidades?
- c) Você já teve algum conflito ou discordou de ações desenvolvidas pelo seu cuidador?

Questão 7:

- a) Você se considera cuidadoso com a sua doença?
- b) Quando ocorre alguma descompensação metabólica do diabetes (hiperglicemia ou hipoglicemia), quem você procura ou que práticas (cuidados) utiliza para o controle das alterações?

Questão 8:

- a) Em que situações você normalmente busca atendimento em saúde?
- b) Onde você busca esse atendimento?
- c) Como é procurar este atendimento?
- d) Fale sobre o atendimento nestes serviços
- e) E nos casos de algum descontrole do diabetes, que tipo de serviço de saúde é procurado (UBS, PAM, PS Santa Casa, PA, Hospital Unimed, farmácia, equipe do PSF)?
- f) Como é procurar este atendimento?
- g) Como é o atendimento nestes casos?

Questão 9:

- a) Quando você procura um serviço de saúde por motivos relacionados ao seu diabetes qual é o profissional que geralmente lhe atende?
- b) Fale do cuidado prestado por este profissional (orientações passadas, informações fornecidas, cuidados prestados).

III. Questões do estudo para o familiar**Questão 1:**

- a) Como você descobriu o diabetes dele(a)?
- b) O que você entende por diabetes mellitus?
- c) O que pode acontecer com a pessoa que tem diabetes?
- d) No caso dele(a) porque você acha que ele(a) teve diabetes?

Questão 2:

- a) Como você ajuda ele(a) a controlar o diabetes?
- b) Que cuidados você tem com a saúde dele(a) ?

Questão 3:

- a) Houveram mudanças após você descobrir que ele(a) tinha o diagnóstico de DM? Se sim, quais foram as mudanças que ocorreram (interessa saber mudanças pessoais, familiares, sociais...).
- b) O que mudou na família após ele(a) ter diabetes?

Questão 4: Como foi para ele(a) saber que era diabético?

Questão 5:

- a) Quem se preocupa mais com a saúde dele(a) (familiar, amigo, parentes)?
- b) Quem faz mais cuidados com ele(a)?
- c) Como as pessoas da família cuidam dele(a) em relação o diabetes?

Questão 6:

- a) Quando ocorre alguma alteração com o familiar diabético (hiperglicemia ou hipoglicemia), quem vocês procuram ou que práticas (cuidados) utilizam para o controle das alterações?

Questão 7:

- a) Em que situações ele(a) normalmente busca atendimento em saúde?
- b) Onde ele(a) busca esse atendimento?
- c) Como é procurar este atendimento?
- d) E nos casos de algum descontrole do diabetes, que tipo de serviço de saúde é procurado (UBS, PAM, PS Santa Casa, Pa Hospital Unimed, farmácia, equipe do PSF)?
- e) Como é procurar este atendimento?
- f) Como é o atendimento nestes casos?

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEM



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação


Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na COPEP em: 10/02/1998



CAAE Nº. 375.0.093.000-09

PARECER Nº. 670/2009

| | |
|--|--|
| Pesquisador (a) Responsável: Sônia Silva Marcon | |
| Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem | |
| Título do projeto: Vivendo e convivendo com o Diabetes Mellitus. | |
| <p>Considerações:</p> <p>O Projeto Objetiva conhecer a vivência a e dinâmica familiar da pessoa com diabetes Mellitus no município de Paranavaí-PR. O estudo será exploratório-descritivo, tendo a pesquisa uma abordagem metodológica qualitativa. A pesquisa exploratória caracteriza-se pela busca de uma aproximação sobre o tema já disponível, sobre o assunto a ser abordada. A pesquisa descritiva é utilizada para descrever um fato ou fenômeno por meio de um levantamento das características conhecidas, e tem como principal objetivo descrever as características de uma população ou fenômeno.</p> <p>Os indivíduos diabéticos se internam várias vezes por descontrole metabólico dos níveis glicêmicos, entendendo que isto poderia ser mais facilmente alcançado se ações de saúde se direcionassem não só aos diabéticos, mas também à sua família. O número de sujeitos será de 20, e a abordagem familiar será realizada pela própria pesquisadora, via telefone. Após este contato, será realizada visita ao paciente e à família, para a coleta de dados, podendo ser necessário, agendar nova visita. Para a coleta dos dados será utilizado gravador digital, e para os que se recusarem a este método, as respostas serão escritas.</p> <p>O cronograma é de Março/2009 a Dezembro/2010. O TCLE está em forma de convite, e garante o sigilo das informações e que as respostas serão deletadas do gravador, após análise dos dados.</p> <p>Acompanha o Projeto, a Autorização da Santa Casa de Paranavaí e da Unimed de Paranavaí, para a realização do estudo. Não vislumbramos o Orçamento do Projeto, porém há o compromisso de que custos e despesas serão suportados pelo pesquisador.</p> <p>Parecer: Face ao exposto, o parecer é pela APROVAÇÃO com RECOMENDAÇÃO de que seja apresentado o orçamento do projeto, independentemente da fonte ser o próprio pesquisador.</p> | |
| Situação: APROVADO | |
| COPEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 11/12/2009, | |
| O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: Março de 2011. | |
| <p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 18ª reunião do COPEP em 11/12/2009.</p> |  PROF. DR. Jeda Harumi Higashi Presidente do COPEP |

ANEXO B – Autorização do Hospital Santa Casa de Paranavaí



AUTORIZAÇÃO

Venho através desta, autorizar o acesso aos dados de internação (nome do paciente, endereço residencial e/ou profissional e telefone de contato) dos pacientes hospitalizados por descompensação dos níveis glicêmicos (Diabetes Mellitus) mediante o Código Internacional de Doença – CID para fins de estudo e pesquisa à ser desenvolvido como dissertação de pós-graduação do programa de mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – UEM pela enfermeira Simone Cristina Baggio Zerbato, aluna regular da pós-graduação e orientada pela Profa. Dra. Sonia Silva Marcon intitulado **“Vivendo e Convivendo com o diabetes Mellitus”**. A pesquisa objetiva conhecer a vivência e a dinâmica familiar do portador de diabetes mellitus no município de Paranavaí-PR. A idéia de estudar portadores de diabetes e suas famílias acerca da morbimortalidade por diabetes mellitus certamente trará grandes contribuições para a implementação e elaboração das ações em saúde através do entendimento dos fatores influenciadores sobre o estilo de vida dos indivíduos acometidos pela doença, correlacionando com o convívio familiar, proporcionando aos profissionais da saúde o conhecimento de uma clientela portadora de uma doença crônica antiga nos moldes das ações da saúde pública, estimulando a reavaliação do cuidado da família que tem entre seus membros um portador de diabetes, permitindo o replanejamento e implementação das ações em saúde familiar e coletiva.

Paranavaí, 10 de novembro de 2009.


HERACLES ALENCAR ARRAIS
 Coordenador

ANEXO C – Autorização do Hospital Unimed

AUTORIZAÇÃO

Vimos através desta, autorizar o acesso aos dados de internação (nome do paciente, endereço residencial e/ou profissional e telefone de contato) dos pacientes hospitalizados por descompensação dos níveis glicêmicos (Diabetes Mellitus) mediante o Código Internacional de Doença – CID para fins de estudo e pesquisa a ser desenvolvido como dissertação de pós-graduação do programa de mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – UEM pela enfermeira Simone Cristina Baggio Zerbato, aluna regular da pós-graduação e orientada pela Profa. Dra. Sonia Silva Marcon intitulado **“Vivendo e Convivendo com o diabetes Mellitus”**. A pesquisa objetiva conhecer a vivência e a dinâmica familiar do portador de diabetes mellitus no município de Paranavaí-PR. A idéia de estudar portadores de diabetes e suas famílias acerca da morbimortalidade por diabete mellitus certamente trará grandes contribuições para a implementação e elaboração das ações em saúde através do entendimento dos fatores influenciadores sobre o estilo de vida dos indivíduos acometidos pela doença, correlacionando com o convívio familiar, proporcionando aos profissionais da saúde o conhecimento de uma clientela portadora de uma doença crônica antiga nos moldes das ações da saúde pública, estimulando a reavaliação do cuidado da família que tem entre seus membros um portador de diabetes, permitindo o replanejamento e implementação das ações em saúde familiar e coletiva.

Paranavaí, 02 de dezembro de 2009.


 Dr. Ruben C. Monteiro Filho
 Médico
 CRM - PR 16806 - CPF 882.817.734-20

ANS - nº 320062