

PROJETO CAEPS/DANT

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO EM DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DANT

Alcance e limitações da Promoção em Dant: Avaliação e
Monitoramento da Adesão à Dieta em Diabetes.

REGIÃO CENTRO-OESTE

GRUPO

ÁLDER MOURÃO DE SOUSA – **Enfermeiro PSF-UBS**

ANETE HANNUD ABDO – **Médica UBS**

MARIA LEONIRA R. FAVARETTO – **Médica SUVIS**

NOELIA MENEZES R. DO AMARAL – **Nutricionista UBS**

SUELI MANESCO – **Nutricionista UBS**

VIGISUS-Ministério da Saúde/Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo/Coordenação de Vigilância em Saúde – Centro de Controle e Prevenção de Doenças/Coordenadoria Regional Sé.

Índice

1- Apresentação.....	1
2- Introdução.....	2
2.1- Apresentação do problema.....	2
2.2- Alcance dos serviços de saúde.....	8
2.3- Os critérios da pesquisa.....	13
2.4- Considerações teóricas.....	15
2.4.1- Diabetes.....	15
2.4.2- A dieta.....	17
2.4.3- Promoção em DANT.....	22
3- Objetivos da pesquisa.....	26
3.1- Objetivo geral.....	26
3.2- Objetivos específicos.....	26
4- Metodologia.....	26
4.1- Delineamento do Projeto.....	26
4.2- Considerações metodológicas.....	27
4.3- Fundamentação Teórica da Análise do conteúdo.....	29
5-Resultados.....	31
5.1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	31
5.2- Grupo com dificuldades na Dieta (Análise e Discussão).....	34
* Análise e Discussão das Entrevistas.....	34
* Análise e Discussão da Visita Domiciliária.....	78
* Conclusões e Recomendações.....	85
* Bibliografia.....	87
*Anexos.....	89

1.Apresentação

Este trabalho trata de identificar as representações sociais dos usuários portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 sobre a Dieta e suas dificuldades em segui-la. Os usuários de duas Unidades Básicas de Saúde da Região Central da cidade de São Paulo, foram encaminhados aos profissionais nutricionistas do Serviço.

Nesta primeira consulta, foram seguidos os procedimentos de rotina, bem como os pacientes foram orientados sobre a Dieta e a Alimentação saudável. O grupo retornou após 90 dias, sendo observado que um sub grupo verbalizou ter dificuldade com a Dieta.

Estes pacientes foram entrevistados e as entrevistas analisadas, procurando identificar no conteúdo, as representações sociais sobre a Dieta e alimentação, alinhados em seis eixos – nucleares, a saber:

Eixo 1- Sentimentos e representações sobre “o que pode comer”.

Eixo 2- Sentimentos e representações sobre a doença.

Eixo 3- Sentimentos e representações sobre a vida/a vida do diabético.

Eixo 4- Sentimentos e representações sobre a família e suas influências.

Eixo 5- Sentimentos e representações sobre o tratamento.

Eixo 6- Sentimentos e representações sobre barreiras ao tratamento

2. Introdução

2.1 Apresentação do problema

As mudanças no perfil populacional brasileiro, sobretudo nas grandes cidades fazem ressaltar as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) que hoje respondem por 70% da mortalidade do município de São Paulo, segundo o inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA – Capital) realizado em 2003 pela Prefeitura de São Paulo-SP.

A pesquisa conduzida por um grupo de pesquisadores da USP – Faculdade de Medicina e Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Unicamp, Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp e do Instituto de Saúde reportou, mediante 3360 entrevistas em domicílio, as condições de vida, estilos de vida, estado de saúde e uso dos serviços de saúde. Os dados foram apresentados preliminarmente, no Fórum Municipal de Doenças e Agravos não transmissíveis – DANT, realizado em novembro de 2004 com o fito de discutir e municiar políticas públicas voltadas para as áreas das doenças crônicas, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, nutrição saudável, estresse, violência e acidentes. A iniciativa do Fórum partiu da Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA da Secretária da Saúde do Município de São Paulo – SP. Os dados preliminares do Inquérito realizados chamaram a atenção para os problemas da área. Nesta pesquisa constatou-se baixa incidência de práticas saudáveis entre diabéticos e hipertensos: das condutas referidas para o controle da doença, 51% dos entrevistados diabéticos negaram estar fazendo dieta, assim como 72% de hipertensos. De um modo geral, a população tem adotado dietas extremamente prejudiciais à saúde. Alertam os nutricionistas da pesquisa que seguir uma dieta restrita em sódio ou açúcar fica cada vez mais difícil diante dos apelos de produtos veiculados por toda a mídia.

“De modo geral a população tem adotado dietas prejudiciais à saúde. Quando necessita fazer alguma restrição na dieta, a pessoa sente-se excluída socialmente e não resiste aos apelos dos alimentos comercializados em supermercados, restaurantes, redes de *fast food*” (Galante.Fala no Fórum:2004).

Apenas 2% dos hipertensos e 9% dos diabéticos fazem alguma atividade física para controlar a doença. O sedentarismo na população se reverte em obesidade. Seguindo a tendência mundial, a prevalência de sobrepeso e obesidade no Município, vem aumentando, tanto em homens como em mulheres. São Paulo, de acordo com a pesquisa do Instituto Nacional do Câncer – INCA está entre as três capitais com mais índices de excesso de peso no Brasil.

Segundo dados do ISA-CAPITAL 2003, a prevalência de obesidade no município chega a 10% na faixa etária de 30 a 49 anos, atingindo níveis de 18% na faixa etária de 50 a 69 anos. Homens jovens tendem a ser mais obesos que mulheres, o que se inverte na velhice.

O ISA Capital também traz informações sobre o tabagismo, alcoolismo, estresse, violência e acidentes, compondo um mosaico sobre o qual as políticas públicas devem incidir. Os dados nos

permitem asseverar que sobre a base biológica, as condições e estilos de vida são os responsáveis pelo agravamento ou pela alteração do problema de saúde.

O diabetes, em nossos dias, é um grande problema de saúde pública global. Sua incidência e prevalência estão aumentando em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento e também nos recentemente industrializados. Estudos iniciados em 1990 mostram que havia 80 milhões de pacientes diabéticos no mundo, e era esperado que no ano de 2002, eles fossem em dobro, tornando-se então, o diabetes, uma epidemia global. A maior parte deste aumento ocorreria, provavelmente, em países em desenvolvimento, que vêm mudando o seu estilo de vida tradicional para um estilo moderno. (Negrato, 2001:13).

Os quadros a seguir foram compilados pelo autor:

Estimativa global do diabetes para o ano 2000

	1990	2000
Países em desenvolvimento	60 milhões	120 milhões
Países desenvolvidos	20 milhões	40 milhões
Total	80 milhões	160 milhões

Fonte: Daniel McCarty, MS; Paul Zimmet, Diabetes 1994 a 2010: Estimativas e Projeções Globais.

As estimativas de ocorrência do diabetes para o período de 1994 a 2010 em todo o mundo mostram que dos 110,4 milhões de diabéticos existentes em 1994 (11,5 milhões de diabéticos Tipo 1, e 98,9 milhões do Tipo 2), por volta do ano 2010, duplicarão novamente, levando a uma estimativa de 239,3 milhões (23,7 milhões de diabéticos Tipo 1 e 215,6 milhões do Tipo 2).

	1994	2000	2010
IDDM	11,5 milhões	18,1 milhões	23,7 milhões
NIDDM	98,9 milhões	157,3 milhões	215,6 milhões
Total	110,4 milhões	175,4 milhões	239,3 milhões

Fonte: Daniel McCarty Mccarty, MS; Paul Zimmet, Diabetes 1994 a 2010: Estimativas e Projeções Globais.

PS: O IDDM e o NIDDM são denominados Diabetes Tipo 1 e 2, respectivamente.

A prevalência do diabetes em adultos tem uma ampla variação em diferentes populações (idade 30-64 anos), variando de menos que 2% na zona rural de Bantu, na Tanzânia, a 40-50% nas zonas urbanas Melanésias, na Nova Guiné Papua, nos Micronésios de Nauru, e nos Índios Pima, no Arizona.

Prevalência do diabetes em diferentes populações

Bantu (rural)	--
Chinesa, PRC	---

Russa	----
Bantu (urbana)	-----
Polonesa	-----
Branca dos EUA	-----
Brasileira	-----
Maltesa	-----
Negra dos EUA	-----
Hindu Índia	-----
Chinesa Ilha Maurício	-----
Hindus Maurício	-----
Porto-riquenha, EUA	-----
Aborígine Australiana	-----
Melanesiana, NGP	-----
Micronesiana, Nauru	-----
Indígena Pima	-----
	0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

Fonte:: Daniel Mccanty, MS; Paul Zimmet, Diabetes 1994 a 2010: Estimativas e Projeções Globais.

As ocorrências mais altas do diabetes Tipo 1 estão na Escandinávia, com mais alta incidência na Finlândia (mais de 30 casos/ano/100.000) e a mais baixa na Ásia (aproximadamente 0,5 casos/ano/100.000).

Os dados da Organização Pan-Americana de Saúde mostram que não existe uma estimativa muito exata sobre a incidência e a prevalência do diabetes na América Latina. Os resultados obtidos evidenciam que o diabetes tem epidemiologia diferente entre países de diferentes regiões dentro do mesmo país. Esses resultados vêm, muitas vezes, de amostras que podem não ser representativas de uma determinada cidade, ou de uma área definida do país e na maioria dos estudos empregaram métodos e critérios diferentes para o diagnóstico da doença. No obstante, estes dados mostram que a preocupação com a incidência e prevalência do diabetes, em nossa região, não é muito diferente da encontrada em países desenvolvidos.

Lugar	% Prevalência/idade/ano			Incidência IDDM/100.000	
Antigua e Barbuda	-	-	-	-	-
Argentina	-	-	-	7.6	1991
Rosário	6,1	20-74	1967	-	-
Avellaneda	4,0	20-74	1976	-	-
La Plata	5,0	20-74	1981	-	-
Aruba	4,9	-	-	-	-
Bahamas	11,0	16-64		-	-
Barbados	17,0	40-79	1993	-	-
Belize	-	-	-	-	-
Brasil	7,6	30-69	1966-88	-	-

Rio de Janeiro	7,47	30-69	1966-88	-	-
São Paulo	9,66	30-69	1986-88	7.6	1987-89
Bolívia	-	-	-	-	-
La Paz	1,7	-	1980	-	-
Chile	-	-	-	3.7	1993
Grandes Cidades	5,3	>20	1990	-	-
Mapuches	30-64 Homens=0; Mulheres=1.4			-	-
Colômbia	-	-	-	-	-
Bogotá	7,0	30-64	1988-89	-	-
Costa Rica	6,6	15-70	1968	-	-
Coronado	13,9	>15	1986-87	-	-
Cuba	18,5	-	-	2.5	1991-92
Santiago	4,6	-	1981	-	-
Curaçau	4,9	-	-	-	-
Dominica	5	Adultos	-	-	-
República Dominicana	-	-	-	-	-
Equador	-	-	-	-	-
Quito Urbana	1,3	-	-	-	-
Andes do Norte	0,59	-	-	-	-
Chachis	0,00	-	-	-	-
Rep. De Salvador	-	-	-	-	-
Guiana Francesa	-	-	-	-	-
Granada	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	-
Guadalupe	5,8	-	-	-	-
Guiana	-	-	-	-	-
Haiti	3	-	1969	-	-
Jamaica	-	-	-	-	-
Martinica	-	-	-	-	-
México	14,1	15-64	1990	0.6	1984-87
	-	15,64	1992	-	-
Homens=10.6; Mulheres=14.6.				-	-
Potosi	10	15-64	1994	-	-
Panamá	-	-	-	-	-
Paraguai	6,5	20-74	1991-92	1.8	1998-94
Peru	-	-	0.7	1991	-
Chiclayo	6,9	-	1995	-	-
Lima	7,5	>18	1995	-	-
Porto Rico	14,15	-	1995	18.2	1985-94
Santa Lúcia	-	-	-	-	-
Suriname	-	-	-	-	-
Trindade e Tobago	-	-	-	-	-
Uruguai	-	-	-	-	-
Venezuela	-	-	-	-	-

Os critérios de diagnóstico são diferentes daqueles adotados pela OMS ou desconhecidos

Segundo Negrato, supõe-se que existam, atualmente, 17.000.000 de diabéticos em nosso continente. Com o envelhecimento da população (sabendo-se que a prevalência do diabetes é mais alta entre as pessoas mais idosas), a maior incidência de novos casos de diabetes insulino-

dependentes e considerando-se a projeção de crescimento da população geral, em cerca de 21% entre 1990 e 2000, supõe-se que existam hoje, mais de 20.000.000 de diabéticos na América Latina.

O Brasil tem experimentado rápidas e profundas mudanças, tanto econômicas e políticas como epidemiológicas ao longo das cinco últimas décadas. A migração interna tem sido intensa, com proporção de pessoas que vivem em áreas urbanas aumentando para dois terços da população entre 1960 e 1980. A cidade de São Paulo tinha em 1964 cerca de 3.400.000 habitantes e na primeira década do século já alcança os 12.000.000 de pessoas. Houve efetivamente uma melhoria das condições de vida, dos métodos de imunização e do tratamento de doenças transmissíveis e imuno-previníveis resultando num acréscimo em nosso país, na incidência da maioria das doenças epidêmicas que ocorreriam no passado. De 1965 a 1985 a mortalidade infantil reduziu em 40% e as mortes por doenças infecciosas e parasitárias reduziram-se em 70%. Essa transição epidemiológica criou novos desafios para a saúde, a medida que as doenças mais antigas foram sendo controladas. Declínios na fertilidade e na mortalidade infantil alteraram o padrão demográfico de uma população, antes predominantemente jovem, para uma mais idosa. As doenças crônicas e degenerativas acometem com maior freqüência, as pessoas mais idosas. Em conseqüência a demanda por seu tratamento aumentará.

Há poucos dados estatísticos sobre o diabetes no Brasil, embora seja extensa a lista de pesquisas clínicas e farmacológicas sobre o tema, no âmbito acadêmico.

A prevalência do diabetes na população brasileira ficou conhecida através de um estudo nacional multicêntrico que foi realizado entre novembro de 1986 a julho de 1988, entre a população com idades de 30 a 69 anos, em nove capitais, usando uma amostra de agrupamento randomizado.

Os dados obtidos forneceram um perfil desta doença no Brasil. As taxas de prevalência variaram de 5,22% em Brasília, para 9,66% em São Paulo. A média foi de 7,60%. As taxas mais altas foram observadas nas regiões sul e sudeste, que correspondem as áreas mais industrializadas. Esses dados mostraram que a prevalência brasileira é um pouco mais alta que aquela observada nos Estados Unidos, que é de 6,6% e onde o diabetes já é tratado como problema de Saúde Pública muito séria e com políticas apropriadas.

Neste estudo, na época, foram estimadas quatro milhões e meio de diabéticos no país, dos quais quatrocentos e cinqüenta mil eram insulino-dependentes. E ainda 46,5%, cerca de dois milhões dessas pessoas, não conheciam sua condição diabética; e muitos deles só descobriram quando uma complicação crônica viesse a ocorrer.

A prevalência aumenta após a idade de 50 anos, como foi descoberto em estudos internacionais. Do número total de indivíduos que sabiam ser diabéticos, 1/5 ou 22,3% não estavam recebendo qualquer tipo de tratamento. Essa realidade: mais da metade dos nossos diabéticos não recebe qualquer tipo de atenção médica para o seu problema.

Prevalência (%) de Diabetes Mellitus, ajustado por idade, na população de 30 a 69 anos em algumas capitais brasileiras.	
Belém	7,16
Fortaleza	6,48
João Pessoa	7,95
Recife	6,42
Salvador	7,87
Brasília	5,22
Rio de Janeiro	7,47
São Paulo	9,66
Porto Alegre	8,89
Brasil	7,60

Fonte: Estudo Multicêntrico sobre a prevalência da Diabetes Mellitus no Brasil – Censo de Diabetes – Ministério da Saúde.

Ao mesmo tempo em que o estudo para a prevalência do diabetes Tipo 2 começou, outro, para se determinar a incidência do diabetes Tipo 1, também foi iniciado, em outubro de 1986. Quatro cidades do Estado de São Paulo foram escolhidas para participar, porque elas tinham sedes de Associação de Diabéticos. Essas cidades foram Bauru, Rio Claro, Americana e Botucatu. Este estudo constatou que a incidência de diabetes Tipo 1 é de 7.8/ano/100.000 crianças abaixo de 15 anos de idade nessas quatro cidades paulistas.

Em seu livro “Prevenção de Doenças Crônicas – o melhor investimento”, o Dr. Sidney Federmann chama atenção ao fato de que no Brasil são gastos 11 milhões de reais por ano, somente pelo Sistema Único de Saúde – SUS para o Tratamento das doenças crônicas.

“Morrem mais de quinhentas mil pessoas por ano, devido às doenças e trezentas mil que sobrevivem, ficam com deficiências, dependentes dos Serviços de Saúde”. (Federmann, 2000).

Segundo o autor, a maioria das doenças que engrossam as estatísticas de mortalidade está relacionada diretamente ao padrão alimentar. Assim, aderir a uma alimentação saudável é preservar a Saúde e evitar as principais causas de morte como: “Doenças Cardiocirculatórias, Câncer, Diabetes, Infecções, Desnutrição e outras doenças como Obesidade, Osteoporose, Úlcera Gastroduodenal, Constipação Intestinal, Gastrite, refluxo Gastro-esofágico, Cálculos de vias Biliares, Apendicite, Divertículos, Varizes, Trombose Venosa Profunda, Embolia Pulmonar, Hemorróidas, Displasia Mamária, Asma Brônquica, Cálculos das Vias Urinárias, Retocolite Ulcerativa, Doença de Crohn, Cólon Irritável, Pólipos Intestinais, Impotência Sexual, Hérnia de Hiato Esofágico, Alergia, Distúrbios de Comportamento e Neuroses”.(Federmann, 2000).

2.2 Alcance dos Serviços de Saúde

Na tônica dos nossos Serviços de Saúde dentro das Unidades Básicas para enfrentamento desse problema se concentra em hábitos alimentares e nas atividades físicas, que parecem ser as

áreas de alcance mais imediato e prático, dentro das condições dos serviços, já que a má Qualidade de Vida é determinada em última instância, pelas condições mais amplas da estrutura social, condições materiais frente as quais, a atuação do serviço de saúde pouco pode enfrentar. Por outro lado, sabemos que os conhecimentos existentes na ciência de hoje, nos permitem dimensionar essas questões, promovendo esses conhecimentos, divulgando-os, tornando-os acessíveis.

Com a palavra, o autor:

“A incidência do câncer poderá ser reduzida de 80% a 90%, através da aplicação dos conhecimentos já existentes. A prevenção pode ser alcançada através de mudanças no estilo de vida, na qual a alimentação é o fator básico e mais importante, seguido pelo fumo, álcool, atividade física, reprodução, ocupação, poluição”.

As doenças cardiovasculares são causadas também, em aproximadamente 90% dos casos, por fatores controláveis, o mesmo ocorrendo com a Diabete tipo 2, que são 90% dos casos de Diabete, conseguindo-se prevenção com as mesmas mudanças que previnem o câncer, pois estas doenças tem fatores etiológicos comuns.

Em 1990, houve 10,7 milhões de mortes no mundo por doenças cardiovasculares e 5,2 milhões por câncer. Em 1997, 15,3 milhões morreram por doenças cardiovasculares; 6,2 milhões morreram por câncer; 17,3 milhões por doenças infecciosas e parasitárias; 2,9 milhões por doenças respiratórias, principalmente doença pulmonar crônica obstrutiva e 3,6 milhões devido a doenças perinatais. Das doenças cardiovasculares, 7,2 milhões foram por doença coronariana, 4,6 milhões por doença cérebro-vascular e 3 milhões por outras doenças em desenvolvimento. Quando as economias destes países crescem e adotam o modo “ocidental” de se alimentar, diminuindo a atividade física, as doenças não infecciosas (cardiovasculares, câncer e diabetes) tornam-se mais prevalentes. Nos países desenvolvidos, estas doenças são dominantes como causa morte (WHO – World Health Organization).

Morrem atualmente 15 milhões de adultos com idade entre 20 e 64 anos. A maioria dessas mortes é prematura e prevenível. A maioria dos casos de câncer e doenças cardiovasculares, no entanto, ocorrem em pessoas com mais de 65 anos de idade (WHO).

Nos EUA morreram 2.286.000 pessoas em 1994, das quais 734.090 de Infarto do miocárdio; 154.350 de acidente-cérebro-vascular; 536.860 de Câncer e 55.390 de Diabetes, perfazendo aproximadamente 1.500.000 mortos. As causas infecciosas foram aproximadamente 120.000; pulmonares, 100.000; doenças hepáticas crônicas, 26.000; a maioria também prevenível.

Restam os suicídios, homicídios e acidentes, que levaram 180.000 vidas, desencadeados geralmente por distúrbios de comportamento, neuroses que são originados na maioria das vezes pelo alcoolismo, drogas e alimentação inadequada.

No município de São Paulo, em 74/75, 31% das mortes foram decorrência do infarto de miocárdio; 19,5% Diabete Mellitus; 10,1% de câncer, perfazendo estas doenças 80,1% das mortes.

No Brasil, de 887.594 óbitos registrados em 1994, 238.061 foram devidos a doenças cardiovasculares; 93.865 por câncer; 39.788 por doenças endócrinas (a maioria Diabetes); 14.403 infecções intestinais, a maioria na infância: 37.656 infecções neonatais; 81.166 afecções do aparelho respiratório e 36.969 do aparelho digestivo. Restaram 82.231 por homicídio, acidentes e drogas.

A população dos EUA foi de 260.340.990 habitantes e do Brasil 157.079.573 habitantes, em 1994 (EUA) e 1996 (BR.). A incidência de morte por câncer nos EUA foi de 536.860 pessoas, isto é, aproximadamente 20% de mortes em 1994. No Brasil, com 93.865 mortes por câncer, a incidência foi de 6% em 1996.

No Brasil as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 30% dos óbitos, neste ano e nos EUA 34%.

Estas estatísticas aumentaram, sendo divulgado no 13º Congresso Mundial de Cardiologia – ocorrido no Rio de Janeiro de 26 a 30 de abril de 1998 – que no Brasil morreram 320.000 pessoas de doença cardiovasculares na última estatística anual, perfazendo 37% das mortes anuais. Ocorreram 400.000 casos de Infarto do miocárdio sendo que 50% morreram antes de chegar ao hospital. No mundo morreram 15 milhões de pessoas de doenças cardiovasculares, contra 10 milhões e setecentos mil em 1990.

Na Finlândia, o consumo de alta proporção de gorduras na alimentação, devido ao uso excessivo de carne e derivados ao leite como: queijo e manteiga era responsável pela maior incidência de mortes por Infarto do miocárdio no mundo. Porém eles têm uma baixa incidência de câncer de cólon (1/3 da incidência nos EUA) devido ao alto consumo de cereal integral (pão de centeio), legumes e verduras.

No Brasil e EUA, provavelmente, sucederam fatos parecidos. A alta incidência de mortes por doenças cardiovasculares (30%) é semelhante nos 2 países e a menor incidência de morte por câncer no Brasil, 6% das mortes contra 20% nos EUA, deve-se ao fato da maior ingestão de legumes, verduras, frutas e feijão por nossa população. Nos centros urbanos brasileiros, onde se come em menor proporção destes alimentos, a incidência de mortes por câncer aumenta, como no município de São Paulo, que foi de 10% em 1974.

Em nosso país, na população dos centros urbanos e mesmo das áreas rurais, onde se utiliza a alimentação da era industrial, com cereais refinados e excesso de alimentos de origem animal, carnes e derivados do leite, as causas de morte são superponíveis aos Estados Unidos no que diz respeito às doenças cardiovasculares.

No Brasil, como um todo, as causas de morte têm proporções diferentes às das áreas urbanas, devido às deficiências nas condições de vida, no saneamento básico, na educação e assistência médica. Também modificam as estatísticas aos distúrbios de nutrição infantil causa

básica da alta mortalidade infantil, não só no período neonatal, mas no 1º ano de vida, por infecções intestinais e broncopneumonias.”

O que podemos fazer:

Destaque-se então, a importância do Fórum Municipal, quando a cidade de São Paulo, discute as estratégias para fazer frente as Doenças e Agravos Não- Transmissíveis – DANT. Vimos no panorama exposto, que a maioria dos países, Brasil inclusive, passa por grande mudança na forma de adoecer e morrer. Os números mais recentes (1998-OMS) indicaram que as doenças não-transmissíveis representaram 43% das enfermidades e foram responsáveis por 59% da mortalidade mundial. Países em desenvolvimento, como o Brasil, foram os que mais contribuíram para esses índices. Aqui as DANT foram responsáveis por 56% dos óbitos e 78% das despesas com assistência hospitalar e ambulatorial no SUS em 2003 (Cazario, 2004).

As doenças crônicas estão se tornando epidêmicas em nosso meio. E os especialistas apontam as mudanças na alimentação, hábitos secundários das populações, além do tabagismo, do estresse, da disrupção social.

Diante deste quadro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou-se em 2002 esta importante frente: **Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**, que tem por objetivo orientar local, nacional e internacionalmente, o desenvolvimento de ações conjuntas que possibilitem a redução dos riscos decorrentes do nosso modo de vida e a promoção da saúde.

No Almanaque DANT, publicação da Gerência de Comunicação & Educação da COVISA encontra-se o seu delineamento.

“A Estratégia Global prevê ações de caráter educativo e legislativo, associadas a modificações ambientais que possibilitem escolhas saudáveis. Aponta como principais fatores a serem trabalhados, medidas para a alimentação saudável dos povos e estímulos à atividade física, munindo estas duas diretrizes aos cuidados com a desnutrição, a carência de micronutrientes e a alimentação dos lactentes e das crianças pequenas.”

O importante da Estratégia Global é que ela envolve medidas para a Promoção Global da Saúde da população e dos indivíduos, não é uma prescrição para grupos especiais de risco.

As metas e objetivos da Estratégia Global são promover e proteger a saúde, por meio de orientações que possibilitem a conscientização sobre as condições de saúde e hábitos saudáveis e a sua relação com modos de vida. Para isso, estabelece algumas recomendações em relação a alimentação e prática de atividade física:

- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças para o mínimo de 400 gramas ou cinco porções diárias, assim como incluir na alimentação diária os legumes, cereais integrais e sementes.
- Aumentar a quantidade de atividade física para o mínimo de 30 minutos diários, por no mínimo cinco dias na semana.
- Diminuir o consumo de gorduras saturadas (gordura de origem animal) e gordura do tipo trans (margarina e óleo vegetal hidrogenado) e substituí-las por gorduras insaturadas (óleo vegetal, azeite, sementes e abacate), mantendo um limite para ingestão total de gorduras.
- Reduzir a ingestão de carnes gordas, leite integral e derivados.
- Reduzir a ingestão de açúcares, sacarose (açúcar refinado) para no máximo 10% das calorias totais ideais para uma dieta adequada.
- Reduzir o consumo de sal, observando o conteúdo de sódio dos produtos industrializados.
- Apoiar e incentivar a amamentação natural exclusiva durante os seis primeiros meses de vida da criança e orientar a partir dessa época as práticas saudáveis de alimentação do lactante e da criança pequena.

Ainda, no Almanaque DANT, encontramos a seguinte exortação:

“Setor de Saúde e Estratégia Global – As unidades de saúde têm um papel fundamental na implantação da Estratégia Global. Se as ações da Estratégia não são específicas na área da saúde – a melhoria na qualidade da alimentação depende da disponibilidade de alimentos, acesso a locais apropriados para atividade física, etc; o setor saúde, junto com as outras partes envolvidas, deve responsabilizar-se pela elaboração de políticas e programas que reduzam os fatores de risco para as doenças e promovam a saúde”.

Estas políticas têm que focar, prioritariamente a importância da promoção da saúde em todos os ciclos da vida: a saúde materna, a nutrição pré-natal, a amamentação exclusiva durante seis meses e a promoção da saúde nas escolas e postos de trabalho, assim como a promoção da saúde dos idosos. Deve respeitar as tradições locais no momento de propor ações preventivas, criar métodos e modelos para que a alimentação saudável e a atividade física sejam um componente integral da atenção a saúde, incentivar a prática de atividade física sob orientação, envolvendo equipes multidisciplinares.

Muitas destas ações já se desenvolvem na rede SUS municipal. Para que essas recomendações sejam efetivas e mudem o quadro crescente das DANT, é necessária a avaliação dos programas em desenvolvimento, a participação de todas as instâncias e o incremento destas ações para propiciar mudanças sem precedentes na saúde da população.

Diante do exposto, a Secretaria Municipal de Saúde, através da COVISA, pelo Centro de Controle de Doenças da sub-gerência DANT, desencadeou a Estratégia CAEPS – Capacitação em Avaliação da Efetividade e Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não-Transmissíveis – DANT.

O CAEPS é um processo de educação permanente em saúde, que utiliza metodologia qualitativa e quantitativa para o conhecimento, reflexão e avaliação dos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Profissionais da Vigilância em Saúde e profissionais envolvidos com Programa de Promoção da Saúde da Atenção Básica das cinco Coordenadorias Regionais de Saúde do Município se organizam para avaliar as ações desenvolvidas nas regiões por um período de dois anos (2006-2007).

São objetivos do CAEPS:

1. Implementar a Vigilância em Saúde em DANT;;
2. Capacitar os profissionais em metodologias de pesquisa e avaliação;
3. Estimular a pesquisa em serviço;
4. Definir indicadores para o acompanhamento da vigilância e promoção da saúde
5. Desencadear projetos de avaliação e monitoramento de ações de promoção da saúde em DANT.

O trabalho que aqui se apresenta, se insere nestes objetivos e pretende ser uma contribuição para o esclarecimento e acompanhamento das ações de Promoção da Saúde e Vigilância de DANT no Município de São Paulo.

2.3 Os cenários da Pesquisa

A população da Sé em estimativa populacional realizada pela Fundação SEADE (CEINFO, 2005) indica um total de 346.639 habitantes, sendo 154.163 homens e 189.476 mulheres. A faixa etária de 25 a 59 anos indica 83.572 homens e 101.104 mulheres e a de 60 anos e mais, indica 21.549 homens e 38.846 mulheres. Predomina a população adulta que na faixa de 25 a 59 anos compõe 53% que se somando a faixa de 60 anos e mais chega a 71% o espectro populacional – alvo da promoção de DANT.

Quando se analisam as cinco primeiras causas de morte (número de óbitos) segundo a Coordenadoria Regional de Saúde (PRO-AIM /CEINFO / SMS / PMSP, 2005) a Sé mostra em primeiro lugar as Doenças Isquêmicas do Coração e em segundo as Doenças Cérebro vasculares. Quando se verifica a produção ambulatorial, a demanda da Sé é bastante significativa: 340.997 consultas médicas especializadas e 484.121 consultas médicas básicas (SAI / CEINFO / SMS / PMSP, 2005). Em relação a Regional Centro-Oeste, isto representa 45% do total da Regional que inclui Butantã e Lapa/Pinheiros.

A Unidade Básica de Saúde “João Azevedo Laje”, à rua Humaitá 520, bairro da Bela Vista, centro de São Paulo tem em sua área de abrangência uma população de 69.714 pessoas, (IBGE, 2000).

A unidade se instalou a partir do COE – Centro Odontológico de Especialidades, inaugurado em 1969 e abriga também o Programa de Saúde da Família – PSF com três equipes.

A unidade conta com 48 funcionários sendo médicos (um na chefia), clínicos, ginecologistas, pediatras e psiquiatras; enfermeiros e auxiliares; assistente social, psicóloga, farmacêutica, nutricionistas, auxiliar de chefia e o pessoal do administrativo. Desenvolve Atenção Primária num atendimento diário médico de 750 pessoas.

Além do serviço de Vigilância Epidemiológica, desenvolve programa de promoção e prevenção como o “Mãe Paulistana”, Planejamento Familiar, Grupos de hipertensão e Diabetes. A unidade conta com parceiros como a Santa Casa, que desenvolve o “Pro Saúde”, campo de estágio para os alunos de medicina e mais a parceria da Unifesp e do Hospital Sírio Libanês. Suas principais dificuldades segundo relato da gerência são: número insuficiente de pessoal e espaço não-condizente com o modelo de Unidade Mista.

Na Integralidade, aponta como problema a referência para especialidades, dificultando os encaminhamentos para exames complexos.

A Unidade Básica de Saúde “Humberto Pascalli” localizada à rua Vitorino Carmilo 559, também está subordinada à Supervisão Técnica de Saúde Sé, na Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste. Embora Básica, possui algumas especialidades que a credenciam como serviço de referência para as demais UBS -Sé. Tais como: URSI – Saúde do Idoso; URSA – Saúde do Adolescente; NIR1 – Núcleo Integrado de Reabilitação; Unidade de Apoio à Saúde Mental e ainda Cadastramento de Insumos de Diabetes. Além de ser Campo de estágio universitário para o Pró-Saúde, em Medicina e Enfermagem, também desenvolve capacitação de profissionais em parceria com o ONCOCENTRO. Recebe Residentes de Medicina e estagiários da Escola Técnica Estadual de Enfermagem.

Historicamente funcionou como Centro de Saúde estadual até 1995 quando foi municipalizado. Em princípio como Ambulatório de Especialidades. Em 2001 passou a compor a sede de Unidades Básicas. Não possui PSF – Saúde da Família.

Área de abrangência: distritos administrativos de Santa Cecília, República e Consolação. Essa área possui 156.032 moradores (IBGE – 2007) e é também área de muitos trabalhadores de outras regiões. População Social carente, com cerca de 300 cortiços, ocupações verticais clandestinas, a favela do Moinho com 1200 pessoas e 2188 pessoas em situação de rua (FIPE – 2003). Atrai moradores de outras regiões por ser área central, próxima de grandes centros de referência e assistência à saúde. Acesso facilitado pelas linhas de ônibus, metrô e trem.

Movimento diário intenso, nunca inferior a 900 usuários por dia, os quais demandam além do atendimento agendado, os grupos educativos e terapêuticos; atualmente há vinte grupos , que ocupam, na unidade espaço próprio e espaços possíveis nos arredores.

2.4 Considerações Teóricas

2.4.1 O Diabetes *Mellitus* Tipo 2

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD, 2007, o diabetes *mellitus* – DM não é uma única doença, mas um grupo de distúrbios metabólicos que apresentam

em comum a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos.

A classificação atual do DM é baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto os termos diabetes mellitus insulino dependente e diabetes mellitus não-insulino dependente devem ser eliminados. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e aqui recomendada inclui quatro classes clínicas: DM e diabetes *mellitus* gestacional. Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (DCV).

Para o âmbito da pesquisa, o foco foi no diabetes *mellitus* tipo 2 – O DM 2 é a forma presente em 90% - 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina. Em geral ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose raramente desenvolve-se espontaneamente, ocorrendo apenas quando associada a outras condições como as infecções. O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, mas geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não são dependentes de insulina exógena para sobrevivência, porém podem necessitar de tratamento com insulina para a obtenção de um controle metabólico adequado.

Diferentemente do DM auto-imune não há indicadores específicos para o DM2. Existem provavelmente diferentes mecanismos que resultam nessa forma de DM, e com identificação futura de processos patogênicos específicos ou defeitos genéticos, o número de pessoas com essa forma de DM irá diminuir à custa de uma mudança para uma classificação mais definitiva em outros tipos específicos de DM.

A SBD propõe métodos e critérios para diagnóstico de diabetes mellitus. A evolução para o Diabetes Mellitus tipo 2 –(DM) ocorre ao longo de um período de tempo variável, passando por estágios intermediários que recebem a denominação de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. Tais estágios seriam decorrentes de uma combinação de resistência à ação insulínica e disfunção da célula beta. Já no Diabetes Mellitus tipo 1, o início geralmente é abrupto, com sintomas indicando de maneira sólida presença da enfermidade.

O critério diagnóstico foi modificado em 1997, pela American Diabetes Association (ADA), posteriormente aceito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD).

As modificações foram realizadas com a finalidade de prevenir de maneira eficaz as complicações microvasculares do DM.

Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM:

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescido de glicemia casual acima de 200mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições;
- Glicemia de jejum \geq 126mg/dl (7 milimols). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia;
- Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl.

O teste de tolerância à glicose deve ser efetuado com os cuidados preconizados pelas OMS, com colheita para diferenciação de glicemia em jejum e 120 minutos após a ingestão de glicose.

É reconhecido um grupo intermediário de indivíduos em que os níveis de glicemia não preenchem os critérios para o diagnóstico de DM. São, entretanto muito elevados para serem considerados normais. Nesses casos foram consideradas as categorias de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída, cujos critérios são apresentados a seguir:

- Glicemia de jejum alterada: Glicemia de jejum acima de 100mg/dl e abaixo de 126mg/dl. Este critério ainda não foi oficializado pela OMS, porém já existe uma recomendação da Federação Internacional de Diabetes – IDF, acatando o ponto de corte para 100mg/dl.
- Tolerância a glicose diminuída quando após uma sobre carga de 75g de glicose, o valor de glicemia de 2 horas se situa entre 140 e 199mg/d.

O método preferencial para determinação da glicemia é sua aferição no plasma. O sangue deve ser coletado em um tubo com fluoreto de sódio, centrifugado, com separação do plasma, que deverá ser congelado para posterior utilização. Caso não se disponha desse reagente, a determinação da glicemia deverá ser imediata ou o tubo mantido a 4°C por no máximo 2 horas.

Para a realização do teste de tolerância à glicose oral algumas considerações devem ser levadas em conta:

- Período de jejum entre 10 e 16 horas;
- Ingestão de pelo menos 150g de glicídios nos três dias anteriores à realização do teste;
- Atividade física normal;
- Comunicar a presença de infecções, ingestão de medicamentos ou inatividade;
- Utilizar 1,75g de glicose por quilograma de peso até o máximo de 75g.

A hemoglobina glicada mostrou-se inferior as glicemias de jejum e pós-prandial para o diagnóstico de diabetes mellitus. As fitas com reagentes não são tão precisas quanto as dosagens plasmáticas e não devem ser usadas para o diagnóstico.

2.4.2 A Dieta

A orientação nutricional e o estabelecimento de dieta para controle de pacientes com diabetes mellitus (DM) associados às mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física são considerados terapias de primeira escolha.

Está comprovado que essa associação provoca uma melhora na sensibilidade à insulina, diminui os níveis plasmáticos de glicose, reduzem de forma expressiva a circunferência abdominal e a gordura visceral, melhorando o perfil metabólico com redução dos níveis de LDL-C e triglicérides e aumentando o HDL-C.

Diversos estudos em pacientes com DM fundamentam as condutas referentes à terapia nutricional e ao exercício físico como tratamento, que serão apresentadas a seguir, que fundamentam as diretrizes da SBD, e que são o balizamento da pesquisa.

A adoção de um plano alimentar saudável é fundamental no tratamento do DM. Para estabelecer as necessidades nutricionais do indivíduo, o primeiro passo é realizar uma avaliação nutricional detalhada, incluindo a determinação de índice de massa corporal, circunferência abdominal. Além disso, a determinação do perfil metabólico é muito importante para o estabelecimento de terapia nutricional do DM.

O plano alimentar deve ser individualizado e fornecer um valor calórico total (VCT) compatível com a obtenção e/ou a manutenção de peso desejável. Para obesos diabéticos, a dieta deve ser hipocalórica, com uma redução de 500 kcal a 1.000kcal do gasto energético total (GET) diário previsto ou da anamnese alimentar, com o objetivo de promover perdas ponderais de 0,5Kg a 1Kg/semana. Um método prático para o cálculo do GET é utilizar dietas inferiores a 800Kcal, pois não são efetivas para a redução de peso.

Em indivíduos resistentes a insulina, uma redução na ingestão energética e perda moderada de peso melhoram resistência a insulina e glicemia em curto prazo.

Programas estruturados que enfatizam mudanças no estilo de vida, incluindo educação nutricional, redução de gorduras (menos de 30% de ingestão energética), atividade física regular e contato regular com profissionais, pode produzir perda de peso em longo prazo em torno de 5% - 7% do peso corporal. Dessa forma, exercícios e modificação comportamental são muito úteis como adjuntos a outras estratégias para perda e manutenção de peso.

Dieta padrão para redução de peso, quando feita de maneira isolada, é insuficiente para produzir perda de peso em longo prazo.

Carboidratos

A adoção do modelo dietético Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) associado a uma intervenção no estilo de vida pode aumentar a sensibilidade à insulina. Para os carboidratos, é recomendados o uso de hortaliças, leguminosas, grãos integrais e frutas, que devem ser consumidos dentro do contexto de uma lista saudável. O açúcar de mesa ou produtos contendo açúcar (fonte de frutose) pode, eventualmente, ser ingeridos no contexto de um plano alimentar

saudável. Como a sacarose não aumenta a glicemia mais que quantidades isocalóricas de amido, sacarose e alimentos contendo sacarose não necessitam ser restringidos por pessoas com DM; entretanto, deve ser substituída por outra fonte de carboidrato ou, se adicionada, deve ser compensada com doses adicionais de insulina ou outro medicamento hipoglicemiante. Adoçantes não-nutritivos são seguros quando consumidos até o nível diário aceitável de ingestão e estabelecido pela Food and Drug Administration (FDA).

Em relação ao efeito do índice glicêmico dos carboidratos, podemos afirmar que a quantidade de carboidratos na refeição ou lanche é mais importante que a fonte ou tipo de carboidrato. Embora dietas com baixo índice glicêmico possam reduzir a glicemia pós-prandial e o perfil lipídico, a capacidade dos indivíduos para manter essas dietas em longo prazo não está bem estabelecida. Não são encontradas evidências suficientes para recomendar o uso de alimentos de baixo índice glicêmico como estratégia primária no plano alimentar.

Carboidrato e gordura monoinsaturada juntos devem perfazer 60% - 70% da ingestão energética. Entretanto o perfil metabólico e a necessidade de perda de peso devem ser considerados quando se determina a quantidade de gordura monoinsaturada da dieta.

Fibras

É recomendado o consumo de fibras de no mínimo 20 gramas ao dia sob a forma de hortaliças, leguminosas, grãos integrais, vitaminas e outros nutrientes essenciais para uma dieta saudável. Embora altas quantidades de fibras (50g/dia) mostrem efeitos benéficos sobre o controle glicêmico e lipídico, não é conhecido se a palatabilidade e os efeitos gastrintestinais colaterais dessa quantidade de fibras seriam aceitáveis pela população (A, 1). Assim, como para o público em geral, o consumo de fibra na dieta deve ser encorajado, entretanto não existe razão para recomendar que pessoas com DM consumam uma maior quantidade de fibra que outros indivíduos.

Gorduras

A ingestão de gordura é inversamente associada a grande sensibilidade insulínica, não somente pela relação positiva com o peso corporal, mas também pela quantidade da oferta de ácidos graxos. Menos de 10% da ingestão energética diária deve ser derivada de gorduras saturadas. Algumas pessoas (indivíduos com LDL-C maior ou igual a 100mg/dl) podem se beneficiar reduzindo a ingestão de gordura saturada para menos de 7% da ingestão energética diária. Para reduzir o LDL-C, a ingestão energética derivada de gorduras saturadas pode ser reduzida, quando a perda de peso é desejável, ou substituída por carboidrato ou gordura monoinsaturada, quando perda de peso não é uma meta.

A ingestão de colesterol deve ser menor que 300mg/dia. Algumas pessoas (indivíduos com LDL-C maior ou igual a 100mg/dl) podem se beneficiar reduzindo o colesterol da dieta para menos de 200mg/dia.

A ingestão de gordura polissaturada deve perfazer aproximadamente 10% da ingestão energética diária. Os ácidos graxos poliinsaturados ômega 3 podem ser benéficos em especial no tratamento da hipertrigliceridemia grave em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Duas ou três porções de peixe/semana devem ser recomendadas.

Em algumas situações, como a hipertrigliceridemia ou quando o HDL-C for inferior ao desejável, pode ser aconselhável aumentar a quantidade de gordura monoinsaturada, reduzindo, nesse caso, a oferta de carboidratos. Essa substituição deve acontecer, mas deve-se aumentar para a incorporação dos ácidos graxos monoinsaturados de forma aditiva ao plano alimentar, pois pode promover o aumento de peso. O uso de gordura em cotas inferiores a 15% do VCT pode diminuir o HDL-C e aumentar os níveis plasmáticos de glicose, insulina e triglicérides.

Os ácidos graxos trans aumentam o LDL-C e os triglicérides e reduzem a fração do HDL-C. A maior contribuição desses ácidos graxos na dieta origina-se do consumo de óleos e gorduras hidrogenadas, margarinas duras e shortenings (gorduras industriais presentes em sorvetes, chocolates, produtos de padaria, salgadinhos do tipo chips, molhos para saladas, maionese, cremes para sobremesa e óleo para fritura industrial) e, em menor quantidade, de produtos lácteos e carnes bovinas e caprina. Seu consumo deve ser reduzido.

Dietas com quantidades reduzidas de lipídios, quando mantidas por longo tempo contribuem com modesta perda de peso e melhora do perfil lipídico.

Proteína

Recomenda-se uma ingestão diária de proteínas de 15% - 20% do VCT. Em indivíduos com DM2 controlado, a ingestão protéica não aumenta a concentração de glicose plasmática, embora a proteína seja um potente estimulador da secreção de insulina tanto quanto carboidrato. Para pessoas com DM, especialmente aquelas que não tem um controle ótimo da glicose, a necessidade protéica pode ser maior que as preconizadas pela Recommended Dietary Allowance (RDA), mas nunca maior que a ingestão usual.

Para pessoas com DM, não existem evidências que sugiram que a ingestão habitual protéica (15% a 20% das necessidades diárias de energia) deve ser modificada caso a função renal esteja normal.

Os efeitos em longo prazo de dietas com conteúdo protéico elevado e baixo em carboidrato são desconhecidos. Embora tais dietas possam promover perda de peso em curto prazo e melhora no perfil glicêmico, ainda não foi estabelecido se essa perda de peso será mantida por um período mais prolongado de tempo. O efeito de tais dietas no perfil de LDL-C plasmático é também um ponto de interesse.

Vitaminas e minerais

O plano alimentar deve promover a recomendação diária de duas a quatro porções de frutas, sendo pelo menos uma rica em vitamina C (frutas cítricas) e de três a cinco porções de hortaliças

cruas e cozidas. Recomenda-se sempre que possível, dar preferência aos alimentos integrais. Não há evidência clara do benefício do uso de suplementação de minerais e vitaminas em pessoas com DM que não apresentem deficiências. Exceções são feitas ao folato, para prevenção de defeitos de nascimento, e ao cálcio, para prevenir doença óssea. Suplementação de rotina na dieta com antioxidantes não são aconselhadas por causa das incertezas relacionadas à eficácia e segurança em longo prazo.

Sal de cozinha

Deve ser limitado a 6g/dia. Devem ser evitados os alimentos processados, como embutidos, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacotes tipo snacks. Ao contrário, temperos naturais como salsa, cebolinha e ervas aromáticas são recomendadas em vez de condimentos industrializados.

Álcool

Se o indivíduo opta por ingerir bebidas alcoólicas, deve fazê-lo no limite de uma dose para mulheres e duas para homens. Uma dose é definida como 360ml de cerveja, 150ml de vinho ou 45ml de bebida destilada. Para reduzir o risco de hiperglicemia, bebidas alcoólicas devem ser consumidas com alimentos.

Recomendações alimentares complementares

Recomenda-se que o plano alimentar seja fracionado em seis refeições, sendo três principais e três lanches. Quanto à forma de preparo dos alimentos, preferir os grelhados, assados, cozidos no vapor ou até mesmo os alimentos diet e light podem ser indicados no contexto do plano alimentar, e não utilizados de forma exclusiva. Deve-se respeitar as preferências individuais e o poder aquisitivo do paciente e da família.

O atendimento ao diabético

Dentro das macrodiretrizes do campo científico, o atendimento ao paciente diabético nas Unidades Básicas de Saúde fica referenciado aos programas e rotinas da Supervisão. A prevenção das complicações que ocorrem no curso da doença se concentra na consulta médica e na consulta do (a) nutricionista, os quais focam principalmente os indivíduos e possivelmente os grupos de pessoas com a patologia específica e com estratégias direcionadas e persuasivas. O processo global do atendimento está sujeito na sua efetividade às condições do serviço e a atuação dos profissionais de saúde.

O grande desafio é transitar para medidas de Promoção da Saúde dos usuários o que se teria por atingido o propósito da Atenção Integral à população, dando qualidade à atenção primária à Saúde, nesta que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde – SUS.

As ações de Promoção compõem um modelo de intervenção participativa dentro de um conceito de Saúde Multidimensional que cobriria toda a população no seu ambiente total, provocando mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente.

Os executores dos programas partilham a experiência: organizações não profissionais, como os movimentos sociais, as agências sociais, as ações inter setoriais das agências governamentais, numa amplitude de envolvimento.

Se, de um lado, sabemos teoricamente, o que fazer, que podem fazer os serviços de saúde? É crescente no discurso contemporâneo do campo de saúde coletiva, a referência a idéia da Promoção da Saúde. Essa idéia surge forte hoje, após a evolução teórica do conceito de saúde que abarque condições sociais mais amplas, determinantes do processo social do adoecer. A “nova saúde pública coletiva”, hoje estende significativamente a abrangência das ações de saúde ao tomar como objeto o ambiente – local e global – em sentido amplo.

2.4.3 Promoção da saúde em DANT

Visitando o discurso da promoção da saúde, verifica-se que ele não é homogêneo, apresentando contradições que correspondem a interesses divergentes: “Análises críticas apontam na base das preposições, mudanças de regulação estatal objetivando a redução do papel do Estado diante da saúde do indivíduo. Reforçariam-se assim as perspectivas de individualização, mascarando-se mediante discursos que enfatizam a autonomia, com o objetivo de delegar cada vez mais aos sujeitos e grupos sociais específicos a tarefa de cuidarem de si mesmos” (Czeresnia, 2003:9).

Uma reflexão sobre a nossa prática tem nos colocado diante de algumas limitações. Ressaltamos de inicio a própria limitação do modelo biomédico da formação profissional, incapaz ou insuficiente para dar conta do problema numa estratégia de promoção. “O setor sanitário não pode, por si mesmo, proporcionar as condições prévias nem assegurar as perspectivas favoráveis para saúde, além do que, a promoção da saúde exige a ação coordenada de todos os implicados: os governos, os setores sanitários e outros setores sociais e econômicos, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação. As pessoas de todos os meios sociais estão implicadas tanto com os indivíduos quanto com as famílias e comunidades. Aos grupos sociais e profissionais e ao pessoal do grupo sanitário corresponde, especialmente assumir a responsabilidade de atuar como mediadores entre interesses antagônicos e a favor da saúde”. (Turato, 2003:16).

Sabemos que a ampliação do conceito de saúde, fundamental na Promoção, parte desse reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia disponível e do foco exclusivo no risco individual para responder aos processos de saúde-doença. Mas também estamos cientes que a própria idéia de processo aborda a saúde e a doença numa relação dinâmica dentro das relações profissionais que estabelecemos no âmbito interno da Unidade de Serviço, trabalho esse que se estende para as relações sociais que o usuário do serviço pauta sua vida.

“Aqui partimos do reconhecimento de que o adoecimento e a vida saudável não dependem de aspectos físicos ou genéticos unicamente, mas são influenciadas pelas relações sociais que engendram formas de acesso a alimentação, educação, trabalho, renda, lazer, paz e ambientes saudáveis, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida” (Costa, 1982:6).

No cotidiano dos nossos serviços é comum enfatizarmos as insuficiências da perspectiva curativa e a necessária extensão das ações de prevenção e promoção. “Vale lembrar que a rede básica, diferentemente do hospital, apresenta a possibilidade de menor aprisionamento ao processo de trabalho, e, portanto, é um lugar favorável ao repensar as novas formas de produção das ações de saúde” (Merhy 1992:25). O que podemos (e devemos) fazer no primeiro plano da assistência é aproximá-la o quanto mais possível da Atenção Integral, numa prática aplicada na direção de um olhar mais agudo que abarque o comportamento dos usuários: a Prevenção e a Promoção têm em comum a ênfase no cuidado e não na cura, sobretudo no que se se referem as DANT.

Torna-se necessário re-qualificar nossa prática, para amplificar esse olhar, para reconhecer as percepções e motivações dos pacientes que se submetem aos cuidados. “Práticas de saúde são práticas sociais de cunho tecnocientífico e tecnocrático. Essa fundamentação legítima as pratica, cercando os técnicos ou os profissionais da autoridade contra a qual nenhum saber pode recorrer. Essa cultura é vivida espontaneamente, de modo não consciente” (Stotz, Araújo, 2004:15). “Estamos supondo que as necessidades e os problemas de saúde podem ser representados por saberes tecnológicos a priori, em relação aos sujeitos em cena como os saberes estruturados pela clínica e epidemiologia que acabam por eliminar os sujeitos reais dos cenários estratégicos definidores das políticas de saúde e colocam no seu lugar um sonho tecnocrático de substituir um modo real de como as pessoas individuais e coletivas vivem, sentem e representam as suas necessidades de consumo e controlem os seus caminhos para solucioná-las” (Merhy 119:6). Assim no cotidiano dos Serviços de Saúde, quando refletimos sobre a nossa prática profissional, freqüentemente estamos avaliando o impacto das nossas ações e buscando ampliar, dentro das dificuldades objetivas, as possibilidades de uma ação mais eficaz. Isso nos leva então a olhar sempre em dupla direção: a nossa intenção abalizada pelo conhecimento científico do que pode e deve ser feito posta a prova e a dificuldade do paciente, obstáculo que se transposto garante a eficácia da nossa ação. Constatamos um primeiro problema: O BAIXO NÍVEL DA ADESÃO AO TRATAMENTO por parte dos pacientes trazendo como conseqüência um aumento da mortalidade além dos prejuízos psicológicos, sociais e econômicos que atingem não só os pacientes como toda a comunidade. Procurando analisar as causas deste fato, verificamos que estamos diante de problemas que extrapolam a área da equipe em atuação e cuja solução no curto espaço de tempo de uma consulta é muito difícil.

Para o enfrentamento desta questão, não basta a atuação no nível de atendimento individual no Serviço de Saúde; mesmo embora se utilizem dinâmicas de grupos favoráveis onde os

membros encontram no compartilhar do problema o apoio e a sustentação para a sua disposição interna de autocuidado. Sabemos que o paciente se apresenta ao serviço, deslocado do seu critério de origem, do grupo social ao qual pertence e com o qual se relaciona buscando integrar-se e desempenhar seu papel social. Isso nos leva a indagar sobre o segundo problema: Como atuar no campo da ADERÊNCIA ao Tratamento proposto e, no caso específico, à Dieta, âmbito que se circunscreve às ações do paciente.

Assim colocada, a questão nos remete às relações que estabelecemos no nosso trabalho, cuja eficácia depende da aderência.

E do que depende a Aderência à Dieta?

Assim colocada a grande questão nos envolve na linha de Promoção em Saúde, para além das ações preventivas, reconceituando as práticas de intervenção, os alvos de ação, as estratégias, o direcionamento das medidas, os objetivos dos programas e até os executores dos programas, enfim todas as possíveis forças sociais.

Neste patamar, o problema se agiganta quando constatamos na população atendida a situação das pessoas e famílias em VULNERABILIDADE, onde as ações se tornam mais complexas. Essa questão de como atuar com populações vulneráveis já tem ocupado o espaço da literatura do nosso campo. Como se coloca esse conceito, na literatura?

“Para alguns não é novidade. Para outros não esteja totalmente compreendido. Para muitos, porém, é uma remota referência, quando não um total desconhecido. De fato, parcela expressiva dos profissionais de saúde não está familiarizada com o conceito de vulnerabilidade, apesar de ele já estar em uso há cerca de dez anos” (Ayres et al 2003:117).

O direito à saúde, consubstanciado na Constituição Brasileira de 1988, embora já institucionalizado, somente será plenamente exercido dentro do processo histórico social da evolução da cidadania do nosso povo. Paralelo a esse amadurecimento, a sociedade brasileira desenvolve um esforço ao constituir um sistema de saúde pública de traço universalizante, eqüitativo e democrático, com ampla participação e controle social. Às prefeituras cabe a tarefa da Atenção Básica sendo o município, a porta de entrada ao sistema devidamente hierarquizado as ações, no âmbito estadual e federal, tendo em vista a Atenção Integral a Saúde como meta final. Assim abertas às portas do sistema, ficam explicitadas as necessidades de saúde e o que concretizamos como Atenção Primária. Por conta desta realidade o conceito de vulnerabilidade é o vetor de uma percepção ampliada e reflexiva que busca as razões últimas dos problemas em totalidade que vai desde a suscetibilidade orgânica até as formas de estruturação de programas de saúde passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. Assim fica ampliado, o conceito de risco, o qual, para ser eficaz individualiza ações ou se refere a grupos, que tem em comum a patogenia no momento em que se formam no âmbito da unidade, mas que

precisam recompor-se como cidadãos de volta a vida familiar, onde a DIETA efetivamente se desenvolva.

O município de São Paulo, no esforço de concretização do SUS está atento aos princípios e diretrizes que o conformam e garantem o avanço social.

Essa macro-visão só se consolida, se as unidades, respondem a grande demanda (fruto das condições sociais que agravam a saúde, mas também fruto da percepção social do direito, do exercício da cidadania, independente da condição sócio econômica). Cabe a unidade, extrapolar as suas ações, agir radicalmente, atenta ao seu entorno, para que os profissionais de saúde ali envolvidos e que abraçam a causa ideal da Saúde Coletiva também se tornem sujeitos realizados nesta História. Este agir se inicia num novo olhar, aqui proposto. Enfrentar o maior desafio: com as condições objetivas, a realidade com que trabalhamos.

3. Objetivos da Pesquisa

3.1 Objetivo Geral

Identificar os determinantes da NÃO ADESÃO À DIETA proposta no tratamento do diabético, na prática das Unidades de Saúde.

3.2 Objetivos Específicos

1. Verificar por seguimento de medidas específicas, o controle do Diabetes.
2. Analisar por meio de entrevistas, as representações sociais dos pacientes em relação à dieta.
3. Identificar alimentos facilitadores e elementos inibidores da Adesão da Dieta.
4. Fornecer subsídios que auxiliem os profissionais de saúde nas práticas de promoção e educação em saúde, no tocante à Dieta do Diabético.

4. Metodologia

4.1 Delineamento do Projeto

1º) Passo: Captação dos sujeitos da pesquisa.

- Definição dos sujeitos: submetidos a primeira coleta, pacientes diagnosticados com *diabetes mellitus* Tipo 2 passam com Nutricionista da Unidade para primeira consulta nutricional.

2º) Passo: Aplicação do Instrumento Padronizado de cadastro – IPC, o qual é comum a todos os pacientes do serviço na primeira consulta e faz parte da rotina do serviço. Este IPC é

acrescentado com as fichas complementares do período da investigação para os pacientes – sujeitos da pesquisa.

- Na ocasião o paciente foi informado que poderá retornar o serviço sempre que precisa, porém necessariamente deverá retornar após 90 dias desta primeira consulta.

3º) Passo: Coleta e Verificação de Parâmetros, após 90 dias.

4º) Passo: Identificação do Grupo de Pacientes, com dificuldade com a Dieta.

- Esta condição verbalizada pelo paciente e nesta ocasião ele é convidado a participar do Estudo que está sendo realizado. Após esse momento foi oferecido a ele o Termo de Consentimento Esclarecido.
- Em seguida, assinalado o IPC (um carimbo) CAEPS / DANT, é um número de identificação da pesquisa. O IPC deverá ser então copiado para juntar-se às outras fichas e novas observações, já então como material de manuseio exclusivo dos pesquisadores.

5º) Passo: Agendamento de Entrevistas

- Seguindo a rotina do serviço, junto ao monitoramento constante e verificação dos parâmetros e registros das observações para os sujeitos cadastrados. Junto ao monitoramento dos pacientes / entrevistas / reunião da equipe de pesquisadores e suas fichas.

6º) Passo: Escolha de Pacientes para Visita Domiciliária

- Esta seleção foi feita durante o processo e visa amplificar os casos mais significativos para a compreensão do problema estudado. Esta etapa tornou-se a mais difícil, por razões expostas nos resultados da pesquisa.

4.2 Considerações Metodológicas

No cotidiano de nosso trabalho o volume de demandas e o pouco tempo disponível para atendê-las foram um dos elementos norteadores da nossa escolha. Buscamos um caminho que não nos afastasse da rotina dos nossos postos de trabalho, seja porque queríamos dar conta da proposta CAEPS – DANT seja porque os serviços que desenvolvemos estão a exigir uma avaliação e uma reflexão constante para o seu aprimoramento. Encontramos respaldo na literatura disponível (Rauen, 2002:59) sob a denominação de **Pesquisa Qualitativa de Intervenção**. Para o autor equacionar esse problema (estudos que se desenrolam na ação profissional do serviço) é proposta a **Pesquisa – Ação**. “... um trabalho empírico que Subjaz a associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo em andamento, no processo. Neste território, pesquisadores e participantes da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.” Na pesquisa ação o grupo de pesquisadores estará em reunião constante padronizando a recolha dos dados: os procedimentos são mais flexíveis e organizam a partir da observação – ocorrência. Daí tratar-se de uma construção

coletiva do grupo em íntima vivência como sujeitos observados. A análise e interpretação dos dados podem ser semelhantes à pesquisa clássica e elaborada a partir da discussão dos dados. Estamos tratando de um trabalho de investigação calcado na rotina dos nossos serviços e com os instrumentos reais de que dispomos. O desafio maior foi fazer cumprir no tempo, dentro das metas do atendimento normal.

Abordagem Qualitativa: Entrevista Aberta

“A abordagem qualitativa refere os significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, ponto de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias”.

Tem abordado entre outros temas: mecanismos de adaptação; adesão ao tratamento; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores, profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificultadores frente à profissão, ao tratamento, às condições de trabalho” (Turato, 2003:16).

Procura-se uma compreensão específica e particular do fenômeno – dificuldade na dieta com foco nas atitudes, crenças, motivações e sentimentos; o modo como falam de suas vidas; a linguagem utilizada e as conexões que revelam como o mundo e o problema nele são percebidos.

O critério de Cientificidade se apóia no fato de ser o mesmo interlocutor (o profissional e o entrevistador) para provocar uma ponte de intersubjetividade construindo conjuntamente o conhecimento pelo pesquisador e pelo paciente – sujeito que é objeto numa relação dialética. “As considerações sobre o pesquisador e a relação que ele estabelece nas pesquisas de cunho qualitativo são importantes pois a máxima objetividade só pode ser alcançada quando se incorpora o sujeito observador como uma das variáveis do campo” (Martins, Bógus, 2004:16).

Por esta razão optou-se pelos seguintes Instrumentos Ficha Cadastral + Entrevista Aberta com gravador.

Entrevista Aberta: Foi apresentada uma questão inicial e o entrevistador caminhou por onde preferir podendo sua fala abranger vários âmbitos. A questão inicial é padronizada e permitiu o máximo de invocações das experiências pessoais, elementos da história das vidas, elementos relacionados à dieta. (uso do gravador)

- **Ficha Cadastral:** Após a entrevista o pesquisador registrou numa ficha pessoal os aspectos não verbais significativos, tais como gestos, expressões fisionômicas, sinais não verbais cuja captação é muito importante para a compreensão e a validação do que foi dito, acrescentando suas impressões pessoais, o que foi levado à Equipe.
- **Reunião da Equipe:** A gravação permitiu contar o material fornecido pelo informante e as fichas permitiram a construção coletiva da observação. O uso do gravador exigiu o trabalho minucioso da transcrição, mas este trabalho já auxilia na seleção e interpretação das informações emitidas. A fala dos diversos sujeitos foi transcrita de forma a recuperar a integralidade dos depoimentos e facilitar a criação das categorias de interpretação.

- **Análise de Conteúdo:** Buscou-se as unidades de análise para compor a categorização a partir da identificação das palavras chaves/ temas pertinentes às idéias sobre dieta.
- **Visita Domiciliária:** a técnica segue os padrões das visitas do PSF – Programa de Saúde da Família com destaque maior para o foco da pesquisa (dieta).

4.3 Fundamentação Teórica da Análise do Conteúdo

A ciência moderna colocou-se na concepção cartesiana das quantidades, a partir do esquadramento da Natureza. Esse grande avanço nos processos quantitativos deslocou, no entanto, o estudo da subjetividade para a área de Humanidades. As Ciências Humanas, enquanto tais, necessitaram adequar, criar outros caminhos, métodos de observação para estudar valores, recolocando o ser humano como objeto empírico observável.

Sobretudo na segunda metade do século XX nota-se uma transição da ciência moderna em valorizar os estudos humanísticos, à procura por métodos que permitem explorá-los para além das limitações da ciência cartesiana. Santos (1989) denomina esse período de “ciência pós-moderna” e Morin (1996) propõe o “pensamento complexo”.

Esse novo paradigma tende a um conhecimento não-dualista de oposições, superando a dicotomia presente nos estudos que, à procura de uma tipologia, esquadram o objeto, separando-o em partes, muitas vezes colocadas como antinomias. Quando esse objeto de estudo é o Homem, não é possível a cisão sujeito/objeto. E quando dois sujeitos, o sujeito-observador e o sujeito-observado se encontram, há na comunicação um mútuo pertencimento, uma forma de conhecer que inclui o auto-conhecimento; e de imediato uma construção/reconstrução a partir do que é tratado. Não por acaso, a Entrevista costuma ser terapêutica, ela mesma; e não parte, apenas de um tratamento? (logicamente, em termos da sua objetivação).

Assim como no passado, a ciência recebeu da Física e da Matemática, o cálculo numérico, o que leva a ciência moderna à lógica formal, a ciência pós moderna das Humanidades se beneficia do avanço das Ciências Humanas Sociais, instituídas como tal, no último quartel do século XIX e que atravessam o século XX com aporte dos avanços da Psicologia e da Psicanálise.

O novo paradigma, em contraponto com os modernos, valoriza o senso comum, a experiência vivida, pois é esse conhecimento vulgar e prático com que no cotidiano nos orientamos e damos sentido à nossa vida.

Morin (1996) denomina-o, “paradigma da simplificação” e neste aspecto não se despreza o conhecimento tecnológico, mas se entende que o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em auto-conhecimento e sabedoria de vida. Para tal objetivo, é necessário apreender os julgamentos de valor e uma consciência moral.

Rastreando o conceito de Representações Sociais – RS, identificamos sua primeira formulação, já nos primórdios da Sociologia, com Emile Dürkheim (1897), embora essa primeira construção ainda marcada pelos rigores da ciência cartesiana, tivesse que recorrer aos métodos quantitativos para afirmar-se. O que permitiu ao estudo, o respeito ao rigor científico, com

parâmetros para aferições e medições da realidade que foi pesquisada. Usado no mesmo sentido de Representações Coletivas, o termo se refere a categorias de pensamento por meio das quais, uma sociedade elabora e expressa sua realidade.

Dürkheim defendeu a objetividade positivista das Representações Sociais, como fatos de coerção social, procurando dar conta de explicar fenômenos como a religião, os mitos, os padrões coletivos do comportamento, etc. Na segunda metade do século XX, a concepção dürkheimiana foi resgatada e atualizada por autores como Moscovici (1976), Jodelet (1986) e Herzlich (1973) mas avançando nas metodologias de investigação para apreender em profundidade a complexibilidade das relações humanas no contexto social.

No campo da Filosofia, destaca-se a intensa crise do conhecimento científico e a crítica aos estatutos da ciência, sobretudo para abarcar e explicar as transformações sociais e as sociedades humanas.

No Campo da Psicologia, houve um deslocamento em relação às linhas mestras comportamentalistas, que vigoraram tanto na corrente americana, com Skinner, como na Psicologia pavloviana russa.

Jodelet conceituou – RS- como uma forma de conhecimento específico, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos gerais e funcionais socialmente caracterizados. Designam uma forma que tem uma finalidade prática, o qual contribui para a construção de uma realidade comum ao conjunto social.

Em busca do que é comum, para assim alcançar a comunicação entre profissionais de Saúde e pacientes, ratifica-se o crédito à Entrevista aberta, não conduzida, que se apóia nos parâmetros da Fenomenologia, que assegura um olhar interessado e inclusivo, modificando o Sujeito investigador diante do Sujeito que está sendo investigado.

5. Resultados

5.1- Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

No período em que o campo foi realizado, foi aplicado a todos os pacientes encaminhados, o mesmo procedimento dentro da rotina do serviço. Este grupo, após noventa dias, ficou reduzido, porque os pacientes não retornaram – fato que constitui problema corriqueiro a exigir maior atenção. Também, inúmeras intercorrências do fluxo de trabalho da unidade, provocaram perdas de registro – outro fato que também constitui um problema para os processos avaliativos e de pesquisa.

Em seguida, apresentam-se as tabelas, com os dados obtidos.

Onze pacientes (7 mulheres e 4 homens), com idade de 29 a 76 anos (média 55,9 anos), relataram, na segunda consulta com a nutricionista, ter dificuldades para seguir a dieta por ela prescrita na primeira consulta (três meses antes), e foram entrevistados.

- O tempo de diagnóstico de diabetes referido variou de 2 meses a 24 anos (média de 5,58 anos)
- Todos estavam em uso de medicação oral para o diabetes.
- 10 pacientes (90,9%) referiam ser hipertensos.
- 6 pacientes (54,5%) referiam não fazer nenhum tipo de dieta.
- 5 pacientes (45,5%) referiam não fazer nenhuma atividade física, mesmo eventual.
- O índice de massa corpórea (IMC) variou de 17,7 a 37,3 Kg/m² (média 28,9 Kg/m²). Segundo os critérios da OMS, 2 pacientes (18,2%) apresentavam IMC normal, 1 paciente (9,1%) apresentava baixo, e 8 pacientes (72,7%) apresentavam excesso de peso (2 com sobrepeso e 6 com obesidade).
- Nos homens, a circunferência abdominal medida foi de 81 a 106 cm, estando 3 pacientes (75%) acima do limite normal segundo o critério da IDF (90 cm). Nas mulheres, a circunferência abdominal foi de 83,5 a 122 cm, estando todas acima do limite normal (80 cm).

Tabela – Sujeitos da Pesquisa

	fitas 1	fitas 2	fitas 3	fitas 4	fitas 5	fitas 6	fitas 7	fitas 8	fitas 9	fitas 10	fitas 11
	J.S.	E.M.S.	D.G.N.	F.L.S.	I.L.B.	L.R.	M.M.N.	I.M.	F.L.C.	O.D.B.	R.M.A.
sexo	M	M	F	M	M	F	F	F	F	F	F
idade	51	60	37	76	54	65	63	73	29	56	51
tempo de DM	3 meses	6 anos	6 anos	10 anos	sem reg.	7 anos	24 anos	2 meses	5 meses	2 anos	sem reg.
medic. para DM	oral	oral	oral	oral	oral	oral	oral	oral	oral	oral	oral
dieta	não faz	sem açúcar	sem doces	não faz	procura fazer	não faz	procura fazer	não faz	não faz	procura fazer	não faz
ativ. Física	não faz	caminhada	esteira	caminhada	caminhada	não faz	não faz	caminhada	não faz	não faz	caminhada
HAS	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
peso inicial (Kg)	77,5	67,8	76	78,8	50	78,5	63,5	83,9	60	81	76
peso final	78,4	67,3	74	74,8	50	76,8	63	82	60	80	76,5
altura (m)	1,6	1,75	1,53	1,67	1,68	1,45	1,51	1,6	1,56	1,57	1,54
IMC inicial (Kg/m ²)	30,27	22,1	32,4	28,34	17,7	37,3	27,8	32,7	24,6	32,9	32
IMC pós 3 meses	30,62	22	31,6	26,9	17,7	36,5	27,6	32	24,6	32,4	32,2
CA inicial (cm)	106	93	100	98	81	122	94	101	83,5	103	103,5
CA após 3 meses	106	sem reg.	100	96	sem reg.	sem reg.	93	sem reg.	sem reg.	sem reg.	108
glic. inicial (mg/dl)	225	212	sem reg.	221	sem reg.	sem reg.	187	sem reg.	366	126	sem reg.
glic. pós 3 meses	120	259	110	99	176	sem reg.	sem reg.	sem reg.	sem reg.	137	sem reg.

	fita 1	fita 2	fita 3	fita 4	fita 5	fita 6	fita 7	fita 8	fita9	fita 10	fita 11
	J.S.	E.M.S.	D.G.N.	F.L.S.	I.L.B.	L.R.	M.M.N.	I.M.	F.L.C.	O.D.B.	R.M.A.
sexo	M	M	F	M	M	F	F	F	F	F	F
idade	51	60	37	76	54	65	63	73	29	56	51
tempo de DM	3 meses	6 anos	6 anos	10 anos	sem reg.	7 anos	24 anos	2 meses	5 meses	2 anos	sem reg.
medic. para DM	oral	oral	oral	oral	oral	oral	oral	oral	oral	oral	oral
dieta	não faz	sem açúcar	sem doces	não faz	procura fazer	não faz	procura fazer	não faz	não faz	procura fazer	não faz
ativ. Física	não faz	caminhada	esteira	caminhada	caminhada	não faz	não faz	caminhada	não faz	não faz	caminhada
HAS	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
IMC inicial (Kg/m ²)	30,27	22,1	32,4	28,34	17,7	37,3	27,8	32,7	24,6	32,9	32
CA inicial (cm)	106	93	100	98	81	122	94	101	83,5	103	103,5

Observações:

A I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA recomenda para mulheres com circunferência de cintura abdominal a partir de 80

cm e homens a partir de 94 cm uma monitorização mais freqüente dos fatores de risco para doenças coronarianas.

International Diabetes Federation (IDF):Obesidade central (circunferência abdominal), de acordo com os seguintes parâmetros étnicos:

- Europa > ou = 94 (H) > ou = 80 (M)
- América do Sul e Central > ou = 90 (H) > ou = 80 (M)
- China > ou = 90 (H) > ou = 80 (M)
- Japão > ou = 85 (H) > ou = 90 (M)
- África subsaariana e Oriente Médio usam parâmetros europeus;
- Américas do Sul e Central seguem parâmetros do Sudeste Asiático

European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR)

Circunferência Abdominal: > ou = 94 cm (H) e > ou = 80 cm (M)

NCEP-ATPIII:

Circunferência abdominal: > 102 cm (H) e > 88 cm (M)

5.2 Grupo com dificuldade na Dieta

Análise e Discussão das Entrevistas

A análise do material obtido nas entrevistas a partir da questão norteadora da pesquisa: "Como é a alimentação para você"?, permitiu-nos reconhecer as representações sociais de 6 eixos temáticos que serão discutidos a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos entrevistados.

Representações Sociais (Minayo 1996) referem-se as categorias de pensamento, de ação e de sentimentos, ou seja, integram o pensar e o agir e o sentir a respeito de algo que se afigura na vida do sujeito como problema a encarar.

São muitas as formas de pensar o alimento, que nas culturas, não é apenas uma fonte de nutrição, mas sim desempenha funções que garantem às sociedades humanas coesão e sobrevivência, emoldurado pelas condições sociais, econômicas e culturais, sobretudo na dimensão transcendente na religião dos humanos. O antropólogo Claude Levi-Strauss argumenta que não existe sociedade humana que não processe de alguma forma (em geral o cozimento, um dos primeiros sinais distintivos entre natureza e cultura).

Segundo Helman (1986) as culturas apresentam seus sistemas de classificação dos alimentos, sempre definindo o que é alimento versus o que não é alimento; o alimento sagrado versus alimento profano; o alimento usado como remédio e o remédio usado como alimento; os alimentos ditos sociais-típicos pois revelam status, relações, profissão, gênero e identidade do grupo. Estas representações sociais se estabelecem em meio às estratégias de sobrevivência,

quer dizer, ao acesso social ao alimento, mediado pela cultura do grupo. Neste painel, foram constatados os seguintes eixos das representações aqui obtidas.

- Eixo 1- Sentimentos e representações sobre “o que pode comer”.
- Eixo 2- Sentimentos e representações sobre a doença Diabetes.
- Eixo 3- Sentimentos e representações sobre a vida/a vida do diabético.
- Eixo 4- Sentimentos e representações sobre a família no processo vivido com a doença.
- Eixo 5- Sentimentos e representações sobre os benefícios do Tratamento.
- Eixo 6- Sentimentos e representações sobre as barreiras ao Tratamento.

Eixo 1- “O que pode comer”

A partir do conhecimento revelado sobre os alimentos, busca-se reconhecer as táticas do entrevistado, suas crenças efetivas sobre o que pode/não pode, suas atitudes ao alimentar-se e as justificativas para essas atitudes. Neste aspecto, pode-se constatar no grupo pesquisado que não falta informação ou conhecimento sobre a alimentação do diabético, como ela deve ser ministrada. Entretanto, percebe-se em cada sujeito uma estratégia personificada que tenta administrar a própria alimentação com interesses e conceitos próprios e por vezes paradoxais, pois, ao mesmo tempo que referem saber “o certo”, procuram ajustar no plano pessoal, a tática para boicotar a restrição. Vê-se nas falas em que reconhecem que “deveriam fazer desse modo”.

Os Sentimentos revelados com relação à alimentação apresentam um núcleo de concepção, ou seja: “eu sou/fico diferente dos demais”. Isso implica numa sensação de excludência e privação. Entre as estratégias para acomodar as restrições está a composição que alguns fazem entre os conceitos “qualidade” e “quantidade”, referindo-se sempre com palavras que refletem uma defesa em relação às restrições. Estas aparecem nas falas, como ameaça à liberdade, que o ser adulto se acredita merecedor, exemplo disso, o fato de uma avó referir-se ao neto diabético, muito bem orientado, com admiração - “Como ele consegue seguir tudo direitinho!!!”

Obs:- tendo a pergunta norteadora, sido feita, logo de início, pela profissional de Nutrição, as primeiras respostas das entrevistas, assumiram um aspecto inicial de inquérito, como se os entrevistados se sentissem inqueridos, para verificar o que eles sabiam. E todos responderam demonstrando conhecimento.

No decorrer das entrevistas, estas posturas foram relaxando e paradoxos e contradições passaram a fazer parte dos relatos.

Fita_1

Eixo 1 - ... todos os alimentos, de uma maneira geral contêm açúcar. Então, é bem difícil. Não pode comer pão porque o trigo tem açúcar, não pode comer macarrão porque tem açúcar, não pode comer... Então, a gente tenta se alimentar mais com folhas verdes, eu tento fazer minhas refeições mais na base de legumes, tento me alimentar com frutas. Mas é um pouco meio complicado ...

Fita 2

Eixo 1 - Legal. Eu fico legal! Parece que é mentira. Quando eu como comida assim eu fico disposto. Comer aquela outra comida, aquilo parece que não sustenta. Você come aquilo ali, daqui há pouquinho, está com fome. Ai eu passo no restaurante, às vezes, eu como uma qualquer coisa, um picadinho, uma feijoada, uma pequena feijoadinha. Eu como e pá! Eu sei que eu não posso comer, mas dá aquela vontade imensa.

Eixo 1 - Olha, sinceramente, tem hora que não afeta. Tem hora que eu prefiro comer assim do que...

Eixo 1 - Sempre come. Mesmo que a gente não queria, não queira. Mas foge. Não vou dizer que é todo dia. Não é todo dia. Só uma vez por semana a gente foge. Foge porque dá aquela vontade imensa. Sabe aquela vontade que a senhora sente, que a senhora sabe que não pode, não pode. Parece que fica proibido, parece que fica mais fácil de você ir atrás. Eu sei que estou fazendo mal para mim mesmo.

Eixo 1 - Eu tiro uns dois, três dias para comer e não tomo o remédio... Faço o que eu não posso, o que eu fazia antes. Tomo uma cervejinha! Ai aquele dia que eu toma a cerveja eu não tomo remédio nenhum! Como bem. Vou, como uma feijoada.

Eixo 1 - Porque a senhora passou para mim o que fazia mal e o que não fazia mal, eu respeitei. Falei, nossa, com eu era guloso. É gula! Comer três pãezinhos, põe ovo, põe queijo, põe presunto. Come um não satisfaz, come dois... Aprendi a comer pela metade. Aprendi mesmo, comer pela metade. Então isso aí é ótimo. Mas e o meu peso? Não abaixa o meu peso! Comia três pãezinhos! Comia de tarde, eu comia bem, agora não estou comendo. E o meu peso? O meu peso parece que não está baixando! Ai, eu gostaria também de saber alguma coisa sobre isso, sabe. Porque, rigorosamente. Eu falei que como um picadinho ou alguma coisinha, mas não três pãezinhos, não! Eu belisco alguma coisinha. Eu como alguma coisinha. Como o que eu comia antigamente? Como pela metade! Pela metade. Se a senhora diminuir mais, eu vou comer metade da metade. Ai, daqui a pouco, eu vou ter que fechar a boca!

Eixo 1 - Fico metade, metade, metade e, depois, durante uns dois, três dias eu relaxo. Eu como o que eu não posso.

Fita_3

Eixo 1 - Faz sete anos já que eu tomo suco com adoçante e café muito pouco, mas leite. E açúcar de jeito nenhum. Só uma balinha de vez em quando. Quando dá aquela vontade, uma bala e acabou. Não tem aquela ansiedade de estar puxando por doce todos os dias, não. É só quando dá aquela vontade de uma coisinha doce.

Eixo 1 - É, em vez de você comer assim, de chupar, de comer bolo, momento certo. Tirar essas coisas e se toma o café com açúcar, tirar o açúcar e colocar adoçante. Que é uma coisa que, no começo, é muito difícil.

Eixo 1 - Eu cortei bastante coisa. A gordura, também. Isso para mim eu – farinha – essas coisas pesadas, tudo isso vem na minha mente sabendo que podia fazer mal.

Eixo 1 - Hoje em dia, para mim, a alimentação é a mais leve, como verdura, fruta essa aí é a fonte de riqueza; e peixe, o frango também, sem a pele dele. Hoje eu aprendi a comer.

Eixo 1 - E, apesar de tudo o que eu comecei a fazer, o meu estômago, ele se habituou a uma medida bem regular; que, se eu passar daquilo, eu começo a sentir dor no estômago também, pesa, aí pronto.

Eixo 1 - ... não pode comer muita farinha, tem que tirar a farinha, esse negócio de feijão tem que diminuir um pouco; porque o feijão também contém açúcar e só aquele arroz do saquinho integral, que não tem açúcar; o branco tem açúcar ... Diminuindo a gordura, se possível usar um pouco de azeite ou óleo de oliva.

Eixo 1 - ... a jaca já ela tem que ter limite, porque ela é doce! ... Cana nem pensar! ... Sei fazer a couve picadinha que isso é super bom.

Fita_4

Eixo 1 - A gente gosta de tudo quanto é fruta e só comer uma fruta só por dia! Essa alimentação, principalmente a que me mata mais que eu mais gosto, que é feijão com arroz, e a alimentação é um pouquinho só. A gente também gosta de muita carne, já tem que diminuir. Se quiser levar a vida para frente, tem que fazer o esquemazinho para ir prolongando os dias. Não é? (riso).

Eixo 1 - O problema de diabetes, a alimentação, às vezes a gente não dá para cumprir ela, como manda. A gente às vezes passa uma semana ou duas cumprindo, daí a pouco a gente salta a tabelazinha e faz um excessozinho a mais.

Fita 5

Eixo 1-... Eu cortei tudo o que é carboidrato. Pão para a senhora ter uma idéia, eu como dois ao dia. Macarrão de jeito nenhum, pizza faz mais de um ano que eu não como. Nada doce. às vezes alguma coisa diet.

Eixo 1-...Eu sinto meio complicado, porque a gente se priva daquilo que é bom.Sou obrigado a me alimentar com coisas que eu praticamente nem gosto. Mas é meio difícil, meio complicado porque eu imagino uma criança como é difícil administrar isso aí.

Eixo 1-...Eu evito a banana nanica. A janta sou eu mesmo que faço e são duas, três colheres de feijão.

Eixo 1-...Á noite eu janto, sempre um feijãozinho com arroz, mas sem a farinha, legumes e uma saladinha.

Fita 6

Eixo 1-...Um arroizinho, um feijãozinho, mais tarde (incompreensível) uma besteirinha. Um suquinho assim, né? Um suco de laranja com adoçante, aí passa.

Eixo 1-...Usa adoçante. É adoçante mesmo. E aí de noite eu como um pouquinho também.

Eixo 1-...É pouquinho. É tudo de pouquinho. De muito botar, às vezes eu estou com muita fome, eu ponho duas colherinhas (incompreensível) aí eu como. Aí a gente bebe água e aí já...Eu já diminuo a comida.

Eixo 1-...Farinha é doce, não é? Tem açúcar, né? Tem fruta, né? Um mamãozinho. às vezes às 11 horas eu estou na rua, como melancia e aí vou até a noite na ra e depois vou pra casa. A gente vai diminuindo mais, aprendi.

Eixo 1-...Salada, né?

Eixo 1-...Essa batatinha, né? Que tem açúcar. Parei de comer batatinha, beterraba também. Eu como aquelas coisas retiradas do pé: banana, as frutas.

Eixo 1-...Só como saladas, legumes e um franguinho.

Fita 7 Lado A

Eixo 1-...Eu posso comer de tudo. É meio difícil! E tentei, mas você não consegue colocar. Inclusive ele liberou doce, tudo que coubesse naquele prato.

Eixo 1-...Consegui encontrar uma nutricionista que trabalha em conjunto com a endocrinologista da época, e lá ela elaborou um cardápio que era o seguinte e que eu mantenho até hoje. Se eu quero mistura arroz e feijão, eu coloco duas colheres de arroz e uma de feijão e o resto legumes e verduras e muita salada. Então eu começo pela salada, que eu já não agüento mais! Mas eu tinha que comer.

Eixo 1-...Mas é uma luta, sinceramente não passa de duas folhas de alface, um punhado de agrião. E frutas é uma média de três a quatro por dia.

Eixo 1-...Massa, aí eu reduzo aquilo a uma colher.

Eixo 1-...Come de segundo em segundo! Por exemplo, acabei de comer a minha banana cozida, aí eu dou uma volta, principalmente se não tiver o que fazer, porque a minha casa é um ovo.

Eixo 1-...Aquela barrinha de cereal, não vai só o que eu posso comer, porque acaba, não é?

Eixo 1-...Metade daquilo vai para o lixo. Agüentar um ou dois dias se não tiver o que comer, então agora fui abolindo. Hoje, se você abrir a minha geladeira, você vai falar. Pelo amor de Deus, deixa-me dar uma cesta básica para essa família. Mas eu fui abolindo tudo, não compro mais mesmo. Não põe no lixo não que eu dou para o porteiro que ele adora doce: ele fica desesperado se não tem uma bala ou um doce, que ele me falou.

Fita 7 Lado B

Eixo 1-...Na minha casa agora o meu lema é esse: não é a quantidade, é a qualidade. Mas porque? Tem açúcar, não tem? Então, muito obrigado, agora eu aprendi. Por isso que eu falo que a análise me ajudou. Porque, como psicólogo é de fora, me ajudou um pouco.

Eixo 1-...O que eu quiser, se eu não posso, eu não como. Legumes, um prato de arroz com feijão e uma verdura, nem precisa ter carne. Um prato de arroz, feijão – um prato, aquela porção que eu posso comer – verdura, legumes, estou feliz. Se eu não posso fazer verduras, legumes, uma saladinha de alface, que eu já não agüento mais olhar, mais como.

Fita 8

Eixo 1-...Olha eu senti muito a mudança da alimentação. Porque eu sinto muita a falta de doce. Uma loucura.

Eixo 1-...Eu acho que a minha alimentação é muito pouca.

Eixo 1-...Eu não sei o que mais te dizer.

Eixo 1-...Vamos dizer. No almoço você tem comer lá duas colheres de arroz e uma verdurinha e eu já aumento a quantidade

Eixo 1-...É diferente. Não se pode comer um pãozinho, eu adoro pão.

Eixo 1-...E agora eu não posso comer mais. Então a gente vai sentindo falta dessas coisas, de verduras e legumes, toda a vida eu gostei muito, ainda mais que eu tinha sítio.

Eixo 1-...Comer aquela quantia, pouquinho. Isso é o que eu acho difícil.

Fita 9

Eixo 1-...As vezes fica um pouco difícil a alimentação da gente. A gente tem que comer mais verduras , diminuir o arroz, o feijão, a carne, comer mais carne branca.

Eixo 1-...Nossa, eu estou com diabetes, essa doença a gente sabe que não sara.

Eixo 1-...Mas aí quando eu quero comer – acho que é gula, sei-lá – eu já quero comer bastante, eu não consigo comer aquele pouquinho. Então eu acho que é aí onde faz mal prá mim. Eu penso.

Eixo 1-...Mas se eu comer pão de manhã, aí eu só almoço; de noite, quando eu vejo que comi muito durante o dia, eu como só uma salada.

Eixo 1-...A diabete veio por causa da comida, não é muita comida gordurosa, muita comida do norte, comida pesada.

Eixo 1-...É. Porque qualquer coisinha que você põe na boca você fala: Nossa, vai subir!

Eixo 1-...Perdi. Perdi um filho dele. O médico disse que estva nas trompas. Eu acho que é por causa do diabetes também.

Eixo 1-...Toda vez que a gente vai comer a gente sabe que a gente está doente. Só isso.

Eixo 1-...Porque a gente que está com diabetes, o sangue da gente fica muito fraco, não suporte comida pesada que a gente come. Po causa disso que eu penso. Mas às vezes a gente saí do rítimo.

Fita 10

Eixo 1-...Porque a diabetes me restringe em vários alimentos: doces, carnes e por aí vai.

Eixo 1-...Açúcar faz muito tempo que eu não uso mais e não sinto falta e não gosto, por incrível que pareça. Mas, de vez em quando, eu como um docinho porque também, né, ninguém é de ferro.

Eixo 1-...Eu gosto muito de legumes, de verdura, minha base fundamental de alimentação é correta é isso aí. E por aí vai...

Eixo 1-...O medicamento vai combater a glicose alterada, mas se a pessoa souber cuidar da alimentação, não vai alterar a glicose, hiperglicemia no caso. Então é por aí.

Eixo 1-...As vezes, eu como um pedacinho, mas, quando chega o outro dia, eu não como bolo, com direito a pão integral.

Fita 11

Eixo 1-...É muito difícil, porque aquilo que eu devia não comer, eu como. Por exemplo, eu como tudo o que vejo pela frente, eu não consigo fazer dieta certa. A minha vontade é comer, comer, comer, eu como muitas vezes ao dia. Muita comida, o pão, eu como de tudo.

Eixo 1-...A alimentação, tem dia que eu controlo, eu como pouquinho, como uma coisinha pouquinho. Tem dia que eu como demais. Tem dia que eu como tanto que de noite eu não consigo nem dormir direito.

Eixo 1-...Eu sei que diabético tem que ter um controle, tem que ser pouquinho, mas eu não consigo comer, não consigo de jeito nenhum. Eu precisava comer pouquinho.

Eixo 1-...Fazer regime! Eu não consigo! Eu tenho medo disso, eu não consigo fazer regime e tem que fazer mesmo. Eu queria fazer, mas eu não consigo.

Eixo 1-...É, não satisfaz. Se eu tirar uma fatia de bolo...Melhor nem tirar, porque se eu tiro uma fatia de bolo, eu tenho vontade de comer o bolo todo. Aí eu não tenho controle da comida de jeito nenhum.

EIXO 2- Sentimentos e representações sobre a Doença – Diabetes

É comum nas entrevistas, a percepção da doença como uma doença perigosa, incurável, que causa mutilação e leva à morte. Além de deixar seqüelas, a doença diminui a capacidade vital em funções importantes. A maioria referiu todos esses problemas, argumentando como a palavra “medo”.

No entanto, ressaltam que a doença “não mostra” e com isso não conseguem o apoio dos outros. O que não é visto ou sentido, é facilmente negado, até que as conseqüências que surgem causem um choque de realidade. Para os entrevistados, o fato de não ver e não sentir sinais ou sintomas intensos da doença permite/facilita o significado desejado de “não ter a doença”.

Entretanto, o imaginário humano crê que quem não tem a doença, pode levar uma vida

normal... e este não é o caso dos diabéticos em geral. Nos entrevistados percebe-se essa ambivalência: ao mesmo tempo em que insinuam privações, negam o perigo que correm por meio de evasivas ao tratamento. Revelam dificuldades no conviver com a doença devido às restrições diabéticas, às modificações impostas no estilo de vida, com sentimentos negativos de tristezas e angústia. Porém não encontramos nas falas uma ênfase na necessidade de alimentação compatível, a prática de exercícios e no uso regular das medicações que supere o discurso e se revele em atitudes. Aparece aqui também, entre discurso e ação, a personificação da doença, como se, afirmassem: “Existe uma doença (teórica)... Mas no meu caso eu...”.

O trabalho de M. Rokeach (1981) a respeito das crenças, atitudes e valores nos esclarece que as pessoas, diante de mudanças de vida, elaboram para sobreviver novas teorias organizativas do viver, para fazer frente a adaptações. Nesta fase, se apegam a crenças, que o autor denomina “crenças de autoridade”. Por exemplo, um profissional, como “o doutor” passa a ser o lema que conduz as adaptações, para dar tempo e acomodar as mudanças internas necessárias. Percebe-se nas falas, a referência “ao doutor”, ao que “ele disse”, reforçando o processo interno. No trabalho empreendido para rever as bases da adesão dos diabéticos ao tratamento, Reis e Bachion (2007:516) observaram a importância do profissional médico como figura formadora de opinião em contexto da estrutura social, familiar, grupo religioso e político. A ação desse profissional passa a ser estratégica, no problema proposto.

Nas citações das falas, pode-se identificar crenças derivadas do processo de convivência com instituições e grupos advindos de uma autoridade específica como a “Associação de Diabetes”. Este caminho apontado em algumas entrevistas demonstra uma busca de reforço à auto-identidade, que é alcançada na alteridade, no outro, como um igual e capaz. Não foi encontrado nas entrevistas, argumento de crenças inconseqüentes ou arbitrarias carregadas de uma cultura localista ou popular; apesar de alguns entrevistados, terem migrado do campo para a cidade-grande em suas vidas, não surgiu relato da existência de crenças primitivas sobre a doença diabetes.

Seja porque ela não estava presente no cotidiano daquelas populações dos entrevistados, possivelmente por falta de recursos de diagnóstico e identificação.

A moldura cultural regional aparece nos padrões alimentares do grupo, sempre reportada como “costume a ser abandonado, com dificuldade”. Mas em relação à doença, não se coletou informação cultural específica.

Fita 1-

Eixo 2 - Mas eu acho que a diabetes, de alguma maneira, a gente tem mais por causa de nervoso. Quando eu fico nervoso ela, automaticamente ela sobe. A minha diabete parece que é nervosa. Alguém me aborrece, pode fazer a medição que ela... Eu não entendo bem porque é que ela sobe com o sistema nervoso.

Eixo 2 - ... a diabete é uma doença que eu acho que não tem cura. Não tem cura. Se a senhora toma o remédio, fica rigorosamente uma semaninha, aí a senhora relaxa dois três dias porque a senhora não tem prazer nenhum. Aí eu como. Beber, não, porque eu não bebo. Mas eu bebo uma cerveja, nesses dias eu abuso. Não me faz falta nenhuma. Depois eu volto à minha rotina novamente. Porque se eu não viver para mim – aí eu estou vivendo para mim, estou vivendo o momento.

Eixo 2 - Começa a dar preguiça na gente, a vista começa a ficar meio embaçada, assim ... A diabete para mim é isso aí. E mesmo que você beba bastante água, está sempre a boca seca. Eu acho que é tudo da diabete, sei lá. Mas eu acho que é tudo da diabete.

Eixo 2 - Para começar você, toda hora, tem que estar mastigando, está sempre com fome ... Você está sempre comendo e sempre com fome. E outra coisa que eu sinto bastante é a vista. A vista parece que está encurtando cada vez mais. E a potência sexual, com certeza. Acho que o remédio... Acho eu que é errado esse medicamento aí. Porque você vai curar uma coisa e prejudica outra! Eu acho que tem alguma coisa errada.

Eixo 2 - Eu como. Como um pouquinho, mas como, eu tenho que comer ... tem uma coisa dentro da gente que dá aquela fome!

Fita 2-

Eixo 2 - E o que levou eu mesmo descobrir que era isso foi quando eu comecei ir a noite todinha no banheiro – que estranho! – e muita sede. E aquilo também começou a travar na garganta, uma coisa que eu não tinha isso antes. Aí eu disse, mas o que é que está acontecendo? Aí eu disse, eu acho isso deve ser diabetes. Aí foi quando eu procurei o médico e ele pediu os exames. E eu estava com trezentos e alguma coisa já. Estava muito alta. E me dava tontura, ânsia de vômito, e me dava uma agitação que eu ficava irritada. Eu ficava tremendo. E agora, não, depois que eu comecei a fazer os tratamentos e tirar as coisas.

Eixo 2 - Para mim é tomar cuidado com as comidas, principalmente o açúcar. Para mim o açúcar é... Tem que cortar ele, (riso) porque é terrível e se cuidar um pouco, fazer exercício físico. E se alimentar adequadamente, como dizem.

Eixo 2 - Bom a primeira coisa que eu acho que eu sinto é a minha vista. A vistas parece que vai encurtando. A vista eu percebi. E outra coisa também. A gente começa a tomar o medicamento para diabete, parece que ele deixa a pessoa impotente, por isso eu fiquei impotente.

Eixo 2 - ... Parece que dá mais vontade de você comer doce. Eu que não gosto de doce, dá mais vontade de comer doce. Mesmo que você não quer, mas parece que fica mais comilão. Isso eu sinto.

Eixo 2 - Porque o médico falou para mim que a diabetes, ela requer coisa amarga. Aí, isso foi difícil para minha comida. Rúcula, essas coisa, babosa, para mim é um veneno. Mas até que eu aprendi ... coisa amargosa é bom ... Jiló, o médico disse para mim: - Coma jiló que é muito bom! Aí isso eu estou fazendo.

Fita 3-

Eixo 2 - E tem também que eu falo para minha mãe tomar cuidado quando for cortar a unha dela, os pés, sempre manter direitinho (incompreensível) porque tem que tomar cuidado devido àquela rachadura que dá. Aí aquilo abre. Eu já tenho (incompreensível) muita coisa ruim com problema de diabetes. Aí eu tenho que me cuidar, tanto eu como minha mãe. Inda mais que ela está com 69 anos, tenho mais é que cuida dela e o resto da minha família. Apesar, que eu tenho uma irmã que além de ter a diabetes é fumante. Isso é complicado. Mais difícil ainda.

Eixo 2 - E ali eles me ensinaram bastante coisa. Como fazer testinho no pé com um palitinho no dedo; se sentir dor é porque está muito alto, se não sentir nada é porque está superbem. Tudo isso eu aprendi na vez eu fui. Aí eu vou lá e vou levar um livrinho que eu ganhei para mostrar a minha mãe. Vou mostrar para ela e para outras pessoas. É difícil aceitar, mas também eu tenho que me incomodar com o problema. Tem que lutar, para acalmar. Eu creio que, quem luta, vai até o tempo que Deus quiser. E é assim que eu estou fazendo. Eu fiquei com muito medo. E eu digo, não.

Eixo 2 - Aprendi a comer e o exercício é muito importante, porque o diabético ele não pode ficar sentado, ele tem que exercer alguma coisa. Porque, quanto mais ele anda, mas ele fica saindo no suor. Porque, quando eu comecei a fazer exercício na academia, até o suor eu sentia como se tivesse aquele cheiro de açúcar! E hoje acabou.

Fita 4 - ———x—————

Fita 5

Eixo 2-...O problema é que o pâncreas não está funcionando de jeito nenhum.

Eixo 2-...Aí eu tomo chá de pata de vaca e as vezes um biscoitinho de maisena umas três ou quatro.

Eixo 2-...E o que me preocupa, doutora, é que eu vejo falar dessas pessoas que fazem hemodiálise.

Eixo 2-...Então eu estou tomando três ao dia. Eu estou com medo exatamente disso. Tudo o que eu vejo falar sobre diabetes eu procuro entender.

Eixo 2-...Mas eu comprei aquele aparelhinho. Eu tenho muito medo. Eu vejo pessoas aí sem pé, sem perna, cego, então me assusta um pouco.

Fita 6

Eixo 2- Vontade é vontade de comer! Um doce Assim! Olha, tem que sair! Costume de antigamente, que a gente não sabia que fazia mal.

Fita 7 Lado A

Eixo 2-...Tem semana que eu meço três vezes ao dia para fazer a relação para trazer para a Dr. Arlete (?). Então é... Isso fora uma vez por mês quando é lá na Associação dos Diabéticos.

Eixo 2-...É da diabete. Você tem um câncer...É da diabete. Ela foi maravilhosa.

Eixo 2-...Relacionava a diabetes, livro de medicina de diabetes, para eu ler e ver o que era aquilo. Porque eu chegava na minha família:- Mãe tem na sua família? Não!Meu pai: - Tem alguém na sua família-Não!O premio foi ótimo.

Fita 7 Lado B

Eixo 2-...Aí eu liguei para a Associação de Diabetes. Vem pra cá que tem um médico aqui.

Eixo 2-...Até o momento eu não consegui ver um lado bom da diabetes. Você sabe que a partir de um certo tempo você começa a ir perdendo a visão, como é o meu caso. Adoro ler. Posso ler? Não posso, eu não enxergo. A lupa não agüenta, não existe grau para óculos.

Eixo 2-...Eu sou mineira. Então é... Mas não é horário. Porque quando eu estou lá, que enfim de ano eu vou. Então, eu ainda tenho algumas primas que conservam aquele hábito da minha avó, das minhas tias, irmãs de meu pai, de fazer aqueles latas de doce: de figo, de laranja, de mamão,

mas é tudo em latas.

Eixo 2-...Você não tem apoio, porque ninguém imagina, a doença não mostra. Ela só vai mostrar quando você já perdeu uma perna.

Fita 8

Eixo 2-...Eu não fiquei muito nervosa, não.

Eixo 2-...Eu não me assustei tanto, entendeu, porque eu já sei. Meu irmão faz 21 anos que é diabético.

Eixo 2-...Pronto Socorro para baixar essa diabete. Eu falei, eu não sabia que tinha diabete, porque eu vou correr no posto de domingo? Não vou.

Eixo 2-...Marquei a minha consulta, fiz o teste e comecei o tratamento.

Fita 9

Eixo 2-...Não eu acho que não posso por causa da diabetes. Vai que dá algum problema, alguma complicação, a criança nasce com diabetes também.

Eixo 2-...Aí eu como mais. Aí eu exagero mesmo e fico passando mal, me dá tontura, eu fico com a minha barriga doendo. Quando é no outro dia já recupero, já penso.

Eixo 2-...Penso porque veio, qual é o motivo, aí eu começo ir muito à igreja, eu vou a igreja. Sabe, me sinto muito...

Eixo 2-...Mas, assim, é difícil a gente conviver com o diabetes, principalmente quem gosta de comer igual a mim.

Fita 10

Eixo 2-...O que mais me choca no fato de eu estar com essa doença é por ser uma doença hereditária, porque eu tenho duas pessoas na minha família e eu vim saber que estava com a doença e isso me choca.

Eixo 2-...Mas não é fácil. A gente tem que ter consciência da gente hoje – se eu fosse uma adolescente seria difícil, porque o adolescente tem muitas vontades, vai para a lanchonete. Daí é mais difícil.

Eixo 2-...Foi quando eu descobri. Pelo fato da minha família ser diabética, toda a vida eu tive cuidado. Toda a vida não, depois que eu soube desse fato, eu passei a me cuidar mais.

Eixo 2-...Já tinha ma preocupação. Tinha por causa das minhas irmãs.

Eixo 2-... Dá medo sim. Dá porque, Deus me livre, esse negócio de qualquer coisa ter que amputar. Já não sara mais.

Fita 11

Eixo 2-...Tenho muito medo da diabete. Nossa eu tenho medo, que tem uma irmã minha que morreu. Minha irmã quando morreu não tinha mais as duas pernas.

Eixo 2-...Minha irmã morreu toda cortada, tudo isso por causa da diabetes. É o médico disse que ela piorava mais, piorava mais... Mas eu acho que ela não tomava remédio.

Eixo 2-...Ah, eu não sei. Para mim é muito triste porque já eu sei que a diabetes não tem cura mesmo, por mim deixa morrer, meu filho.

EIXO 3- Sentimentos e representações sobre a vida/ a vida do diabético.

Todos os entrevistados manifestaram necessidade de rever o modo de viver. Porém nesta pequena amostra, podemos verificar que a tendência em mudar, para uma qualidade maior de vida encontra sérias dificuldades. A formulação “estilo de vida” incorpora a questão da “escolha”. Ao captar a subjetividade de cada entrevistado e de cada grupo a que pertence, pode-se verificar margens escassas dessa escolha.

Os sujeitos não emergem, das malhas de seus relacionamentos, como “sujeitos agora doentes”. Acentuar a diferença significa também exclusão, perda.

A esta altura, as entrevistas adquiriram um valor terapêutico, com testemunhos pessoais, desabafos e revelações sinceras.

“Vida anormal”, isto é, sentir-se limitado para as ocupações, ou não comer aquilo que gosta, obriga a uma racionalidade de reorganizar o cotidiano, com perdas e danos. E o cotidiano (vida privada) é para muitos o espaço da informalidade.

No relato de suas vidas, os entrevistados evocaram a grande dificuldade de mudar o estilo de vida, reportando-se à história de cada um: mudar o estilo tem significado de arrancar raízes. Pode-se perceber nas falas em que contam como foram criados, o que as famílias faziam para comer. Essa evocação do passado geralmente vem depurada dos momentos desagradáveis e é sentida como saudosa. Relembrar o que se viveu, geralmente traz conforto e confiança, e a sensação de ter vencido; que é uma boa sensação.

Atribuir a esses costumes uma “culpa”, torna-se, portanto muito difícil e algo injusto. É desmontar a cultura, o simbólico que dá significado às vidas. Cada cultura define quais são as substâncias comestíveis e quais não são, embora estas definições geralmente omitam substâncias que, de fato, possuem valor nutritivo.

Evadir-se da cultura geral onde se identificam para aderir a uma “sub-cultura” como a do grupo de diabéticos, requer laços de identidade e os entrevistados se apresentam, na maioria dos casos, como “sozinhos”, solitários na condição de doentes.

Em algumas falas, se vê relato num contexto de histórias de vida, de fome, privação financeira

e sufoco de vontades e descompensações. Infelicidades que se podem compensar "comendo uma coisa gostosa!".

São maneiras pessoais de levar a vida, com forte impacto no padrão de alimentação e de influência direta na dieta do diabético.

Sobretudo, no diabetes Tipo 2, considerado leve, não grave, essa ênfase parece estimular/amenizar as infrações; os entrevistados têm consciência disso e procuram, por conta própria, "remediar os exageros, logo em seguida".

Fita 1-

Eixo 3 - Tenho tentado resolver, seguir as suas instruções de alimentação. Eu sempre tenho a lista na mão. Sempre procuro saber o que é. Procuro ler sobre diabetes, procuro ler sobre os alimentos. Mas é um pouco meio complexo, porque a gente, que é leigo sente uma dificuldade tremenda!

Eixo 3 - Inclusive, antes de saber que era diabético, como eu era sozinho, eu comprava uma lata de doce, comprava, comia muito doce. Eu não sabia e estava comendo doce. E a diabete subiu, chegou quase a 500. A senhora entendeu? Ai ele começou a cuidar, vai daqui, vai de lá. Só que é um pouco meio complexo. Mas eu tento me enquadrar dentro daquilo que é possível. Mas é um pouco meio complicado.

Fita 2-

Eixo 3 - Ah, é horrível. É bastante desagradável, porque você quer comer uma coisa, não pode. Você está acostumado em se alimentar bem ... Porque você não usa nada de tempero, tem que fazer uma comida sem sal nenhum. E o doce, você não pode comer doce. Mas dá vontade e você come um pouquinho de doce. É... Horrível. Realmente, quem tem diabete sofre, sofre principalmente na comida.

Eixo 3 - Você sabe que não pode, mas você come, come. Dá aquela vontade imensa e come! Não adianta falar que não porque come.

Eixo 3 - Eu me seguro, me seguro e quando eu vejo já estou pedindo e já estou comendo. Infelizmente é... A gente segura, segura, no finzinho... É a mesma coisa, às vezes eu fujo da minha mulher, para não comer em casa. Vou, passo na lanchonete, como na lanchonete e chego em casa falo: Ah! Não estou com fome. Justamente porque é tão horrível. Tudo sem sal é comida sem gosto. E a gente foge disso, não adianta. A gente foge.

Eixo 3 - ... Porque eu não sou de comer muito. De repente eu comecei a comer muito e eu me senti. Eu pesava pouquinho e de repente comecei a pesar setenta quilos, setenta e cinco, oitenta quilos. Eu falei, caramba! Mas não é, é porque dá fome na gente. Você começa a comer qualquer coisinha, e começa a comer doce. Você não quer comer, mas você começa a comer doce. Daí você não gosta de sal, começa a querer comer sal. Parece que puxa a gente.

Eixo 3 - Mesmo sabendo, doutora. Mesmo sabendo. Da gente ficar comendo rigorosamente sem sal, só se a gente estiver num hospital, preso ali dentro, Mas mesmo sabendo, eu acho que é qualquer um que faz isso! A pessoa fala: - Não, eu não como. Sei lá, a pessoa pode até – não vou dizer mentir, vai – mas está omitindo alguma coisa que... É, não adianta: como. Eu faço de tudo para não comer, de tudo, tudo. Quando eu vejo, eu já estou como uma coxinha na mão e um guaraná.

Eixo 3 - Eu não sei porque eu não sou uma pessoa nervosa, resolvo me distrair, eu não fico apreensivo, como as outras pessoas. Eu para mim, como diz aquele negócio: Deixa a vida me levar. Mas eu sei que faço alguma coisa errada, que o diabético não pode fazer isso, não pode fazer aquilo. Mas se a gente ficar rigorosamente... O governo tem que falar para os cientistas darem um jeito para deixar as duas satisfações para satisfazer. Porque, senão... Esta difícil!

Eixo 3 - Eu fiquei uma semana sem tomar remédio nenhum e eu vinha rigorosamente medir minha pressão e medir a minha diabete. Estava bom. Eu falava: -Nossa, eu acho que eu estou sarado! Mas a diabetes não sara. Aí eu vim aqui medir a minha pressão e: - Nossa, está boa a pressão! Tudo bem. Aí eu tomo o remédio a diabete aumenta, minha pressão aumenta. Eu queria entender isso aí.

Eixo 3 -Eu não fico bem magrinho por que? Porque eu tiro uns dois ou três dias?

Eixo 3 - É. Tem que ser o agora, porque a senhora veja bem. Tudo bem que a gente sabe que a morte vai vir, mas muito bem, ninguém quer a morte. Mas o problema é o seguinte, a senhora ficar rigorosamente tomando as medicações e a senhora deixa de fazer uma vontade sua também... Eu acho que você está vivendo. Aí você começa (entrar na depressão da medicação (?)). Vamos só viver então. Isso para mim não é viver! Eu acho que...

Eixo 3 - Com certeza. Eu estou pensando no agora.

Fita 3-

Eixo 3 - Foi difícil, foi muito ruim. Mas eu me acostumei, já para fazer em casa.

Eixo 3 - Foi difícil. Quando eu fui no médico e que ele pediu para fazer o exame. Que eu... Quando a gente faz um exame a gente fica pedindo que quando chegar lá seja algo bom. E nessa noite eu não dormi. E quando eu cheguei lá no outro dia. Ele olhou tudo e disse: - Se você não se cuidar, você não vai chegar nem aos 40 anos. Eu disse, por que? Fale logo! Ele foi e me disse: - Olhe, você está com diabetes. Eu não queria aceitar aquilo. Eu disse: - Eu, não! O senhor está enxergando direitinho? Queria até discutir com ele. Olha aqui, será que você quer saber mais do que eu? Eu não quis aceitar. E é uma coisa que quando o diabético, é descoberta essa doença nele, ele não aceita. Muitos se tornam rebeldes.

Eixo 3 - Vou chupar uma balinha hoje e acabou. É mais isso, natural mesmo. Vou chupar uma balinha hoje, e acabou. E não fico com aquela vontade de comer uma atrás da outra. De jeito nenhum. E tudo tem limite.

Eixo 3 - Tomo bastante água, mas por causa do exercício e porque médico falou para mim que é bom. Que o remédio que ele passou para mim puxa por água. E eu estou superbem hoje e o que eu estou aprendendo estou passando também para as pessoas. Principalmente minha mãe, que ela tem problema de coração, de diabetes.

Fita 4-

Eixo 3 - Viche! É como estar morrendo aos titicos! Porque não pode uma coisa pior do que a gente gostar das coisas e não poder comer.

Eixo 3 - ... quando eu descobri estava muito alta. Muito alta, eu já sentia neve na frente das vistas, às vezes tonteava.

Eixo 3 - Estava muito alto. Ai venho driblando a morte e empurrando para frente. Tem que levar. Mas essa dieta, viche, como maltrata a gente! Sentir vontade de comer as coisas e ser evitado.

Eixo 3 - Alimentação tem que fazer o sacrifício mesmo e cumprir. Não é? Diminuir 80% do que eu mais gosto que é o feijão com arroz.

Fita 5

Eixo 3-...Que a gente que é adulto, às vezes fica um pouco nervoso, é meio complicado.

Eixo 3-...Eu acho que não faço muita besteira, não.

Eixo 3-...Agora eu penso assim, quando eu pegar, que eu quero fazer esses exames agora.

Eixo 3-... às vezes, também eu faço mapa de retina aqui na Tamandaré.

Eixo 3-... Porque as conseqüências, quem vai pagar, sou eu mesmo, não é? Então tem que se cuidar.

Fita 6

Eixo 3-...Eu comia muito.

Eixo 3-...Eu botava feijão, farinha, carne, me virava (?).

Eixo 3-...Não, a gente acostuma.

Eixo 3-...Nunca pensei em ter isso.

Eixo 3-...Mas eu gosto muito de farinha.

Eixo 3-...Eu nunca mais fiz bolo e essas coisas. Por que se eu fizer alguma coisa eu como. Então prefiro não fazer.

Eixo 3-...E aí vai ficando velha, aí piora a coisa.

Eixo 3-...Quando me dá vontade de comer a coisa, vou e como. Não é nem para comer e come. E daí carrega a doença. Uma raiva (?) Deus é mais (?). A doença vai e volta, vai... Não quero saber de nada disso. (silêncio longo)

Eixo 3-...Não sei não. Vou tentar para ver se eu...Senão eu devolvo e não quero mais.

Fita 7 Lado A

Eixo 3-...Porque até então, eu não entendia. Revolta... Porque, a partir do momento em que você chega para mim com o diagnóstico, você não acredita.

Eixo 3-...Como é que eu vou aceitar uma coisa dessas se é genérico?Mas na tem ninguém na minha família, passo muito nervoso.

Eixo 3-...Então eu acho que a minha auto-estima foi para um ponto que eu não tinha mais como levantar, então caiu a diabete!Foi o único jeito para me alertar de alguma coisa. Porque tudo tem defeito, tudo está ruim, você não conhece, você é mineira!

Eixo 3-...Isso é que eu não aceitava na diabetes. Cortou, cicatrizou, até no mesmo dia.

Eixo 3-...Sou diabética, mas o sintoma que eu tenho hoje não é da dor de diabético, está controlada, não justifica isso; Por isso a Dra. Marli recomendou.

Eixo 3-...Escute aqui doutor. Eu sei que sou diabética.

Eixo 3-...Eu sei que isso é no mundo inteiro, que ainda ontem assisti ao programa que veio a calhar para eu me conscientizar disso.

Eixo 3-...É difícil acreditar. Quem já tem família.

Eixo 3-...Aí você fica naquela.

Fita 7 Lado B

Eixo 3-...Aí foi o choque.

Eixo 3-...Porque eu não acreditava. Aquilo era impossível.

Eixo 3-...É, fazer o quê, não é?Que é remédio! Pegou o carro e foi me levar

Eixo 3-...Eu fui criada com mel, então eu gosto.

Eixo 3-...A cada dois, três meses. Como essa noite. Mas se eu sonhar de novo, amanhã tenho que comer.

Eixo 3-...Um pedacinho de goiabada.

Eixo 3-...Não resolve.Eu acabo de comer. É como eu te falei.Eu comi um pote de gelatina diet num dia que eu estava assim. E no final do dia eu tive que comer doce senão...

Eixo 3-...A minha vida sou eu quem conduz. A minha saúde sou eu quem faz. Eu vou indiretamente me matando, vou me mimando.

Eixo 3-...Tem algumas ainda, mas as que restaram são pessoas assim que têm muita compaixão do outro.

Eixo 3-...Falou aquilo que eu acho que eu devo ouvir.

Eixo 3-...Os prazeres da vida pra mim, foram cortados.

Eixo 3-...Na safra eu compro toda semana eu faço. Na safra da uva preta, aquela miudinha que é mais raro de encontrar, eu faço.

Eixo 3-...Como ele mesmo já falou, há muito tempo atrás, numa palestra com ele, que para nós já seria difícil, devido às seqüelas que vão ficando ao longo do tempo.

Eixo 3-...Ela disse: É eu também já tive, é uma doença característica do diabético, porque a alimentação dele vai ficando um pouco fraca, enfim...

Fita 8

Eixo 3-...Bastante gulosa. Comia toda hora, não tinha controle da alimentação, toda hora estava beliscando alguma coisa, eu comia bem. Mas o resto está levando.

Eixo 3-...Acho que eu estou melhorando mais.Não abaixava com outro remédio.

Eixo 3-...Pra mim faz muita falta. Eu sempre fiz muito doce. Eu morava em sítio, eu tinha uma chácara. Fazia geléia de amora, fazia goiabada, fazia de tudo. Agora não tem mais essas frutas, não posso fazer. Mesmo em casa eu vivia fazendo doce, pegava qualquer coisa e fazia um docinho.

Eixo 3-...Levanta a hora que quer, dorme a hora que quer, come a hora que quer. Estresse.

Eixo 3-...Cinco meses.

Eixo 3-...Porque eu nunca sonhei que eu fosse diabética.

Eixo 3-...Levanta a hora que quer, dorme a hora que quer, come a hora que quer. Estresse.

Eixo 3-...Avós eram italianos. Tudo o que eu gosto agora está proibido.

Eixo 3-...Não tem como. A única coisa é isso, que eu sinto falta. Que a alimentação mudou totalmente.

Eixo 3-...Ficou muito mais difícil.

Eixo 3-...É, que eu acho maluco, regime de doido e remédio que eu tomo. Estou tentando fazer exercício, que o médico falou que precisa não pode parar. Então eu vou fazer o meu exercício, estou fazendo caminhada.

Fita 9

Eixo 3-...Aí eu não entendi, já fiquei apavorada aí mesmo, porque a gente fica meio atormentada quando descobri. A gente não quer admitir também que está doente.

Eixo 3-...Ele fica nervoso. Fica, que aí ele pensa: Pô, você não vai poder dar um filho mais, né? Lógico que não é pela gente. Que a gente fica nervoso, estressado. Que a gente ia agora morar agora junto e então você ficou doente.

Fita 10

Eixo 3-...É uma coisa assim, é hereditário mesmo, e isso me chocou demais quando eu soube que estava com diabetes, quase entrei em pânico.

Eixo 3-...É difícil aceitar a doença...É difícil, é muito difícil porque ninguém gosta de aceitar a doença porque a saúde é melhor coisa do mundo.

Eixo 3-...Mas de certa forma, eu controlo muito bem, eu acredito, eu faço exames sempre.

Fita 11

Eixo 3-...Tenho raiva. Tenho muita raiva, porque eu tomo remédio e remédio direto. E eu tenho problema com meus rins que eu tomo remédio para pressão alta.

Eixo 3-...Eu tenho raiva de mim mesma porque eu sou doente, eu não queria ser doente. Mas eu sou doente e tenho vontade de comer de tudo o que eu vejo na minha frente para que eu morra logo.

Eixo 3-...Eu digo: Para que viver? Viver para ficar tomando remédio, tomando remédio? Eu não gosto não.

Eixo 3-...Sou separada. Foi muito difícil para mim. Difícil porque eu viva há 34 anos com ele, e um dia fui para a casa do meu filho e quando cheguei não tinha mais nada dele em casa, ele saiu.

Eixo 3-...Eu tenho um medo triste que aconteça alguma coisa comigo. Eu tenho muito medo.

Eixo 3-...Falam que isso vai ser muito bom prá mim. Eles falam: Vamos mãe. Vamos ao shopping mas eu...Prefiro ficar em casa, na rua não, eu passei o dia fazendo comida.

EIXO 4- Sentimentos e representações sobre a Família

Lugar especial da análise das Entrevistas, a Família do diabético ora aparece como aliada, quando oferece apoio; ora aparece como algoz que tudo faz para boicotar as restrições que são necessárias, seja de forma direta, quando as relações pessoais já são de conflito; seja de forma indireta, para amenizar a privação do entrevistado, por motivos de comiseração. Nas entrevistas, pode-se perceber a busca intensa por esse apoio, essa proximidade.

Rodrigues (1981) em seu trabalho sobre dinâmica grupal e indivíduos no sistema de distribuição dos privilégios na família, aponta que quando os familiares se esforçam por assistir e apoiar seus entes queridos, ocorre satisfação tanto dos familiares quanto dos sujeitos e essa ausência de tensão e ansiedade melhora o ambiente geral grupal, como se a família tivesse agora um alvo, um traço de união que reforça o grupo diante da dificuldade.

Ao contrário, quando os familiares ignoram, abandonam, não assistem, não apóiam, ocorre a revolta e a raiva. Mulheres e homens apresentaram formas diferentes. Nas entrevistas femininas, ressalta-se o papel da mulher no grupo, como mãe de família e cozinheira. É traço cultural real que o preparo do alimento é geralmente tarefa das mulheres, bem como a sua distribuição e adequação. Essa tarefa se impõe, a despeito de a mulher ter ou não, talento para desempenhá-la. Por outro lado, interferem condições sociais e econômicas que facilitam ou dificultam a execução da tarefa. O que propõe a cultura, será, pois, mediado pela circunstância dos entrevistados, havendo como era de se esperar, uma coincidência entre o padrão de relacionamento (harmonioso/ou não, ajustado/ou não) da família e a sua interferência na Dieta do Entrevistado.

Entretanto, nota-se dificuldade nas situações em que os alimentos são ditos, alimentos sociais. São alimentos consumidos na presença de outras pessoas e que possuem um valor simbólico, muito mais e além do que o valor nutritivo. Os bolos de aniversário, por exemplo. Um jantar de celebração, por exemplo. Um lanche ingerido de forma privada não é um alimento social, mas “os ingredientes de um banquete religioso ou comemorativo são formas de criar e manifestar relacionamentos entre as pessoas” (Helmanm, 1981).

As refeições cumprem um ritual. São uma espécie de linguagem, que precisa ser decodificada para transparecer suas finalidades. Tanto nas culturas em geral, como em situações peculiares.

Para nós, brasileiros, por exemplo, “o cafezinho” em comum marca uma conversa; ou “tudo acabar em pizza” assume real significado, recriando valores.

As falas que enfocam atuação da família sobre a Dieta do Entrevistado, demonstram a necessidade de identificar neste grupo social do paciente, o padrão de relacionamento específico, para adaptar a comunicação ao paciente.

Fita 1-

Eixo 4 - Ai, depois que eu me divorciei – eu me divorciei em 95 – as coisas começaram a complicar depois do divórcio. A gente era casado, a mulher preparava, ela tinha essa função de fazer esse preparo. Mas depois nós separamos e eu fiquei sozinho e a gente acabou atrapalhando um pouco essa coisa da diabete.

Eixo 4 - É, a maior dificuldade é isso. Porque se eu tivesse uma outra pessoa para ajudar ou orientar... Se a gente fosse casado era mais fácil. Não é? Porque a pessoa casa tem a companheira que diz: -Olha, coma isso. E acaba preparando alguma coisa. Mas a gente não tem, assim, muita noção de fazer uma comida. Ai acaba comendo coisa de padaria, coisa de supermercado. Às vezes a gente acaba comendo biscoito que é contra também. A senhora entende?

Eixo 4 - Às vezes eu falo que a minha maior dificuldade é exatamente solidão. A solidão é que torna o negócio um pouco mais complicado.

Fita 2-

Eixo 4 - Eu não brigo com minha esposa, a gente sai, a gente se diverte. Mas tem hora que a mulher: E aí? E aí? Está difícil, para mim fica difícil!

Eixo 4 - ... eu tento obedecer todas as regras, mas é quase impossível porque a gente, sozinho, não tem alguém que faça uma comida, não tem uma alimentação correta na hora certa. A gente tenta.

Fita 3-

Eixo 4 - Ih! Não. Eu digo, ó, Jesus, tenho que correr porque eu tenho uma filha com dezoito anos, vai completar dezenove, daqui para frente, daqui para fechar os olhos eu quero ver ela casada, quero ver os netos e tudo. E aí estou me cuidando e estou dando essa força dentro de casa. Quando eu vejo que alguém está mexendo em muita coisa doce... Lá em casa, eu diminuí bastante as coisas doces. Bala, sorvete, essas coisas eu diminuí muito. Tem dia que ela diz: - Mãe, eu quero um biscoito traquinás. Isso aí é um veneno! A doutora falou para mim que ele é um veneno. Aí ele diz: - Então, tudo bem. Aí ela esquece. Um dia ela diverte com uma pipoca ou alguma coisa, faz exercício também. Não deixo ela sentada 24 horas na frente do computador, não. Boto ela sempre para fazer exercício. Porque, senão, eu digo, eu estou esse relaxo porque a minha mãe não me deu força. Mas isso ela não tem que dizer não. Porque eu digo, vamos para a academia. AH, mãe, eu já estou cansada. Pelo menos meia hora, já serviu para alguma coisa.

Eixo 4 - E eu estou superfeliz, doutora. Estou superbem, estou educando já a minha filha, que açúcar só no caso de fazer um bolo, para receber alguma visita aí eu uso o açúcar. Mas não, só adoçante e ela já se acostumou e não deixa mais. Esta semana foi que... Quando ela fica agitada, aí ela puxa por bastante doce. E eu vou começar a fazer um exame de sangue em você para ver. Se eu tenho, minha mãe tem. São sete da família que tem esse problema de diabete.

Fita 4-

Eixo 4 - O meu filho é muito exigente, agora eu estou aqui com ele, passando uns tempos aqui. Desde dezembro, 10 de dezembro, eu estou aqui. Ele mora aqui em frente, naquele edifício ali. Mas ele é rigoroso mesmo e exige da mãe um regulamento danado. Tenho hora que eu até que dou aquela enfezada, me agito. Mas eu sei que eles estão falando é para o bem. É para o bem, mas eu vou te falar, é um problema sério.

Fita 5

Eixo 4-...E mesmo assim continua altíssima desse jeito

Eixo 4-...Não doutora, eu mesmo que faço que eu estou separado.

Fita 6

Eixo 4-...Só no dia em que cair os pedaços. Do contrário, enquanto vê a gente andando, trabalhando...Eles acham que está tudo bem.

Fita 7 Lado A

Eixo 4-...Ele aposentou. Então ele liga a televisão, acende um cigarro e sacode a perna.

Eixo 4-...E isso me incomoda.Vai trabalhar fora ou vai enlouquecer!

Eixo 4-...Ele me traz tudo o que eu não posso comer. Ele vai buscar pão numa padaria lá em cima. Olha que pãozinho!

Eixo 4-...Louco pra ficar viúvo, não está? Eu morrer, porque a herança para você casar com outra, não vai ter. Ir embora e arrumar quem quiser para levar os seus lanchinhos!Porque eu não vou comer!Pão é feito com muito queijo. Não é pão de queijo.Ele enjoou porque ele...

Eixo 4-...Vive junto, está lá junto, mas é como se fosse uma visita, nem uma visita, porque a visita vai embora.Então não é uma visita. A gente ia em festas quando eu adquiri a diabetes e a recomendação dele em casa...Sabe como faz com crianças, quando você fala: Se comporte!A dele em casa era assim: - "Você não abra a boca que é diabética! O que te puser na frente pra comer você come e está resolvido!".

Eixo 4-...A gente ia sair e ele me prevenia que lá não podia falar! Por exemplo, era uma festa em que eram servidos, salgadinhos...Não, não, muito obrigado!Eu falava a primeira, segunda, a terceira, eu levava um chute se estava numa mesa.

Eixo 4-...Entrava naquelas lojas especializadas em produtos diet e tudo. Em casa, era só bronca. Só bronca. Só bronca

Eixo 4-...Ah, para que essa palhaçada? Esse dinheiro que gastou nisso, você compraria uma coisa mais gostosa que todos comiam.Ele tem que ter muita comida, mas sabe o que é. Muita comida, mas é comidas totalmente errada e um prato só.Quando eu casei com ele, não comi feijão porque era coisa de peão! Então, era só macarrão. Eu fiquei seis meses cozinhando macarrão! Um dia parei para pensar e falei: Espera aí! Quando eu queria comer feijão eu tinha que ir num restaurante.

Eixo 4-...Mas feijoada é feijoada, feijão todo dia é comida de peão! Vou fazer e ele vai comer, certo? E até hoje é assim. Não gosta de soja, eu gosto. Então, de vez em quando, eu faço uma salada pra mim com feijão de soja.

Eixo 4-...Necessidade da comida como ele. Da pra cozinhar, nem que seja um miojo!

Fita 7 Lado B

Eixo 4-...Eu falei para ele (marido), dá para você me levar, são quatro e meia da tarde, o trânsito na Paulista está muito ruim.

Eixo 4-...Meu marido come muito doce, eu vou lá e como um pedacinho daquilo, aquela bananinha passa – que aquele açúcar natural de banana; como também e passa; doce de leite diet para ver se resolve.

Eixo 4-...Minha geração foi muito difícil..., Muito difícil mesmo...E a família não apóia.

Eixo 4-...Deus, eu não perdi um pé, eu não perdi uma mão, eu não perdi isso, porque a minha família colaborou, minha família não fazia nada que... Isso aí você não pode comer! Eu não vou comer perto de você. Fica aquele tratamento de criança, não como adulto consciente de que tem. Eu já falei: Gente, eu demorei, já me conscientizei do que eu tenho. Filha e marido tomam vinho, comem coisas que esquentam, tomam chocolate quente. Eu vou e faço! Vocês estão com muito frio? Querem um chocolate quente? Ah, mas...Tudo bem! Eu ponho uma vasilha com chocolate.

Eixo 4-...Com quem conversar. A minha filha sai às sete horas da manhã e volta sete horas da noite; então não tem tempo para conversar comigo. Meu marido, esse não tem conversa mesmo. As minhas amigas estão morrendo todas, que são todas são bem mais velhas do que eu.

Eixo 4-... Mas prova um pouquinho.

Fita 8

Eixo 4-...Não sei se mistura problema de família. Eu sempre morei sozinha. E já vai fazer um ano e meio que eu vim pra cá. Fez um ano, a minha filha ficou desempregada. Vendi a minha chácara e vim pra cá. Viver sozinha é um problema sério. A gente se quer muito bem. Talvez seja isso, mais ansiedade que eu tenho.

Eixo 4-...Acostumada a morar sozinha. E ela não me entende. Ela acha que se eu fico quieto no meu canto, ela acha que eu não estou bem.

Eixo 4-...A gente fica chateada porque...Não tem sossego, não é? Como estava muito acostumada a ficar só, então eu gosto, eu adoro o silêncio, adoro o sossego; e ele já gosta mais da agitação. Então a gente não está se entendendo muito bem. Então, eu acho que isso é coisa de família mesmo, não tem jeito não, tem que...(incompreensível).

Fita 9

Eixo 4-..Então dificulta um pouco. Porque a gente que é casada e tudo, tem que fazer comida para o marido e tem que ser tudo separado.

Eixo 4-..A gente fazer comida boa para ele e a gente comer só legume e salada.

Eixo 4-..É a comida. Conviver é assim. Eu gostaria que se eu fosse separada, eu acharia que eu viveria melhor.

Eixo 4-..Que às vezes, também ele pede um filho e eu não posso dar mais um filho. Eu não posso ter filho, né.

Eixo 4-..Tenho um de quatro anos e um de sete anos. Aí eu penso que eu não posso destruir a minha vida assim desse jeito, dessa maneira, por causa das pessoas.

Eixo 4-..Ah, porque a gente fica nervosa. Eu não posso dar o que ele quer, aí eu fico nervosa e começo a comer.

Eixo 4-..Eu almoço primeiro que ele, quando ele vem almoçar eu saio de perto.

Eixo 4-..Saio. Eu saio de perto, eu não fico muito em cima dele assim.

Eixo 4-..Penso. Eu penso. Eu acho que o que me dá coisa assim é eu viver mesmo, são os meus filhos.

Eixo 4-..Só que quando passo nervoso (incompreensível) uma ansiedade, um nervoso. O marido bota muita pressão, sabe? Eu acho que ele ainda não entende o meu lado.

Eixo 4-..Tenho cinco filhos do primeiro marido e perdi um dele agora, então ele ficou meio aborrecido.

Eixo 4-..Aí eu sou separada também. Também pode ser por causa do separamento que eu tive há um ano e pouco também. Não tinha diabetes, aí eu separei aí ele pegou os meus filhos, agora está na justiça.

Eixo 4-..Sou separada do outro e estou casada com esse outro agora. Tem vinte e seis anos, né.

Fita 10

Eixo 4-..Há 22 anos eu perdi um familiar com diabetes, ela tinha 49 anos. Naquela época eu sabia que ela tinha diabetes, mas eu não tinha assim aquela coisa com essa doença. Não me chamava tanto a atenção.

Eixo 4-..Eu tenho um marido que gosta de doce.

Eixo 4-..Eu falo para ele assim: Eu comi ontem.

Eixo 4-..Meu marido tem problemas de diabetes, então é fácil comer. Mas para mim é complicado.

Eixo 4-..É complicado para comer acompanhando uma pessoa que...Também é meio complicado, pelo fato de eu ter duas pessoas, eu e ele, e às vezes ele insiste.

Eixo 4-..Eu acho que todo mundo gosta de uma comidinha diferente, gostosa. E eu já não posso compartilhar de tudo.

Eixo 4-..As vezes ele vê um doce diferente na padaria e trás pra mim.

Fita 11

Eixo 4-...Meus filhos reclamam: Mãe, não coma isso, mas não tem jeito. Quando eles saem de casa e que eu fico sozinha, eu me mato com a comida.

Eixo 4-...Ô, mãe, não faça isso não! Ô mãe a senhora quer prejudicar a gente? A senhora pode morrer ou ficar parálitica dando trabalho a gente! A senhora faz isso! É assim que a senhora gosta da gente?

Eixo 4-...Aqui é muito difícil para mim, tudo é difícil para mim. Quando vejo meu filho gastando dinheiro comigo, nossa! Eu fico muito triste.

Eixo 4-...Difícil é que eu tenho meu filho sempre pegado, sempre: - Mãe, deixe de lembrar do pai. Eu vou tirar a senhora daqui, vou deixar a senhora numa via lá, bem longe para que a senhora deixe ele lá. Ele não gosta que eu vá lá. Porque ele sabe que quando eu vou lá e encontro ele bêbado e volto triste para casa. E eu não consigo deixar de ir lá, deixar de falar com ele. Sempre eu peço a ele: Põe outra pessoa na sua vida. Quando eu souber que tem outra pessoa na sua vida, aí eu vou deixar de vir aqui.

Eixo 4-...Quero muito bem os meus filhos, quero muito bem a eles todos, mas esse caçula eu sou apegado a ele. Mas todos eles me tratam bem. Tem um que mora em Petrolina (?). Ele liga todo dia: E aí mãe, tomou o remédio? Toma o remédio, mãe.

Eixo 4-...Eu não tenho medo de morrer! Eu tenho pena de deixar meus filhos. Eu gosto de cozinhar e eles chegarem na minha casa e todo mundo sentar comigo e comer.

Eixo 4-...Aí um dia eu cheguei lá e peguei um chocolate e ele disse (neto): - Não, vó, a senhora é diabética, a senhora não pode comer coisa doce, vó. Eu não estou comendo coisa doce que a minha mãe disse que eu não posso pegar e eu não pego.

EIXO 5- Sentimentos e representações sobre os Benefícios do Tratamento

Foram poucas as falas sobre o tratamento. Mas pode-se identificar nas falas, a concordância quanto aos benefícios do tratamento, quando colocado de forma genérica, em absoluto. No entanto os entrevistados relativizam em seus casos (...“mas no caso”) demonstrando táticas e estratégias de negação quanto às exigências de seus tratamentos.

Percebe-se ressaltada a “crença de autoridade”, sempre referida ao médico. Esta realidade corresponde ao que ocorre em nossos serviços.

Machado do Reis & Bachion (2007) constataram no estudo do papel dos profissionais que lidam com os diabéticos que o resultado do atendimento em saúde está fortemente ligado a ação do médico, que então assume posição estratégica quando se discute a Adesão.

“O atendimento em Saúde no Brasil ainda está centrado na figura do médico, que representa a figura de maior demanda entre os usuários, para resolver problemas e agravos à saúde. Mesmo com novas estratégias como o Programa de Saúde da Família, este modelo ainda não foi superado pela práxis da interdisciplinaridade de Promoção da Saúde e do Atendimento Integral” (2007:516).

Ilustra nas entrevistas, a constante referência “ao doutor”, mesmo que o profissional seja a nutricionista não doutora. Referem-se com reverência mas sempre relativizando; são raras as

exceções que enfatizam “seguir direitinho, ao pé da letra”, a prescrição.

Era esperada a lamentação sobre as exigências/restrições ao tratamento, bem como o pouco esclarecimento dos entrevistados sobre os efeitos específicos de cada medicação. Nesta está internalizado também, o exercício físico, como parte importante do Tratamento e as menções a ele são episódicas e superficiais.

Todas as entrevistas manifestaram horror às seqüelas, relatando em algumas experiências bem próximas e/ou vividas na família, de complicações, mutilações. Também aqui, os pacientes revelam conhecimento, informação, que não se reverte em mudança de atitude para afastar os riscos.

Por outro lado, alguns relatam situações em que seguiram corretamente o tratamento e sentiram os benefícios e nestas mesmas entrevistas, também aparece a negação ao tratamento. Alguns verbalizam esta situação de angústia e conflito consigo próprios e ainda demonstram reconhecer que esse estresse prejudica ainda mais pois a doença está associada a ele.

Merecem preocupação algumas noções (erradas e prejudiciais) que surgiram nos relatos. Por exemplo, a associação entre o remédio e a impotência entre os homens. Informação preocupante e, ao mesmo tempo, difícil de se lidar, uma vez que o conhecimento científico, em verdade, indica que a doença causa, sim, impacto no desempenho sexual.

Fita 1-

Eixo 5- ———x—————

Fita 2-

Eixo 5- ———x—————

Fita 3-

Eixo 5 - Também eu tinha problema de colesterol. Eu não gostava da berinjela. Aí eu comecei agora a refogar ela, com um pouquinho de água com sal; depois tira aquela água põe só um pouquinho de azeite, e é a minha comida. Ali eu posso comer à vontade e enche. E tem me ajudado bastante.

Fita 4- ———x—————

Fita 5

Eixo 5-...Agora, cumprir aquela tabelinha que a senhora me deu.

Eixo 5-...Mas é complicado, doutora, diabético é meio complicado. Também coloquei isso muito na cabeça. Às vezes a gente... Não sei se é um pouco de nervoso também. Eu ando muito agitado, muito nervoso.

Eixo 5-... É eu acho que é mais ou menos controlada. Doce, nem pensar, principalmente essa paçoquinha de amendoim... Tem umas aí diet, mas eu não confio não, viu doutora. Quando eu estava internado e eu sentia a diferença. Chocolate diet e quando eu medir de manhã, deva uma diferença mesmo, então eu não confio muito.

Fita 6

Eixo 5-...Ih!Ninguém me ajuda não. Eu que miro só mesmo.

Eixo 5-...É como assim. Que família também não ajuda ninguém. A família ajuda a gente de jeito nenhum não!

Fita 7 Lado A

Eixo 5-...Foi lá que me salvou.

Eixo 5-...Estaria enterrada.

Eixo 5-...Então eles me salvaram porque? Porque lá me deram uma orientação, só o que a nutricionista dava, de fora de lá. Aí você começa a entender a sua doença.

Eixo 5-...Dez anos e eu assim. Ele segue o regime, porque quando eu fiquei diabética eu estava bem acima do peso. Pensava assim... Gente, quando eu descobri que eu era diabética eu já tinha perdido oito quilos em uma semana.

Fita 7 Lado B

Eixo 5-...Lá eles incluíram de tudo na minha alimentação. Tudo mesmo. Tudo o que eu pudesse comer, podia comer. Só que era aquela quantidade certa.

Fita 8

Eixo 5-...Faço, faço exercício. Eu faço caminhada ali no Parque da Água Branca todo dia. às vezes, agora, depois que eu comecei a tomar insulina faz um ano e pouco. Mas assim mesmo eu me sinto muito cansada.

Fita 9

Eixo 5-...Às vezes eu consigo controlar, aí quando eu penso de comer eu vou e bebo bastante água. Aí por isso que eu trabalho, trabalho e aí sai esses pensamentos assim, vou embora e eu consigo fazer a minha dieta bem controlada.

Eixo 5-...Tem cinco meses que eu fiquei diabética. Foi depois da separação que eu fiquei diabética. Eu estou separada há um ano e cinco meses. E aí junta o nervoso.

Eixo 5-...Quando eu como pouquinho assim, eu não tomo remédio. Eu falo: -Eu vou fazer uma experiência, vou ficar sem tomar o remédio.

Eixo 5-...Sai. Sai do limite. Agora, eu acho que quem mora sozinho não consegue controlar a diabetes certinha, você não vai estar ali fazendo comida para ninguém.

Eixo 5-...Morar sozinha seria mais fácil, eu acho.

Fita 10

Eixo 5-...Eu gosto muito de verdura, legumes: mais é de verduras que eu gosto mais. Como eu sei que isso não é prejudicial, pode-se comer a vontade, prá mim e o meu prato básico.

Eixo 5-...A pessoa adulta que já está com experiência da doença na família, não é tão difícil assim.

Fita 11

Eixo 5-...As vezes fico triste quando eles falam de diabetes na televisão, quando eu assisto no repórter. Aí eu fico meio triste e digo que a partir de amanhã eu vou fazer o meu regime. Chega no outro dia, eu como um pouquinho, no segundo dia já volta tudo, não adianta. É uma agonia a vontade de você comer.

Eixo 5-...Dá vontade de controlar quando eu vejo uma notícia ruim de diabetes, mas depois...

Vnãõ meço com medo. Medi um dia desses, deu 117 e já achei muito. Eu queria estar em pelo menos 100 ou 90. Aí eu fico apavorada.

EIXO 6- Sentimentos e representações sobre as Barreiras ao Tratamento

Houve a revelação de muitas situações que se configuram como barreiras ao Tratamento.

Tanto a situação de morar sozinho como a situação de morar em conjunto podem atuar negativamente/ou positivamente. Em cada caso, verificou-se o peso dessas barreiras, seja porque o morador solitário tem que prover-se, o que às vezes não ocorre sistematicamente; seja porque na companhia dos demais, a necessidade de fazer diferentes alimentações acaba trazendo mais tarefas, sobretudo quando a/o diabético é quem cozinha; seja também pela tentação/vontade de transgredir; seja pela tentação que os outros imprimem ao paciente, por comiseração.

Identificou-se um discurso agudo em que as relações maritais são tão destrutivas a ponto de o cônjuge obrigar/oferecer/trazer a geladeira repleta de alimentos que a diabética não pode comer (esse relato dramático foi revelado na Entrevista).

Outra dificuldade que aparece como barreira é a questão do horário e sua incompatibilidade com a atividade que o diabético desempenha. Pessoas que trabalham seu local fixo e seu horário fixo, inclusive afetando o ciclo de sono ora dormindo tarde/fora/longe dos seus recursos de

alimentação.

Uma dificuldade verbalizada pelos homens sozinhos é exatamente a solidão de não ter “outra pessoa para ajudar; o que nas relações familiares é comum nas Entrevistas aparecer a figura do “cuidador doméstico – aquele alter-ego que propícia, fiscaliza, acompanha, reforça bom comportamento ou censura a transgressão.

Os companheiros e seus padrões alimentares influenciam causando transtornos ao tratamento: por exemplo, para os italianos, arroz com feijão é “comida de peão...tem que comer macarrão todo o dia”.

Assim também, as raízes culturais dos emigrados, que passaram sua infância com alimentação regional; e se ressentem de mudar seus costumes (rapadura no nordeste, doces em Minas Gerais, torresmo, no interior etc).

Fato notório nos relatos foi a confusão que se estabelece sobre os alimentos, fato que demonstra falhas na nossa educação para alimentação sadia em geral. Referem notícias antagônicas (“ora faz mal, ora não faz mal”) no verdadeiro bombardeio da publicidade nociva. Esta parece ser a fonte de grandes prejuízos ao tratamento do diabético.

Fita 1-

Eixo 6 - A outra dificuldade é horário. Se eu trabalhasse, por exemplo, todo dia às oito horas, almoço ao meio dia, às cinco horas está em casa. Então, o horário é importante. Eu não tenho horário, porque eu ando por... Tem dia que eu vou dormir muito tarde, às vezes acordo tarde; tem dia que eu vou dormir cedo e eu acordo cedo.

Eixo 6 - ... geralmente quando eu saio para trabalhar em algum lugar, eu acabo comendo em algum restaurante próximo, uma lanchonete ou faço um lanche ou faço qualquer coisa. A senhora me entende? Então é assim que eu vejo as coisas. Nem sempre a gente acaba se alimentando na hora certa. É um pouco meio complicado, mas faz parte da vida da gente.

Eixo 6 - A senhora imagine. O pessoal fala para eu comer meio pão de manhã. De manhã eu tenho muita fome! Eu acabo comendo dois pãezinhos. A senhora entende? Então o que a gente poderia comer de manhã que substitua? A gente só pode comer uma banana por dia. Às vezes, quando não tem outra coisa, eu acabo comendo três ou quatro bananas.

Eixo 6 - Imagine o seguinte. Vem um e diz: -Ó, você pode comer bastante tomate. Aí outro fala: -Não come tomate que é veneno! Aí alguém diz: -Como três maçãs por dia, porque a maçã tem proteína, não sei o que. Aí outro: -Não, maçã é veneno. Então o que acontece? Eu acho que os próprios profissionais têm dificuldade em saber o que é correto. Tem época que fala. Eu sou leigo, não tenho muita habilidade. Mas eu acredito o seguinte: - Ó, ovo é veneno! Aí passa a reportagem que diz não, o ovo é o milagre da Medicina. Imagine nós, leigos, enfrentar essas dificuldades. Eu tenho o seguinte critério. Eu acho que tudo o que é muito é errado. Então é uma coisa: eu como um tomate, como uma maçã. Eu tento mais ou menos fazer uma articulação para ter uma alimentação adequada. A senhora concorda comigo?

Fita 2-

Eixo 6 - Se eu ficar tomando o remédio direto, eu nunca faço sexo com a minha esposa ... Eu paro dois três dias porque senão eu não faço sexo. O remédio não deixa! Você fica impotente, fica impotente. Não adianta, fica impotente. E isso eu mesmo, eu já, tomando e não adianta. Ai eu deixo dois, três dias, fico legal! Ai eu fico, sabe, um sujeito pronto.

Eixo 6 - Eu sei que eu estou errado. Não vou dizer que eu estou certo. Eu não posso comer esse tipo de comida, mas é a vontade que dá. Dá uma vontade tão grande que... E quando eu fico no remédio a boca fica seca direto, a vista fica encurtando. E sei lá. A gente tem esses problemas assim.

Fita 3-

Eixo 6 - ———x—————

Fita 4-

Eixo 6 - É. Às vezes a gente não satisfaz, parece, se a gente não comer o feijão com arroz. Eu sinto que não alimentei, não almocei. Dá dor, dor de estômago. E aí, agora, já com uma vida com 76 anos, fica difícil da gente cumprir direitinho essa parte de alimentação. Não é?

Eixo 6 - Eu estou tomando nove comprimidos por dia, para poder viver. Vamos seguindo o barco aí.

Fita 5

Eixo 6 -...Porque lá no Vale do Carmo é muito difícil. Eu não consigo nutricionista lá. Lá não tem jeito. Tem filas e mais filas; é muito complicado, você já marca o retorno para dezembro. Aí você se vira com a nutricionista, não é comigo.

Fita 6

Eixo 6-...A diabetes. Eu não sei se vou tomar não. Eu nunca quis tomar insulina, eu nunca pensei em tomar insulina.

Eixo 6-...Eu moro longe.

Eixo 6-...Vou ter que pegar um papel que ele dá pra mim, para fazer o relatório. Já pedi a ele o relatório. Que horror, né!

Eixo 6-...Nem sabia como é que tomava esse negócio. Acho difícil mexer com aquele negocio!

Eixo 6-...Não, em mexer naquele negócio. A primeira vez, nunca tomou; de jeito nenhum! Tomar remédio, só o remédio. Tomar chá, coisa amarga, essas coisas que é pra diabetes. A gente compra e faz o chá.

Eixo 6-...Subir a ladeira, que eu chego como coração batendo. Ficou tudo difícil pra mim.

Eixo 6-...Não é vida isso. Usar aquilo que não pode!

Eixo 6-...É uma vontade de comer que tem que tirar da frente.

Eixo 6-...É, se não come mesmo.

Fita 7 Lado A

Eixo 6-...Que eu sonho com um prato de doce.

Eixo 6-...Mas você sabe que você está se matando. Daqui a dois dias você vai ter uma hemorragia no olho. Eu tenho paixão por bolo. Eu sonho que estou tomando chá...Esta noite mesmo, eu sonhei! Tinha feito um bolo de fubá. E meu marido...

Eixo 6-...Sentar, comer um pedaço de gelatina que eu tinha feito, antes dele endurecer, todinho, de uma só vez. Eu já cheguei a almoçar três vezes! Dá pela parte nervosa!

Eixo 6-...Você fala, pôxa, mas você tem duas filhas e tem marido. Isso não conta. Meu marido é assim, ele é aposentado.

Eixo 6-...O minuto de morrer, não; que quinze dias depois ela foi para o hospital. Ela virava pra mim e falava: - Enchia a boca, né e ele ficavam calados.

Eixo 6-...Fiquei diabética com 39 anos para 40! Era todo mundo criança ali. Então ela falava.- Até que um dia que uma amiga dele estava perto. Vinha muito na minha casa também. Quem vai morrer é você. Que Deus não vai tirar a mãe das meninas para deixar para você, não!

Eixo 6-...Então eu acho que a diabetes é uma doença também de falta de estima.

Fita 7 Lado B

Eixo 6-...Faço pão de mel, *alfajores*. Fazia naquela época. Agora são três ou quatro clientes e faço cem por mês! Naquela época era muito.

Eixo 6-...Eu tinha uma freguesa que a família dela ia muito para a Europa e ela sabia que eu era diabética. Mas cada vez que ia para a Europa, ela me mandava uma caixa de chocolate suíço.

Eixo 6-...Difícil. Quando alguém traz conscientemente de que eu não posso. Isso me machuca! Eu preferia que me dessem um tapa. Que me pegasse o rosto estapeasse do que me dar aquele presente. Sou diabética desde o primeiro dia! Meu pote de cidra. Olha para você! Mas você não conseguiu fazer doce de cidra com adoçante? E com açúcar cristal? Aí meu marido come, vem visitar e eu dou.

Eixo 6-...Não podia comer. Fui fazer isso: dos convites que tinham para almoçar e chegando lá, era tudo o que eu levei! Não sei o que passa pela cabeça da pessoa. Mão vazia, mão vazia! Ela fala pra mim. Ótimo, isso é amigo!

Eixo 6-...População maior com esse maldito mal – que não é uma doença, é uma deficiência, é o pobre.

Eixo 6-...O problema da alimentação específica, o famoso diet.

Eixo 6-...O médico não tem tempo para ficar explicando. Eu vou em tudo que é palestra. Eu faço tudo. Eu já escrevi a minha filha num congresso que ela não pode ir: eu gastei o dinheiro, mas a empresa em que ela trabalha não liberou ela para ela poder ir. Então eu acho que a diabetes, na parte da alimentação é isso. As empresas... eu sei, os produtos são muitos caros, não é pouco, não é fácil não.

Fita 8

Eixo 6-...Nossa Senhora! Pra mim é uma loucura. A coisa que eu mais sinto falta é doce. A gente põe uma colher de açúcar! Uma coisa incrível. Assim! É o que eu estou sentindo mais falta nessa minha alimentação é isso. Depois outras coisas também. Eu era muito gulosa mesmo, eu comia muito.

Eixo 6-...A via da gente continua. Normalmente, tirando o problema da alimentação, o resto está tudo normal.

Eixo 6-...Eu sou apaixonada por esses doces. Mas agora eu não posso pensar nisso.

Eixo 6-...Ansiedade. Ansiedade? Está tudo bem.

Eixo 6-...Estresse.

Eixo 6-... As outras coisas ainda passam, mas o doce é o mais difícil.

Eixo 6-...é muito difícil?

Eixo 6-...Bastante.

Fita 9

Eixo 6-...Eu sei que é para o meu bem mesmo, que comer daquele jeito é para o meu bem. Só que aí a gente não entende assim, não vem uma coisa assim para a gente entender.

Eixo 6-...Principalmente na hora do nervoso eu como muito. às vezes eu consigo me controlar,

mas às vezes não tem como você vê muita coisa que não pode comer.

Eixo 6-..As vezes é difícil. É que a gente coloca na cabeça muitas coisas assim. Mas a gente come legumes, salada; e a gente sabe que é para o bem da gente mesmo. Se eu não estiver doente, eu não estaria comendo isso.

Eixo 6-..Mas às vezes a gente não tem uma cabeça que pode estar pensando toda hora. Quer um exemplo: A gente não consegue comer uma metade de pão.

Eixo 6-..E às vezes ele manda comprar as coisas assim; mas às vezes o dinheiro da gente não dá . As coisas de diabetes são tudo muito caras.

Eixo 6-..Eu acho que também é por isso que eu não consigo controlar bem a diabetes, por causa que eu fico muito nervosa. E com a diabete você não pode ficar estressada.

Fita 10

Eixo 6-..A gente ter saúde para sair, para comer o que quiser, para beber o refrigerante. Aí é muito bom. Mas saber que a pessoa pode porque tem algumas coisas que me limitam. Isso é difícil.

Eixo 6-..Limita. Se você está numa festa, vai na casa de alguém, todo mundo está comendo bolo.

Eixo 6-..O que mais limita? A chatice de ficar tomando remédio. Aí meus Deus do céu! É complicado.

Eixo 6-..Eu sempre fui muito saudável. Não tomava remédios. Agora tenho que ficar tomando remédios. às vezes, nem quero saber de remédio nenhum de diabetes. Chega!

Eixo 6-..Isso é uma coisa, também, quem é diabético já não pode fazer um tratamento para perder peso. É só na base da alimentação mesmo e se for meio ansioso, então vai devagar.

Eixo 6-..Eu adoro cenoura. Mas eu já ouvi falar que ela é meio adocicada e que a cenoura, a beterraba, então o diabético não pode comer. Mas mesmo assim eu como cenoura ralada numa boa. Eu faço uma saladinha e mando ver. Mas eu acho que não tem alterado em nada.

Fita 11

Eixo 6-...Aí eu vejo coisa de comer que eu tenho vontade e aí eu tenho uma raiva tão grande que eu tenho vontade de...

Eixo 6-...Adoçante, eu tenho que usar adoçante é necessário. Eu não consigo. Dá vontade de vomitar. Aquela coisa ruim da vontade de vomitar, eu não consigo.

Eixo 6-...Eu fui uma pessoa pobre, não tinha nada na minha vida, eu trabalhava na enxada. E hoje em dia eu vejo toda a comida na minha frente, que meus filhos dão e eu não posso comer. (começa a chorar)

Eixo 6-...Não tem jeito, eu passo na psicóloga e tudo, mas não tem jeito.

Eixo 6-...Ontem eu comi, mas foi pouco. Hoje eu tenho certeza que vou chegar em casa e vou zoar. Porque, sei lá, quanto mais eu falo, mais eu quero fazer aquele negócio, eu não consigo.

Eixo 6-...Parece que é pior. Isto aqui você não pode comer porque você é diabética.

Eixo 6-...Nossa, minhas filhas, elas querem que eu faça tudo direitinho. A minha caçula diz: Mãe se cuida hoje, não esquece não, vou trazer uma coisa bem gostosinha para a senhora. Ela traz aquelas bolachinhas sequinhas de regime, ela traz pra mim. Esse pacotinho, nossa, ele passa um mês lá.

Eixo 6-...Alimentação para mim é muito difícil essa alimentação. Você tem que comer um pouco de verdura, uma colher de feijão. Duas colherinhas de feijão, duas colherinhas de arroz. Me dá até raiva colocar duas colherinhas de feijão.

Análise e Discussão da Visita Domiciliária

- **Fundamentos**

Considera-se a Visita Domiciliária -VD um instrumento fundamental para garantir o bom atendimento, a prevenção na população e nos pacientes de risco e a promoção com ações e medidas que se ampliem para o grupo social em que se insere o usuário, desde a família até a comunidade.

O Sistema Único de Saúde – o SUS, no esforço de efetivar seus princípios e diretrizes, busca através de programas específicos, concretizar os pressupostos da Atenção Integral à Saúde. No conceito de atenção integral, as unidades de saúde, as chamadas U.B.S, são a porta de entrada do Sistema, nível de atenção que deve garantir a Atenção Primária, aquela a partir da qual o usuário penetra no sistema; e que direciona as ações que este usuário necessita, encaminhando para níveis mais complexos do Sistema como um todo.

A tônica dessa Atenção Primária é uma atenção com proposição integralizante: esse primeiro olhar ao usuário compõe-se do atendimento imediato da demanda que o trouxe e daí, as ações de prevenção e promoção pertinentes.

Assim, dentro da atuação da U.B.S, propõe-se modelos assistenciais fundados nos moldes da atenção primária integralizante. O Programa de Saúde da Família – PSF é um exemplo exitoso que tem na Visita Domiciliária sua principal ferramenta ou instrumento de Trabalho. Diga-se que a Saúde Pública em seu histórico, sempre fez uso dessa técnica, embora em outros modelos já experimentados e em outras situações.

Nessa situação específica do PSF. A V.D. É o eixo central do atendimento, a ponto de ser confundida, não apenas como instrumento, mas como o próprio objeto do processo de produção deste tipo de atenção. A V.D, teve sua origem nos modelos teóricos práticos de intervenção originados na Saúde Pública americana. Expandiu-se nos outros modelos assistenciais

historicamente experimentados, os quais buscavam a atenção integral. No Brasil foi tal a sua importância que chegou a criar categoria profissional – o visitador sanitário – que durante longo período, responsabilizou-se pela atenção no domicílio e tendo como alvo, os usuários portadores de doenças transmissíveis ou do grupo materno-infantil. Este profissional foi se extinguindo no refluir da Saúde Pública; a partir da década de 1970, quando a tônica do atendimento se desloca para atenção hospitalar e em contraposição a idéia de que as nações em desenvolvimento, no Brasil, em que o modelo assistencial higienista preventista se descaracteriza para dar espaço ao modelo curativista, o qual desmobiliza as ações e práticas da prevenção, dentre elas a Visita Domiciliária.

“Assim a Visita Domiciliária pode ser redefinida como um instrumento no conjunto dos instrumentos (técnicas, procedimentos e saberes) da enfermagem em Saúde Coletiva, utilizado para intervenção nas relações do âmbito familiar”. (Egry e Fonseca, 2000).

Segundo as autoras e no dizer de Bertolozzi (1987) faz parte de um conjunto geral de assistência global, visando estender as ações de Saúde ao contexto social: “na verdade, é instrumento , voltado para o objeto fundamental da atenção: a Família” (Egry e Fonseca:2002).

Segundo as autoras, o conceito de família “do latim-famulus, tem se modificado de acordo com as transformações da produção social ao longo do desenvolvimento das sociedades”; resguardadas as diferenças culturais e aquelas atribuídas às situações de classes sociais, a família é um grupo social com a tarefa de socializar os indivíduos, imprimindo-lhes padrões de comportamento e visão do mundo. É por demais conhecida, por estudos na literatura, a sua indiscutível influência sobre seus membros, sobretudo quando se trata de saúde-doença, dieta e alimentação; nesse caso.

- **O que revelaram as V.D.**

Uma primeira leitura das V.D. realizadas pode impressionar pelo que não traz de novidade às informações, porém com relação à entrevista do estudo. Se comparados com a consulta inicial da rotina do serviço, porém, é impressionante o ganho de informações. Uma primeira questão a refletir, sobre sua realização foi constatar que nem toda ida do profissional de Saúde ao domicílio pode ser considerada como Visita Domiciliária. Pois essa ida deve estar integrada no processo global da abordagem assistencial, dando arcabonço à Atenção Integral do Usuário. O deslocamento de um membro da Equipe de Pesquisadores, o qual no âmbito de sua Unidade Básica, exerce a função de Enfermeiro de PSF, com intenção de introduzir esta técnica que tanto caracteriza a Promoção da Saúde de Comunidade trouxe um estranhamento aos Entrevistados, que reagiram pela recusa, exercendo o seu poder de auto-determinação, o que foi respeitado pela equipe de pesquisadores.

Outra constatação, que foi registrada pela equipe, apesar do primeiro desvio apontado, é que não é qualquer Trabalhador que está habilitado para realizar V.D.s. Estas exigem um treino

específico, que prepara o olhar no âmbito familiar, além de formação em princípios de relacionamento profissional rigorosamente balizados na Ética do exercício. Os pesquisadores, acertamos no profissional; embora este profissional – Enfermeiro do PSF, não fizesse parte do contexto profissional de atenção do paciente entrevistado.

Um outro obstáculo se coloca quando os nossos serviços não dispõem de recursos e esse procedimento prevê gastos. Este argumento não se sustenta quando avaliamos a questão do ângulo custo/benefício. As vantagens da V.D. Na efetividade das ações são imediatas.

Finalizando os pontos de reflexão sobre as V.D.s. realizadas, reforçamos a nossa percepção de que, os pacientes, de doenças crônicas sobretudo DANT, precisam ser monitorados em domicílio.

O vínculo é essencial como referência de bom andamento do tratamento.

Pois verificamos, pelas entrevistas, que pacientes deixados à própria sorte tendem a se afastar dos afazeres adequados aos Tratamentos. Significativo foi o reforço que o profissional deu ao final das Visitas, parabenizando os entrevistados pelas suas conquistas pessoais no tratamento.

“A V.D. permitiu inserir a Família como foco de atuação na política de saúde, entendendo a família como sujeito do processo assistencial de saúde e definindo o espaço do domicílio, social e histórico onde são construídas as relações e onde ocorrem as lutas pela sobrevivência, pela produção e pela reprodução social”. (Fundação Nacional de Saúde, 1994, Brasil).

Observação

Foram realizadas duas Visitas Domiciliárias. As dificuldades para obter o Termo de Consentimento estão descritas na análise.

VISITA DOMICILIÁRIA

20/12/07

EMS, 60 anos, masculino, natural de São Paulo, ensino superior completo, engenheiro, divorciado, pai de duas filhas, mora sozinho em apartamento no centro de São Paulo. Considera como sua família atualmente as duas filhas e as duas irmãs. Trabalha como eletricitista (autônomo) fazendo reparos/instalações em domicílios.

Divorciado há 12 anos do único casamento. Não tem e não quer mais contato com a ex-esposa. Fala rotineiramente com as duas filhas, atualmente casadas e morando em São Paulo (SIC).

Vive bem (SIC). Não demonstra satisfação ao falar da vida pessoal. Atualmente tem uma "companheira". Gosta dela. Ela mora no interior do estado de São Paulo. Conversam uma a duas vezes por semana e se encontram mais ou menos a cada três semanas. "Ela vem em São Paulo quando pode." Diz que a "companheira" cuida muito bem dele.

Vida sexual ativa, somente quando a companheira está em São Paulo. Parceira única (companheira), não utiliza preservativo nas relações "porque ela não pode mais engravidar". Sente prazer na relação sexual (voz falha, esita ao falar!). A potência e o desempenho sexual não são mais os mesmos.

Tem duas irmãs que moram em São Paulo. Vai aos finais de semana na casa delas. Gosta desse contato com a família. Único diabético. A comida não é diferenciada nas reuniões familiares. Come sem culpa aos finais de semana, mas tenta comer menos (SIC). Semanalmente as irmãs fazem comida (carnes, frango, comidas com molho) que traz pra casa pra comer durante a semana, prepara arroz e salada diariamente pra acompanhar com a comida que é preparada pelas irmãs. "Eu compro o que falta, no mercado." Refere que compra "legumes, frutas e massas, ou outro alimento" quando tem "vontade de comer alguma coisa diferente." Faz compras semanalmente, sem dia pré-determinado.

Procura manter o horário das refeições (café, lanche, almoço e jantar). Eventualmente está trabalhando neste horário e "acaba comendo na rua". Procura escolher alimentos de acordo com o modo de preparo dos pratos, e diz que é difícil encontrar locais que vendam alimentos preparados pra diabéticos. Come fora de casa mesmo assim.

Demonstra segurança ao descrever a rotina que adota em casa para preparar e ingerir as refeições, levando em consideração que este é o mesmo espaço que o Sr. EMS usa para organizar seu material de trabalho e ocasionalmente trabalhar. Faz as refeições sentado à mesa com a TV ligada.

O apartamento tem aproximadamente 12m² ambiente utilizado como sala, quarto, cozinha e local de trabalho. Arejado, com grande janela e com boa iluminação natural. Estava organizado. Estante com grande quantidade de material de trabalho.

Descobriu-se diabético há 08 anos. Já estava divorciado e morando sozinho há mais ou menos dois anos. Diz que "logo que foi obrigado a morar sozinho não fazia comida. Sentava na frente da TV com um pote de doce de leite e comia tudo de uma vez!" Sempre gostou muito de doce e sempre comeu em grandes quantidades (SIC). É o que mais sente falta na alimentação atual. De vez enquanto come pudim, sem culpa (SIC).

Fala que não tem muito jeito para as atividades domésticas, que a ausência de uma mulher na casa faz diferença. Preferiria não morar sozinho (SIC).

Faz uso de hipoglicemiante oral diariamente, não sabe há quanto tempo. Afirma que faz uso conforme prescrição médica.

Não faz atividade física. Não tem carro. Afirma que anda muito. Tem aparência cansada. Magro.

Diz que até hoje não recebeu explicações sobre a doença em consulta médica. Leu sobre a doença na internet. Hoje já sabe o que é (SIC).

O cliente recebeu informações gerais, conversado sobre a dificuldade de morar e fazer as tarefas de casa sozinho, incentivado a conversar com os familiares sobre este assunto. Conversado sobre a importância das refeições com alimentos adequados, principalmente quando tiver que se alimentar fora de casa. Reforço grupos de alimentos não indicados ao diabético. Conversado sobre as complicações mais comuns do diabetes. Parabenizado pelos cuidados que tem tomado e pelas mudanças de estilo de vida já em andamento. Reforçado necessidade do acompanhamento médico.

VISITA DOMICILIÁRIA

20/12/07

JS, 52 anos, natural de São Paulo, os pais são do Recife, tem ensino fundamental completo, trabalha como vendedor de rua, casado, 03 filhos (5, 6 e 10 anos), mora com a esposa e os dois filhos menores na mesma casa. Tem outros familiares que moram perto, tem bom relacionamento com eles e costumam se encontrar aos finais de semana.

Casado pela segunda vez já há 10 anos. Os dois últimos filhos são deste casamento. Avalia seu relacionamento como bom. Está feliz (SIC). A esposa também está presente na sala durante o início da visita, depois sai para buscar os filhos na escola.

A esposa cuida da casa e dos filhos, ela faz as refeições, pega as crianças na escola, limpa a casa. Somente ele trabalha, fornece produtos para revenda. Autônomo. Trabalha durante o dia, sai de casa às 11 e volta às 17 horas, passa a maior parte do tempo em pé, andando nas ruas do comércio (região da 25 de março no centro de São Paulo). Recebe aproximadamente R\$1.000,00 mensal. Gasta R\$760,00 com aluguel e o restante para as despesas da casa.

Mora em uma pensão no centro de São Paulo. O corredor de entrada da pensão é escuro e com ar abafado (característico das pensões desta região), está sujo e com restos de materiais de obras acumulados ao lado do corredor e escada. Ambiente em que mora é grande, foi dividido em três cômodos: dois quartos (um para o casal e outro para os filhos), o outro ambiente é utilizado como sala e cozinha. O banheiro é comum à todos os moradores da pensão. A casa está limpa, organizada. Ambiente ventilado por janela em todos os cômodos, recebe iluminação natural na sala e nos quartos.

Vida sexual ativa. Tem a esposa como parceira única. Não usa preservativo nas relações porque a esposa usa anticoncepcional oral. Relata problemas na potência e no desempenho sexual. Se mostra preocupado e constrangido ao falar sobre sexo mesmo com a ausência da esposa na casa. Diz que tinha um ótimo desempenho sexual e após o diagnóstico do diabetes, este diminuiu. Tem tido problemas em ter e manter ereção. E se mostra preocupado com a necessidade de sexo da esposa, pois "ela é 25 anos mais nova e gosta de sexo".

Recebeu o diagnóstico de diabetes há 10 meses. Estava na praia com a família e como todo mundo estava medindo pressão arterial e glicemia capilar nas barracas onde ocorria um mutirão da saúde, resolveu ir também, mesmo sem estar sentindo nada (SIC). A glicemia estava 326mg/dl. Encaminhado para hospital onde foi medicado. A partir daí começou a ser atendido pela equipe de Saúde da Família do bairro e fazer acompanhamento com o médico. No início não estava conformado com o diagnóstico. Dizia: "Não era pra ter nada, ninguém na família tem isso!"

Quando questionado sobre a atual situação da doença, responde rapidamente e usa os adjetivos: mal e péssima. Justifica a resposta relacionando a dificuldade de alcançar nível glicêmico ideal. Glicemia capilar varia entre 418 e 360mg/dl e quando está mais baixo, chega a 270mg/dl (SIC). Durante a visita domiciliária a glicemia capilar foi de 351mg/dl.

Há mais ou menos três meses começou a usar óculos para ver de perto, sente que “a vista está encurtando”.

A mudança instituída na alimentação após o diagnóstico foi: diminuição das porções, eliminação de frituras, diminuiu as refeições que faz fora de casa, bebe mais água. Não consegue deixar de comer pizza, come uma a duas vezes por mês. As refeições são preparadas pela esposa, que é igual para toda a família. Procura comer uma quantidade menor. Faz as refeições em casa nos finais de semana, as vezes come macarrão e pizza. Parou de ingerir bebidas alcoólicas. Nem sempre consegue fazer as refeições no mesmo horário que a família. Quando questionado sobre os alimentos que devem ser evitados devido a doença, ele cita doces e massas. A esposa não o acompanhou em nenhuma consulta, ela não tem experiência em preparo de alimentos para diabéticos e hipertensos. Ela diz que faz a comida normal, que não mudou nada depois do diagnóstico do marido.

Não pratica atividade física. Nunca praticou. Anda muito durante as horas em que está trabalhando.

Não teve orientação sobre a causa e o que é a doença. Só recebeu as informações dos alimentos que não deveria comer (SIC). Não pesquisou sobre a doença.

O cliente recebeu informações gerais, conversado sobre a necessidade e importância das refeições com alimentos adequados e em horários estabelecidos, orientado a conversar com a família sobre a doença, o que mudou e o que precisa mudar nos hábitos da casa, conversar com os filhos e esposa sobre como eles podem ajudar. Conversado sobre as causas e as complicações mais comuns do diabetes. Parabenizado pelos cuidados que tem tomado e pelas mudanças de estilo de vida já em andamento. Reforçado necessidade do acompanhamento médico.

Conclusões e Recomendações

A Organização Mundial de Saúde publicou e divulga as estratégias para colocar em prática o “Plano de Ação para Prevenção e Controle de Doenças Crônicas”. Já é hora dos governos focarem uma atenção prioritária a esse problema que tem causado perda de milhões de vidas e danos à economia. Consideramos que os países podem fazer esforços para melhorar o controle,

fazendo uso de seus recursos, desde que melhor aparelhados e aproveitados.

É difícil aceitar que doenças as quais suas causas são conhecidas e seus fatores de risco, com o diabetes Tipo 2 ainda possam estar ocorrendo, ceifando vidas e anulando as ações de saúde praticadas, gerando desperdício onde há escassez. Acreditamos que a formulação de estratégias, que enfrentem esse problema, é urgente e elas podem ser viabilizadas com os recursos de que dispomos. Basta que os profissionais de saúde que executam as ações se armem com um olhar que detecte os fatores de risco, para assim, intervir com ações que previnam a doença e promovam a saúde.

Aos profissionais de linha de ponta, que atendem os cidadãos se espera uma qualidade mais afiada desde o primeiro contato; que se concentrem numa programação que assegure o caráter coordenado e integrador ao seguimento, contemplando o atendimento com amplitude e integralidade, nos aspectos biopsicosociais. Enfim, garantindo a continuidade do atendimento pela qualidade do vínculo.

É evidente que esse olhar requerido aos profissionais será possível se os serviços forem aparelhados na prática da Prevenção e Promoção, o que requer uma gestão eficaz dos recursos, ancorada em políticas públicas responsáveis.

O que podemos fazer? No âmbito dos profissionais, cuidar dessa dimensão pessoal e familiar do cuidado. Isso é possível, já que o cuidado completo requer uma gama de serviços contínuos no tempo, no domicílio e no sistema.

Por tudo isto, é gratificante observar os esforços do CAEPS – COVISA no sentido de divulgar e aparelhar os profissionais para que a prevenção das DANT se efetive.

No caso em análise, os pacientes diabéticos com dificuldades em aderir à Dieta, é urgente um enfrentamento do problema, já que o padrão de alimentação passou por uma transição, principalmente nos centros urbanos, nos quais ocorre um consumo relativamente alto de alimentos com gordura saturada, açúcar e sal, cereais refinados e alimentos processados, concorrendo na prevalência do excesso de peso, obesidade e suas conseqüências. Além disso, a urbanização com o transporte, a presença de aparelhos domésticos que economizam esforço físico, impedindo atividade física e forçando ao sedentarismo, o que demanda mudança de hábitos.

Do lado dos serviços espera-se uma aparelhagem para detecção precoce e a disponibilidade de tratamentos adequados.

Do lado dos pacientes, exigem-se mudanças para uma alimentação e estilo de vida saudáveis.

É evidente que intervenções estratégicas de políticas macro eficazes completariam as providências.

Nosso foco na Adesão ao Tratamento foi escolhido, pela verbalização de profissionais que relatam estas dificuldades por parte dos usuários.

Verificou-se a dificuldade de aceitação de ser portador de doença crônica “que ninguém vê”; dificuldade de racionalizar um controle periódico e dificuldade, sobretudo, de adotar um padrão

alimentar próprio para adaptar-se à doença. Não se pode deixar o paciente só na luta.

Constatou-se que os pacientes personificam suas estratégias de lidar, no cotidiano de suas relações no âmbito familiar.

Mas também se verificou que o serviço, os profissionais são eles, repositórios da sua confiança e que estes pacientes não relutam em mudar quando o vínculo adequado se estabelece.

Endossamos a posição da Associação Brasileira de Diabetes que, a par das inúmeras evidências da efetividade da educação do paciente de Diabetes (existe vasta literatura a respeito) postula que a educação de forma individual dada na consulta deve ser completada com o grupo. Os pacientes que requerem tais modificações tão profundas, como hábitos tem que formar nova auto-identidade, fortalecida na alteridade dos grupos. Aí se dá o novo processo de aprendizado, capaz de levar o paciente a decisões efetivas de auto-cuidado, tais como: prática de exercício regular, mudança na alimentação, adesão à medicação e auto-monitoração da glicemia capilar, auto-manejo para corrigir variações.

O estudo deverá ser completado com um experimento desses pacientes refratários à Dieta, após submetidos à vivência grupal nos serviços. Por ora, foi possível ampliar o olhar, na entrevista Aberta e na Análise Qualitativa desse conteúdo, mergulhando na subjetividade dos Sujeitos observados. Material esse, fundamental nesse processo em que a auto-educação é determinante.

Referências Bibliográficas

1. MARTINS, MCFN. E BOGUS, C.M. - Considerações sobre a Metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em Saúde – Saúde e Sociedade, 13 (3):44-57,2004.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Resolução nº 196-96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.24p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília, 2001.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas Públicas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão. Brasília, 2002.41p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundval, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México. Brasília,

- DF, 2001.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde – Pnud-MS, 2001.
 7. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro de Conceitos e Condutas para a Diabete *Mellitus*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 1997.
 8. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes: diagnóstico e classificação do diabetes *mellitus* e Tratamento do diabetes *mellitus* tipo 1. Rio de Janeiro. Diagraphic.2001.
 9. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Almanaque DANT nº01. Secretaria Municipal de Saúde. Covisa,2004.
 10. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Almanaque DANT nº03. Secretaria Municipal de Saúde. Covisa, 2007.
 11. Federman, S – Estratégias Nutricionais eficazes na prevenção de Doenças Crônicas. São Paulo, Iglu,2000.
 12. Helman,C.G. - Cultura, Saúde e Doença. Ed. ArtesMédicas s/d Cap.3 p. 48-65.
 13. Minayo, M.C. De S. O desafio do Conhecimento. São Paulo/ABRASCO, 1993.
 14. Morin, E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro. Bertrand,Brasil, 1996.
 15. Negrato C.A. Diabetes: Educação em Saúde. Bauru, Edusc, 2001.
 16. Rauen, F.J. - Roteiros de investigação científica. Tubarão. Editora Unisul, 2002.
 17. Turato, E.R. Método clínico qualitativo: definições diferenciais e fundamentações. Rio de Janeiro, Vozes, 2003.
 18. Ayres, JR de C. Et ai. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (Orgs.) Promoção de Saúde – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fio Cruz, 2003.
 19. Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In:Czeresnia D, Freitas CM (Orgs.) Promoção de Saúde – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fio Cruz, 2003.
 20. Sá, C.P. - Representações Sociais: conceitos e o estado atual da teoria. In: SPINK, MJP (Org.) O conhecimento no cotidiano. São Paulo. Brasiliense, 1995 Cap.1, p. 19-45.
 21. Abdo, AH. Proposta de programa educativo para pacientes portadores diabetes mellitus. São Paulo:s.n.;s.d. (documento avulso).
 22. Costa ML, Jr. Mortalidade por *diabetes mellitus* no Município de São Paulo. São Paulo, s.n.;s.d. (documento avulso).
 23. Franco,MLPB – O que é análise de conteúdo. São Paulo: Fundação Carlos Chagas. PUC/SP – UNICAMP, 1986 (Mimeografado)

Anexos

IPC – CADASTRO

PMSP – SEC. M. DA SAÚDE

Nº _____

UBS - _____

Identificação – Consulta Nutricional

Data: ____/____/____.

Nome: _____ Prontuário: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Nome da Mãe: _____

Data Nasc.: ____/____/____. Idade: ____ Sexo: ____ Natural de: _____

Escolaridade: Último ano cursado: _____

Profissão: _____ Ocupação Atual: _____

Estado Conjugal: () Solt. () Casado () Viúvo () Div. () Outro: _____

Filhos: () Sim () Não Quantos: ____ Idade (s): _____

Quantas pessoas moram com você? _____

Dados Antrop.: Peso: ____ Altura: ____ IMC: ____ Circ C.: ____

Dados Clínicos:

Data do Diagnóstico: ____/____/____.

Primeiros Sintomas Percebidos: _____

Doenças ass Pac.: () HAS () Obes. () Cardio () Dislip. () DM () outras: _____

Família

Exames: () Pr. Art. () Glic. () Col T. () HDL () LDL () TG () Hb Glicada

Data: _____

Toma medicamento oral para diabetes? _____ Insulina? _____

Dentição: _____ Fumante: _____ Alergia alimentos: _____ Intolerância: _____

Funcionamento do Intestino: _____

Faz dieta? _____ Quem orientou? _____

Quais refeições costuma fazer?

() Desj. () Lanche () Almoço () Lanche () Jantar () Ceia

Quem prepara? _____

Alimenta-se nos intervalos? _____

Sua alimentação muda nos finais de semana? () Não

() Sim O que muda? _____

Pratica atividades físicas? _____

Recordatório:

Desjejum - Horário: _____	Lanche - Horário: _____	Almoço - Horário: _____
Lanche da Tarde Horário: _____	Jantar - Horário: _____	Ceia - Horário: _____

Conduta Dietoterápica:

Anexo 3

ROTEIRO DA VISITA DOMOCILIÁRIA-V.D.

1.Plano da V.D.

1.1Ligar para o telefone de recado e marcar o dia/horário.

1.2Observar aspectos gerais: escolas, comércio, casas, pavimentação, rede elétrica, saneamento, bairro, distância da Unidade, acessos.

1.3Ao chegar no domicílio, caracterizar rua, casa, vizinhança, acessos. Na casa, Indicativos dos meios da alimentação.

1.4Iniciar a abordagem pelo histórico dos sintomas do agravo(deixar a Dieta para o fim)

2.Anotações da V.D.(a posteriori)

3.Análise do pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO

Eu, _____ aceito participar da pesquisa “Alcance e limitações da Promoção em DANT: avaliação e monitoramento da adesão à dieta de diabéticos”, de responsabilidade do pesquisador Maria Leonira R. Favaretto; com a qual posso entrar em contato sempre que necessitar pelo telefone: 3242-2132 da SUVIS-SÉ/SMS, e que também posso entrar em contato com o CEP/SMS pelo telefone: 3218-4043.

A pesquisa será importante para conhecer as dificuldades que os pacientes diabéticos têm com a dieta e assim auxiliar na difusão de ações de promoção de medidas que melhorem a vida desses pacientes crônicos bem como os serviços da Unidade Básica de Saúde.

Minha participação se dará por meio de relato de minhas dificuldades com a dieta. A entrevista será gravada para posterior análise do pesquisador. Sei que não será necessário informar meu nome. Sei que minha participação é livre, podendo ser interrompida por minha decisão, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Sei que, se necessário, será feita também uma visita domiciliar a fim de completar informações. Sei que meu anonimato será garantido, mas serei informado sobre os resultados da pesquisa pelo pesquisador.

Também estou ciente de que não terei nenhuma despesa ou gasto e por não correr nenhum risco ou dano, não será necessário nenhum tipo de indenização.

Entrevistado

Pesquisador

São Paulo, 29 março de 2007.

PARECER N°0074/2007 – CEP/SMS

Parecer Consubstanciado Sobre Aspectos Éticos em Pesquisa em Seres Humanos

I – Identificação

N° do Processo: CAAE 0253/06.

Título do Projeto: “Projeto CAEPS/DANT – Alcance e limitações da Promoção em DANT: Avaliação e monitoramento da adesão à dieta em diabéticos”

Pesquisador responsável: Maria Leonira R. Favaretto

II – Objetivos

Geral: Identificar os determinantes da adesão/não adesão à dieta proposta no tratamento do diabético, na prática das unidades de saúde;

Específicos: a) verificar por seguimento de medidas específicas, o controle do Diabetes; b) analisar por meio de entrevistas, as representações sociais dos pacientes em relação à dieta; c) identificar elementos facilitadores e elementos inibidores da adesão à dieta. Produto final: elaboração de roteiro que auxilie os profissionais de saúde nas práticas de promoção e educação em saúde, no tocante à dieta do diabético.

III – Sumário do Projeto

Este projeto integra o trabalho denominado “Avaliação da efetividade em doenças e agravos não transmissíveis” e visa conhecer aspectos relacionados a dieta dos pacientes diabéticos.

Descrição e caracterização da amostra:

Na folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos apresenta-se o n=50 sujeitos.

Crterios de Inclusão e Exclusão: Definidos.

Adequação das Metodologias:

Trata-se de um estudo qualitativo onde os dados serão obtidos a partir de uma entrevista aberta partindo de uma questão inicial padronizada e a partir de uma ficha cadastral. A entrevista será gravada. Os dados serão analisados para compor a categorização a partir da identificação das palavras chaves/temas pertinentes as idéias sobre a dieta.

Adequação das Condições:

Cronograma apresentado: Adequado

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/06 e complementares em particular sobre:

Análise de riscos e benefícios: Sem riscos.

Retorno dos benefícios para o sujeito e/ou para comunidade: intervenção direta com os sujeitos participantes.

Adequação do TCLE e forma de obtê-lo: Adequado

Informação quanto ao financiamento: Adequado





Secretaria Municipal da Saúde
 Coordenação de Desenvolvimento de Programas de
 Políticas de Saúde - CODEPPS
 Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

PROJETO CAEE - 0253 - PARECER Nº 0074/07

V. Parecer do CEP: **PROJETO APROVADO..**

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,


 Dra. IARA COELHO ZITO GUERRIERO
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa da
 Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Ilustríssimo (a) Senhor (a) Doutor (a)
MARIA LEONIRA R. FAVARETTO
NESTA