



O processo do autocuidado dos portadores de diabetes Mellitus de Jataí/Go

Lucila Ferri Pessuti

Universidade Federal de Goiás
cilapessuti@bol.com.br

Fernando Pessuti

Universidade Federal Fluminense
fernandopessuti@id.uff.br

Cristiane Lopes Simão Lemos

Universidade Federal de Goiás
cristianeprofessora@yahoo.com.br

Patrícia de Sá Barros

Universidade Federal Fluminense
patriciadesabarros@gmail.com

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar o processo do autocuidado em diabéticos tipo 2 cadastrados no Programa de Educação e Controle do Diabetes Mellitus em Jataí/GO. Coleta de depoimentos, por meio de entrevista semi-estruturada, foi realizada. As falas foram transcritas e submetidas a análise de conteúdo segundo Análise Temática de Bardin, resultando em três categorias: conhecimento da doença; práticas e dificuldades no processo do autocuidado e o papel do PECDM no autocuidado. Os resultados demonstraram que os participantes possuem conhecimento do conceito, tratamento e complicações da DM e mencionaram que a dieta equilibrada, exercício físico regular, medicação, monitoramento da glicemia e uso de terapias alternativas fazem parte do autocuidado, porém nota-se que existe alguns fatores que podem dificultar a realização do autocuidado como dificuldades socioeconômicas, estado emocional, falta de apoio familiar e deficiência na aquisição dos medicamentos. O programa tem contribuído de forma satisfatória para a realização do autocuidado por meio da assistência multiprofissional, cumprimento da portaria que garante os insumos e medicamentos, atividades educativas e os grupos de convivência, mas constatou-se também



dificuldade na consulta médica e problemas no vínculo terapêutico. Portanto, ressalta-se a importância deste estudo para a discussão a respeito da abordagem educativa no processo do autocuidado em diabéticos e dentre as diferentes possibilidades de realizá-lo, valorizando a questão do vínculo e da escuta, de forma a propiciar uma melhor relação dos pacientes com a doença.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus; Autocuidado; Educação em saúde.

Abstract

The aim of the study was to analyze the process of self-care in type 2 diabetics enrolled in Education Program and Control in Diabetes Mellitus Jataí/GO. Collecting testimonials, through semi-structured interview was conducted. The discussions were transcribed and subjected to content analysis according to thematic analysis of Bardin, resulting in three categories: knowledge of the disease, and practical difficulties in the process of self-care and the role of self-care PECDM. The results showed that the participants have knowledge of the concept, treatment and complications of DM and mentioned that the balanced diet, regular exercise, medication, glucose monitoring, and use of alternative therapies are part of self-care, but note that there are some factors that may hinder the achievement of self-care and socioeconomic difficulties, emotional state, lack of family support and disability in purchasing the drugs. The program has contributed satisfactorily to perform self-care through multidisciplinary care, compliance with the ordinance that ensures the inputs and medicines, educational activities and social groups, but it was also found difficulty in medical consultation and problems in the therapeutic relationship. Therefore, it emphasizes the importance of this study to the discussion of the educational approach in the process of self-care in diabetics and among the different possibilities of realizing it, highlighting the issue of the bond and listening, in order to provide a better ratio of patients with the disease.

Keywords: Diabetes Mellitus; Self Care; Health Education.

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar el proceso de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 incluidos en el Programa y Control de la Diabetes Mellitus en Jatahy Educación / GO. Recopilación de testimonios, a través de entrevista semi-estructurada se llevó a cabo. Las discusiones fueron transcritas y sometidas al análisis de contenido según



el análisis temático de Bardin, resultando en tres categorías: el conocimiento de la enfermedad y las dificultades prácticas en el proceso de auto-cuidado y el papel de PECDM autocuidado. Los resultados mostraron que los participantes tengan conocimiento del concepto, tratamiento y complicaciones de la DM y mencionó que la dieta equilibrada, el ejercicio regular, la medicación, monitorización de la glucosa y el uso de terapias alternativas son parte de autocuidado, pero tenga en cuenta que hay algunos factores que puedan obstaculizar el logro de las dificultades de auto-cuidado y socioeconómicas, el estado emocional, la falta de apoyo familiar y la discapacidad en la compra de los medicamentos. El programa ha contribuido de manera satisfactoria para realizar el autocuidado a través de la atención multidisciplinaria, el cumplimiento de la ordenanza que garantiza los insumos y medicamentos, actividades educativas y grupos sociales, pero también se encontró dificultad en consulta médica y los problemas en la relación terapéutica. Por lo tanto, se hace hincapié en la importancia de este trabajo para la discusión de la propuesta educativa en el proceso de autocuidado de los diabéticos y entre las diferentes posibilidades de darse cuenta, destacando el tema del vínculo y escuchar, con el fin de proporcionar una mejor relación de los pacientes con la enfermedad.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Auto Care, Educación para la Salud.

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é um importante problema de saúde pública, tanto pela sua alta prevalência, como pelas suas complicações, requerendo cuidado clínico e educação contínua para a prevenção das complicações agudas e crônicas (Ferraz et al., 2000).

O objetivo geral do estudo foi analisar o processo do autocuidado dos usuários portadores de DM tipo 2 em um Programa de Educação e Controle do Diabetes Mellitus (PECDM) de Jataí/GO. Dentre os objetivos específicos: Analisar o conhecimento dos usuários em relação à doença e os cuidados exigidos com a mesma; Identificar os fatores que colaboram para prática do autocuidado e os que interferem neste processo; Investigar quais as contribuições do PECMD em relação à prática do autocuidado.



Metodologia

A amostra foi constituída por portadores de DM tipo 2 cadastrados no PECDM de Jataí/GO na Unidade Básica de Saúde (UBS) James Philip.

Por tratar-se de pesquisa qualitativa, não houve um número pré-definido de participantes, até que se obteve o denominado “ponto de saturação” (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

Os critérios de inclusão englobaram: ser morador de Jataí/GO; portador de DM tipo 2 diagnosticado laboratorialmente; ambos os sexos, idade superior a 18 anos; aceitar participar voluntariamente; estar cadastrado no PECDM; Os critérios de exclusão: Não ser cadastrado no PECDM; não ser portador de DM tipo 2 diagnosticados laboratorialmente; que tenha deficiência mental ou incapacidade para responder as entrevistas; não estar incluso na faixa etária definida; recusar em participar voluntariamente da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, protocolo Nº 171/2012.

A coleta de dados foi realizada de outubro a novembro de 2012, por meio de entrevista semi-estruturada. O instrumento abrangeu as temáticas: “Conhecimento do portador sobre a patologia, suas causas, complicações e autocuidado”; “Fatores que colaboram para a prática do autocuidado e controle da DM”; “Fatores de riscos associados ao autocuidado e o controle da DM”.

A análise qualitativa do conteúdo se desdobrou em duas fases: pré-análise e interpretação dos resultados. Na primeira, leituras exaustivas das entrevistas foram realizadas para aprofundar e compreender as falas a fim de obter pontos convergentes, representativos e significativos ao tema. Categorias temáticas foram levantadas sendo classificadas por semelhança empregando-se a análise de categorias, segundo proposta de Bardin (2000).

Resultados e discussão

Dezesseis portadores de DM tipo 2 participaram da pesquisa, sendo a maioria do sexo feminino, idade variando de 28 a 71 anos, casados, baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e renda mensal recebida na família de até um salário mínimo.



A análise do "Conhecimento da Doença" permitiu que subcategorias fossem levantadas: o que é o diabetes, suas causas e complicações.

Sobre a definição do DM, a maioria dos participantes aproximam-se da definição científica do diabetes. Segundo o Ministério da Saúde (2006), trata-se de uma síndrome metabólica causada por defeitos de secreção e/ou ação da insulina pelo pâncreas, o que tem como consequência um aumento da glicose sanguínea que se não for corrigido pode resultar em complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. A saber, algumas falas:

"[...] é a falta da insulina do pâncreas que não deixa queimar o açúcar e vai atacando o coração, os rins e o pulmão [...]" (P7)

"[...] o pâncreas não funciona [...] ele não produz insulina [...]" (P13; P14)

Gil, Haddad, Guariente (2008) avaliaram o conhecimento de pessoas com DM e também constatarem resultados positivos.

Pace et al. (2006) analisaram as categorias "O que é diabetes" e "Quais suas causas" e verificaram que 28,6% dos participantes sabiam definir as questões. Neste estudo, o nível de escolaridade não foi um fator que limitou as pessoas a conhecerem a doença, pois somente dois participantes demonstraram não ter conhecimento, conforme falas a seguir:

"[...] não sei falar o que é o diabete [...]" (P12)

"Não tenho casos na família e sei que o diabetes apareceu depois que parei de menstruar [...]" (P9)

Problemas socioeconômicos e culturais podem constituir-se em elementos dificultadores. Alguns entrevistados relacionaram a definição da doença com os sentimentos causados por ela, implicando o seu efeito devastador:

"[...] é uma doença muito ruim [...]" (P4)

"[...] é uma doença terrível [...]" (P6)

Outros, buscaram a definição da doença através dos sintomas sentidos no decorrer do processo:

"[...] o diabetes apareceu, porque eu bebia muita água, ia muitas vezes no banheiro, tinha dor nas pernas e fraqueza." (P5)



Vale à pena ressaltar que a maioria dos participantes mencionaram complicações quando questionados sobre causas da DM, sinalizados a seguir:

"[...] a diabetes causa tonteira, cegueira, e amputação [...]" (P14)

"[...] a pessoa fica sem visão, e se machucar não sara fácil, perde o dedo, perde a mão [...]" (P3)

Em geral, as respostas em relação às complicações e problemas do DM demonstraram convergência, sendo as mais citadas: amputações, cegueira, problemas renais, problemas vasculares, doenças cardíacas, neuropatia periférica e úlceras. Esses achados são compatíveis com a literatura (Reis; Bachion; Nakatani, 2005).

Outras falas evidenciaram que os portadores têm consciência de que o DM quando mal controlado e tratado pode apresentar complicações graves levando até mesmo a morte. Reis; Bachion; Nakatani (2005) afirmam que o conhecimento em relação às complicações do DM pode favorecer a adesão em relação ao autocuidado.

A consciência da importância do conhecimento sobre a DM como parte integral do autocuidado proporciona um melhor convívio com a doença, tornando-o protagonista de seu tratamento (Biral; Cardoso; Gruspan, 2005). A fala abaixo corrobora tal achado.

"[...] quando descobri a doença tive muito medo porque ouvia os outros comentários, melhorou muito o medo depois que conheci mais o diabetes, hoje sou eu que controlo o diabetes não é ele que me controla." (P1)

As análises referentes às "Práticas e dificuldades do autocuidado" abrangeram as seguintes subcategorias: alimentação; exercício físico; perfil familiar; auto monitoramento da glicemia; medicação e uso da insulina; dificuldades socioeconômicas; terapias complementares; cura do diabetes; sentimentos positivos e negativos frente a doença; isolamento social; família e convivência com a doença.

Os participantes indicaram a alimentação como um cuidado importante para viver saudável, porém chamam a atenção às dificuldades relacionadas à adoção de hábitos para tal.

"[...] eu ainda não faço direito como se deve. Eu estava doidinha para comer um pé de moleque e eu não aguentei e comi só dois pedacinhos [...] comer só verdura, quem aguenta isto, é isto que me deixa fraca, ninguém aguenta." (P6)



Alguns participantes percebem a terapia nutricional como um martírio, uma meta de tratamento difícil de ser concretizada, conforme a fala:

"[...] não faço! Eu sei que os cuidados são comer direito, não comer doces e nem fritura, mas mesmo assim eu não faço. Não como nos horários certos [...]." (P9)

Assim, exibem reações que variam desde a raiva e inconformismo até sentimento de descrença e culpa por transgredirem as recomendações preconizadas pela equipe de saúde, a saber:

"[...] tem hora que eu não quero fazer nada e nem ouvir ninguém dá vontade de chutar o barco, comer o que eu quero e esquecer que tenho diabetes [...]." (P1)

Achados semelhantes são evidenciados por Santos et al. (2005), os quais demonstraram que os pacientes com DM apresentam uma barreira em relação a terapia nutricional, percebida como imposição restritiva, influenciando negativamente na adesão ao tratamento.

Em contrapartida, a maioria dos participantes do estudo reconheceu a importância de controlar a alimentação para que se alcance o equilíbrio glicêmico, segundo as falas:

"[...] faço regime [...] alimento de três em três horas, meu almoço é pouco e na janta eu como mais é fruta. Eu sigo a dieta da nutricionista rigorosamente." (P14)

"[...] tento reduzir o arroz [...] não como doce [...] estou usando adoçante [...]." (P2)

Diversos trabalhos (Santos et al., 2005; Gil; Haddad; Guariente, 2008) corroboram que a orientação nutricional é um dos itens fundamentais na vida do diabético, porém, é um dos aspectos com maior dificuldade em ser atingido.

Neste estudo, os hábitos alimentares e condições socioeconômicas e culturais são os fatores que mais influenciaram na falta de cumprimento das orientações sobre a dieta, e deve ser considerados ao se fazer o planejamento, conforme o depoimento deste entrevistado demonstra:

"[...] tem hora que a nutricionista passa algumas coisas que fogem do nosso alcance financeiro. Acho que a nutricionista deveria entender a nossa realidade financeira, isto deixa a desejar [...]." (P1)

O fator financeiro também foi mencionado como um dificultador relevante no estudo de Batista et al. (2006), apontando o fator como justificativa para o consumo nutricional incorreto.



A discrepância entre os hábitos adotados pelos participantes e familiares em relação a alimentação foi um fator sinalizado como dificultador da adesão às metas da reeducação alimentar, conforme a fala:

"[...] não como carne vermelha, o ruim é que meu irmão que mora comigo é doente e fala para eu largar de bobeira e comer, mas eu não posso, já estou com problemas nos rins, mas tem dia que não tem jeito ele me convence e eu acabo comendo o que não posso, ele deveria é me ajudar e não piorar a minha situação." (P8)

Em contrapartida, o relato abaixo sinaliza a adesão do portador ao tratamento, a fim de não prejudicar a sua saúde.

"[...] quando saio de casa com amigas ou família e vejo alguma coisa que eu não posso comer, eu prefiro não comer do que saber que pode subir o diabetes e eu ter problema no futuro [...]." (P11)

Além da alimentação, o exercício físico também foi mencionado quando questionados em relação ao autocuidado em diabetes. Alguns participantes, não conseguem realizar as caminhadas devido a problemas diversos explicitados nos depoimentos abaixo.

"[...] sei que tenho que fazer exercício físico todos os dias, mas por causa da dor forte das pernas eu não consigo, é difícil demais [...]." (P2) "

"[...] não faço exercício porque não tenho tempo [...]." (P12).

"[...] não faço exercício físico, não tenho tempo, tenho que cuidar dos netos, a minha filha trabalha fora e eles moram comigo [...]." (P5)

Penckofer et al. (2007) relatam que a sobrecarga da responsabilidade perante os cuidados da família é um fator que contribui para a não efetivação do autocuidado. Este fator também foi achado neste estudo:

"[...] eu não tenho muita ajuda para controlar o diabetes, eu limpo a casa sozinha, lavo, passo, cuido das crianças (netos) e meu marido não me ajuda não tenho tempo para cuidar de mim [...]." (P4)

Com relação à medicação, os comentários demonstram que as orientações com relação aos horários, dosagem, via de administração são seguidas pela maioria dos portadores, demonstrando adesão ao tratamento, conforme a seguir:

"[...] tomar os remédios no horário certo também ajuda muito no controle do diabetes." (P15)

"[...] tomo a insulina direitinho seguindo a receita, guardo ela na geladeira [...]." (P11)



Donnan, Macdonald e Morris (2002) demonstraram que os pacientes frequentemente param de tomar suas medicações ou até mesmo nem começam a tomá-las, pois as consideram ineficazes ou experimentam efeitos colaterais desagradáveis.

Ademais, a maioria dos participantes relatou ter passado por dificuldades em aceitar o uso da insulina no início do tratamento, mas com o tempo, habituaram-se a condição e sentimentos de tristeza foram superados, segundo as falas:

"[...] em relação à insulina não tenho tanta tristeza porque eu acostumei, no início foi muito difícil, mas acostumei em ter que aplicar ela todos os dias [...]" (P13)

"[...] eu não me importo de ter que usar a insulina todos os dias, vira rotina, a gente acostuma com isto, mas, no início foi difícil." (P5)

Contrapondo Stacciarini, Haas e Pace (2008), que constataram que 90% dos portadores de DM em insulino terapia necessitavam da ajuda de outras pessoas, a maioria dos participantes do PECDM aplicavam insulina sem a necessidade de qualquer ajuda, conforme relato:

"[...] antes eu dependia dos outros para aplicar insulina em mim, mas depois que eu aprendi eu faço tudo sozinho, não gosto de depender de ninguém." (P5)

Observa-se que somente dois participantes não autoaplicavam a insulina, referiram medo e dificuldade visual para dosar a medicação, conforme a seguir:

"[...] o meu filho é quem aplica a insulina em mim. Eu tenho medo, ele trabalha na farmácia." (P4)

"[...] a minha neta eu tenho que ficar pedindo para me ajudar a aplicar a insulina, porque, eu sou cego ela não faz muita questão." (P2)

Intercorrências, como falta de dinheiro e do medicamento na rede pública, pode vir a prejudicar o tratamento destas pessoas.

"[...] quando falta remédio no posto eu penso se não poderia diminuir a insulina, para demorar mais para acabar, porque é cara pra comprar, e eu não posso ficar sem, mas tem dia que a gente acaba ficando." (P16)

Cavinatto (2003) relata resultados semelhantes, em que os participantes queixam-se da falta de medicação nas UBS, levando à supressão das drogas por muitos dos pacientes que não podiam comprá-las.

Em relação ao estado emocional, percebe-se que o DM desperta grande frustração entre os participantes do PECDM.

Observa-se diferentes reações emocionais e comportamentais frente à presença



da doença. As reações emocionais que prevaleceram foram raiva, tristeza, revolta e depressão, semelhantes ao estudo de Santos et al. (2005). Estes sentimentos podem interferir no processo do autocuidado, conforme a seguir:

"[...] para mim é pior que o câncer, é uma vida muito triste você é corroído por dentro [...] (choro)." (P6)

"Ruim, triste, é difícil demais. Eu sofro muito por ter diabetes. Quem tem diabetes não vive, vegeta [...]." (P9)

Oliveira et al. (2009) relataram que sentimento de tristeza, inferioridade e abandono são fatores que devem ser considerados no processo do autocuidado.

Dentre as reações emocionais positivas, relatada pela maioria dos participantes, nota-se:

"[...] a primeira coisa é não ter medo [...] e a segunda é não ficar triste porque isto é inimigo da sua saúde, eu tenho fé." (P13)

"[...] o que controla mesmo o diabete é se aceitar eu procuro sempre trabalhar a minha cabeça e pensar que estou bem, ficar feliz comigo mesma que aí dá tudo certo." (P11)

Alguns participantes apresentam equilíbrio emocional, o que interfere no autocuidado de maneira positiva, não colocando o diabete como o centro dos seus problemas. Ao mesmo tempo, dois participantes referiram sentir-se socialmente isolados devido a dieta e aplicação da insulina.

"[...] eu não vou para lugar nenhum não saio de casa para nada, só saio quando vou ajudar no Núcleo do Câncer porque eu sou voluntária, não me importo das pessoas saberem que sou diabética, mas mesmo assim prefiro me isolar (chora) e ficar presa em casa." (P8)

No contexto da convivência com o DM, a necessidade de mudança de hábitos simboliza fortemente a relação com a doença. Aceitar a necessidade dessa mudança é fonte de dificuldade relatada pela minoria dos participantes, como podemos perceber:

"[...] descobrir que sou diabética mudou a minha vida, toda hora tenho que lembrar que tenho remédio para tomar, e as comidas que eu não posso comer." (P3)

"[...] é o tempo todo na minha cabeça lembrando que eu sou diabética, toda hora que eu vou comer, quando acordo ou vou dormir, é um inferno, gostaria de poder esquecer um pouco disto, porque eu sempre não posso isto ou aquilo [...]." (P8)



Os relatos acima nos indicam que incorporar uma nova forma de viver parece ser um processo doloroso por implicar renúncias e necessidade de formular readaptações no viver. A adaptação do paciente frente a DM impõe a criação gradativa de uma identidade relacionada com a doença (Olshansky et al., 2008). Marcelino e Carvalho (2005) constataam que existem casos em que o paciente tem consciência da importância do controle da doença, e das consequências quando não controlada, mas, ainda assim, não se ajuda e burla o tratamento.

Este estudo mostrou que a maioria dos portadores de DM cadastrados no PECDM conhece e realiza o autocuidado, porém dentro das condições que acreditam ser ideais ao seu viver e mencionam que fatores socioeconômicos, familiares e emocionais influenciam diretamente o cumprimento do autocuidado.

Quanto ao “Papel do Programa de Educação e Controle do DM no Autocuidado”, os participantes fazem relações entre o autocuidado com os ensinamentos dispensados pela equipe de saúde para o controle e tratamento da doença. Algumas subcategorias (orientações oferecidas pelo PECDM, dispensação de insumos para o controle do diabetes, dificuldades enfrentadas pelo PECDM, atendimento multiprofissional, grupo de convivência e educação em saúde) foram identificadas.

Os portadores recebem orientações quanto à medicação, dieta e prática de exercícios, frequentam com adesão as consultas agendadas, demonstrando uma percepção satisfatória em relação ao PECDM:

“Sim, recebo orientações. Sou orientado com os cuidados do diabetes, o jeito de tomar os remédios, a insulina [...]” (P16)

“Recebo orientações, da comida, do remédio que tem que usar direitinho, orientação do tratamento com os pés. Tudo a gente recebe aqui.” (P7)

Outra observação relevante e considerada pelos portadores foi a dispensação dos insumos, indispensáveis para o monitoramento da glicemia capilar, aplicação da insulina e controle da doença.

“[...] eu ganhei aqui o aparelho e as fitas, então quando eu tô passando mal eu vejo no aparelho [...]” (P12)

“[...] eu tenho o aparelho e tudo que preciso para cuidar do diabete [...]” (P7)



Constatamos também crítica em relação as ações do PECDM, tal como:

"[...] eu fiquei afastado uma época porque fui mal atendido por uma das profissionais que eu não quero falar o nome, me tratou mal, têm profissional que tem muita teoria, sabe muito, mas não sabe atender a gente direito, não escuta, eu fico desanimado é muito ruim." (P1)

Acredita-se ser importante o respeito mútuo entre os profissionais da saúde e os pacientes para que o processo do autocuidado seja efetivo (Pacheco; Santos; Bregman, 2006).

Outra questão mencionada foi em relação à demora que os pacientes enfrentam entre as consultas médicas agendadas. A fala a seguir é representativa:

"[...] faz tempo que eu não passo com a doutora (médica), eu não consigo conversar com ela e quando venho já estou toda empenhada [...]." (P4)

O PECDM conta com atendimento médico especializado somente por uma profissional, causando sobrecarga de trabalho e distanciamento entre as consultas agendadas. Muitos pacientes acabam procurando a atenção básica.

Nossos achados corroboram com Grillo e Gorini (2007) que apontam que os encaminhamentos para os especialistas, muitas vezes demoram, e alguns pacientes iniciam a investigação das complicações relacionadas à doença na própria rede básica de saúde. Em vista disso, é comum ouvir queixas e insatisfações dos pacientes ao consultar com estes profissionais, devido à demora e a não resolução de seus problemas. Alguns pacientes quando conseguem passar pelo profissional médico já apresentam complicações da doença.

O trabalho em grupo de convivência foi ressaltado por um participante como fundamental para conhecer os cuidados com a doença e compartilhar dúvidas e experiências.

"[...] às vezes eu participo de alguns grupos com pessoas diabéticas, que estão na mesma situação que a minha, lá no programa, daí eu me sinto bem melhor, quando reúno com outros diabéticos percebo que outras pessoas podem ter problemas iguais ou piores que o meu e isto me deixa melhor." (P9)

Francioni e Silva (2007) encontraram resultados semelhantes ao estudar a construção do viver saudável com DM em um grupo de convivência e constataram que, nos grupos de convivência, as pessoas conseguem estabelecer uma relação de cumplicidade, companheirismo e respeito que auxilia no processo do viver saudável.



Otero, Zanetti e Ogrizio (2008) relatam que a aquisição de conhecimento no grupo deve ser acompanhada pelo estímulo dos profissionais para o exercício efetivo do autocuidado como forma de garantir mudanças efetivas no comportamento. As falas comprovam os achados:

"[...] eu entendo muita coisa do diabete quando vocês ensinam a gente [...]" (P3)

"[...] quando eu aprendo mais sobre o diabete eu fico mais tranquilo e consigo me cuidar melhor [...]". (P10)

A Educação em Saúde é um importante aspecto no processo de viver saudável de pessoas com DM. A compreensão desse processo como um ato de compartilhamento de experiências entre o educador e o educando, vivenciando, na prática, a busca conjunta de soluções para as questões a serem enfrentadas, traz uma nova perspectiva para as pessoas (Francioni; Silva, 2007). Importante que os portadores adquiram o conhecimento sobre as ferramentas de autocuidado para as decisões diárias no seu cotidiano, conseguindo ter autonomia e qualidade de vida (Pace et al., 2006).

Haddad et al. (2005) mencionam que é preciso buscar novas estratégias educacionais para obter o conhecimento da doença, incorporá-lo no seu dia a dia, sendo necessário no processo educativo resgatar as experiências e os conhecimentos que o diabético já possui, aliado aos ensinamentos dos educadores (Santos et al., 2005).

Desta forma, o educador deve ser bastante flexível para adaptar a sua abordagem aos fatores que possam influenciar a capacidade e a vontade do paciente de aprender sobre o diabete (Grillo; Gorini, 2007).

O educador deve ser capaz de identificar quais são os obstáculos para o tratamento desse paciente, devendo levar em consideração não só os fatores pessoais, mas também os socioeconômicos, devendo, em algumas circunstâncias, ser flexível para mudanças que se fizerem necessárias (Oliveira, 2000).

Os participantes do PECDM apontaram a educação em diabetes e o grupo de convivência como o caminho que deve ser seguido pelos profissionais da saúde para um atendimento mais humano e de qualidade, ressaltando a importância dos serviços de saúde no cumprimento da lei que garante a esta população os medicamentos e insumos, indispensáveis para o tratamento e controle da doença contribuindo para a realização do processo do autocuidado.



Considerações finais

A maioria dos participantes, mesmo usando uma linguagem popular, tem conhecimento da definição, causas e complicações do DM.

Em relação à prática do autocuidado, a dieta equilibrada, exercício físico regular, medicação correta, monitorização da glicemia, uso de terapias alternativas e participação constante nos serviços de saúde, são ações que compõem o autocuidado. A adesão a terapia nutricional é a maior dificuldade encontrada. Sugere-se planeamento alimentar, e individualizado, oficinas temáticas sobre o assunto. Outro fator relevante é a falta de motivação para realização de exercício físico. Como medida de intervenção, o programa pretende realizar os grupos de ajuda mútua. Sobre os sentimentos de tristeza, inferioridade, depressão, isolamento social e outros, sugere-se avaliação periódica do estado psicológico dos pacientes e grupos de convivência. Em relação à família, os resultados demonstraram a necessidade de reconhecer os aspectos familiares que prejudicam o autocuidado e discutir o plano de cuidados com seus familiares.

Em relação ao papel do PECDM para o autocuidado, percebe-se que a educação em saúde, os grupos de convivência, a assistência multiprofissional e o cumprimento da portaria que garante os insumos e medicamentos aos portadores de DM, são indispensáveis para promover e motivar os portadores de diabetes para a realização do autocuidado. Porém, os resultados demonstraram que o programa deve repensar suas atitudes individuais de assistência e traçar novos planos de intervenção para solucionar estes problemas evidenciados e atender as necessidades desta população.

Diante das considerações, surge a necessidade de fazer educação em saúde de maneira participativa, e dialógica, capacitação dos trabalhadores da saúde, instituir visita domiciliar que não é preconizada pelo Programa. Contudo, espera-se melhorar a participação ativa do paciente na consulta, incentivar e promover atividades multidisciplinares, tanto para pacientes quanto familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu autocuidado.



Referências

- Bardin, L. (2000). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batista, M.C.R.; Priore, S.E.; Rosado, L.E.F.P.L.; Tinôco, A.L.A.; Franceschini, S.C.C. (2006). Avaliação dietética dos pacientes detectados com hiperglicemia na "Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes" no município de Viçosa, MG. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*. São Paulo, 50(6): 1041-1049, dez.
- Biral, A. M.; Cardoso, P. M.; Grunspan, S. (2005). A importância do educador em diabetes mellitus. *Diabetes Clínica*. São Paulo, 9(3): 193-199, maio/jun.
- Cavinatto, S. M. (2003). *Doença Crônica, Autocuidado e Autonomia: Estudo de um processo educativo junto a pacientes com diabetes mellito tipo 2*. 2003. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP.
- Donnan, P.T., Macdonald, T.M., Morris, A.D. (2002). Adherence to prescribed oral hypoglycemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Diabet Med*. 19(4): 279-84.
- Ferraz, A.E.P.; Zanetti, M.L.; Brandão, E.C.M.; Romeu, L.C.; Foss, M.C.; Paccola, G.M.G.F.; Paula, F.J.A.; Gouveia, L.M.F.B.; Montenegro Júnior, R. (2000). Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. *Medicina*, Ribeirão Preto, 33: 170-175, abr./jun.
- Fontanella, B.J.B.; Ricas, J.; Turato, E.R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 24(1): 17-27.
- Francioni, F.F.; Silva, D.G.V. (2007). O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, 16(1): 105-111, Jan/Mar.
- Gil, P.G.; Haddad, M.C.L.; Guariente, M.H.D.M. (2008). Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. Londrina, 29(2): 141-154, jul./dez.
- Grillo, M.F.F.; Gorini, M.I.P.C. (2007). Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Bras. Enferm*. 60(1): 49-54, Jan/Fev.
- Haddad, M.C.L.; Almeida, H.G.; Gyariente, M.H.D.M.; Karino, M.E.; Barcellos, M.R. (2005). Avaliação sistemática do pé diabético. *Diabetes Clínica*, São Paulo, 9(3): 187-192, maio/jun.



- Marcelino, D.; Carvalho, M. (2005). Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1): 72-77.
- Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde.
- Oliveira, N.F.; Munari, D.B.; Bachion, M.M.; Santos, W.S.; Santos, Q.R. (2009). Fatores Terapêuticos em Grupo de Diabéticos. *Rev Esc Enferm USP*, 43(3): 558-65.
- Oliveira, O. (2000). Ação Educativa de Enfermagem no controle do diabetes. *Acta Paul Enferm*. São Paulo, 13(Número Especial, Parte I): 133-135.
- Olshansky, E.; Sacco D.; Fitzgerald, K.; Zickmund, S.; Hess, R.; Bryce, C.; Bryce, C.; Mcfigue, K. Fischer G. (2008). Living with diabetes: normalizing the process of managing diabetes. *The Diabetes Educator*. 34(6): 1004-12.
- Otero, L.M.; Zanetti, M.L.; Ogrizio, M.D. (2008). Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Rev Lat Am Enferm*. 16(2): 231-7.
- Pace, A.E.; Vigo, K.O.; Caliri, M.H.L.; Fernandes, A.P.M. (2006). O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev Latino Am Enfermagem*, 14(5): 728-734, set/ out.
- Pacheco, G.S.; Santos, I.; Bregman, R. (2006). Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. *Rev Enferm UERJ*. Rio de Janeiro, 14(3): 434-9, jul/set.
- Penckofer, S., Ferrans, C.E., Velsor-Friedrich, B., Savoy, S. (2007). The psychological impact of living with diabetes: women day-to-day experiences. *Diabetes Educator*. 33(4): 680-90.
- Reis, O.M.; Bachion, M.M.; Nakatani, A.Y.K. (2005). Preparo de médicos para o atendimento a diabéticos no Programa Saúde da Família e suas percepções sobre as dificuldades de adesão ao tratamento. *Acta Sci. Health Sci*. 27(2): 119-129.
- Santos, E.C.B.; Zanetti, M.L.; Otero, L.M.; Santos, M.A.(2005). O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Rev Latino-am Enfermagem* 13(3): 397- 406, maio-junho.
- Stacciarini, T.S.; Haas, V.J.; Pace, A.E. (2008). Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 24(6): 1314-22.