



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Tânia Maria de Oliveira Moreira

**NARRATIVAS DE PESSOAS COM DIABETES
ATENDIDAS NA REDE BÁSICA: DETERMINANTES
DA HOSPITALIZAÇÃO**

SALVADOR
2007

Tânia Maria de Oliveira Moreira

**NARRATIVAS DE PESSOAS COM DIABETES
ATENDIDAS NA REDE BÁSICA: DETERMINANTES
DA HOSPITALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra. Área de Concentração o Cuidar em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Pereira

SALVADOR
2007

Tânia Maria de Oliveira Moreira

**NARRATIVAS DE PESSOAS COM DIABETES ATENDIDAS
NA REDE BÁSICA: DETERMINANTES DA
HOSPITALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra. Área de Concentração o Cuidar em Enfermagem.

Aprovada em 14 de fevereiro de 2007.

COMISSÃO EXAMINADORA

Álvaro Pereira _____

Doutor em Enfermagem e Professor da Escola de Enfermagem da UFBA.

Roseanne Montargil Rocha _____

Doutora em Enfermagem e Professora do Curso de Enfermagem da UESC.

Dora Sadgursky _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem da UFBA.

José Lucimar Tavares _____

Doutor em Enfermagem e Professor da Escola de Enfermagem da UFBA.

“Sucesso é um processo contínuo do esforço de tornar-se maior. É a oportunidade de continuar crescendo emocional, social, espiritual, fisiológica intelectual e financeiramente enquanto se contribui de alguma forma positiva para outros”.

Antony Robins

AGRADECIMENTOS

A DEUS PAI,

força protetora invisível, energia condutora divina, direcionadora da minha vida, obrigada pela oportunidade de realização dessa meta, sempre iluminando meus caminhos na Br 324, tranquilizando os momentos difíceis e solitários.

A MAINHA,

meu espelho de perseverança, luta e dedicação, sem você, nada seria.

A MEU PAI (in memoriam),

*parte de mim sente sua falta,
mas seus ensinamentos estão presentes.*

A MEUS IRMÃOS,

Telma Almeida e Tarcísio Talma,

exemplos de conquista, audácias e busca de sonhos impossíveis.

Sinto orgulho de ser da mesma genética.

AOS MEUS FILHOS, CRISTIANO, MARCUS E EMANUELLE,

essências da minha vida e espelhos de luz,

obrigada pela compreensão ao longo dessa árdua caminhada.

AO MEU AMOR RAFAEL,

sempre orgulhoso das minhas conquistas.

O verdadeiro amor não se conhece por aquilo que exige, mas por aquilo que oferece.

(Jacinto Bonavente).

AO PROFESSOR Dr. ÁLVARO PEREIRA, MEU ORIENTADOR E MESTRE,

Deus nos concedeu uma página nova no livro do conhecimento, o aprendizado e a amizade que colocamos nela serão vivificados, meu grande mestre.

Obrigada pela oportunidade de tê-lo conhecido, pela atenção, compreensão, paciência, carinho e amizade dispensados na construção deste trabalho.

**AOS PROFESSORES DOUTORES QUE PARTICIPARAM DA BANCA
EXAMINADORA:**

A Dora Sadgursky,

pelo espelho de dedicação como mestre.

Uma amizade nobre é uma obra de arte a dois.

Obrigada por aceitar o convite para participar da Banca.

A Roseanne Rocha,

pelo exemplo profissional no cuidado aos pacientes com diabetes e por contribuir para o meu crescimento emocional e profissional.

A José Lucimar Tavares,

que enche nossos momentos de alegrias e de boas energias quando está por perto.

Obrigada pela atenção dispensada e por aceitar o convite para participar da Banca.

A TODOS OS MEUS PROFESSORES DO MESTRADO

A vontade energética de vocês para nos transformar em mestres fez dos nossos sonhos uma realidade.

Obrigada.

ÀS INESQUECÍVEIS COLEGAS DO MESTRADO,

Claudinha, Daniela, Mariluce, Paula, Jacy, Ju, Glorinha, Jaqui, representando as demais.

EM ESPECIAL, ÀS MINHAS COLEGAS DA BR 324,

Aline, Laura, Mônica, Silvia.

Durante dois anos um só vôo, num momento, a realização dos nossos sonhos.

Nas páginas do tempo, ficaram impressos companheirismo, cumplicidade, amizade e muita saudade do convívio diário de momentos só de alegria. Sou feliz por conhecê-las.

ÀS COORDENADORAS DA PÓS-GRADUAÇÃO,

as professoras: Enilda Rosendo e Mirian Paiva,

pelo apoio e incentivo que me dispensaram nesta caminhada.

À UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA,
representada pelo Diretor e vice-diretora do departamento de Saúde,
Marluce Oliveira.

Meus colegas da Disciplina Adulto II:

Elaine Guedes, Marluce Nunes, Marinalva Carneiro, Lilian Calazans, Aline Henri,
Rosângela Barros, Maiza Macedo, Maili, Tânia Costa e Maria Lúcia Servo,
obrigada pelo apoio, sem a amizade de vocês, esta conquista não seria possível.

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS),
meu carinho, minha gratidão à Secretária Municipal de Saúde, Dra Denise Mascarenhas,
sem sua compreensão minha caminhada seria mais árdua.

À EQUIPE PROFISSIONAL DA ESCOLA DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
Sou eternamente grata por, em momentos de aflição, ter sossegado a minha alma.

ÀS MINHAS COLEGAS DA SMS,
Charlene, Evani, Valdenice, Meiredalva, Maiza Macedo.

A GEISE,
por uma nova amizade construída no labor de uma caminhada.

AS PESSOAS COM DIABETES,
as quais foram fundamentais para a construção deste estudo.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução desse estudo.

Não há pegadas no meu caminho que não passe pelo caminho de vocês.
(Simone de Beauvoir).

RESUMO

Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem qualitativa, em torno das Narrativas de Pessoas com Diabetes Atendidas na Rede Básica, com o objetivo geral de analisar os determinantes de hospitalização, mediante histórias de pessoas com Diabetes tipo 2. O objetivo específico consistiu em investigar os determinantes da hospitalização de pessoas com diabetes atendidas na rede básica, relacionados aos aspectos psicossocioculturais e às complicações. Realizada em Feira de Santana-BA, em um Hospital Geral, público estadual, de agosto a setembro de 2006. Os sujeitos foram 12 pessoas hospitalizadas em razão da diabetes tipo 2, assistidos na rede básica e domiciliados naquele município, os quais, além disso, deveriam se encontrar em condições psicológicas para responder as questões dirigidas a eles e concordar em participar do estudo. As entrevistas permitiram a coleta dos dados mediante a técnica de história oral, direcionadas por um roteiro temático contendo questões subjetivas. Os resultados mostraram que, dos entrevistados, 50% tinham entre 51 e 60 anos de idade, a maioria com o primeiro grau incompleto, 58,33% tinham pé diabético, como complicação, 33,34% tinham entre 11 e 15 anos de doença, e 66,67% usavam, apenas, hipoglicemiante oral. Quanto à vivência dos depoentes, pudemos apreender, na primeira categoria, os relatos dos sinais e sintomas dessas pessoas antes do diagnóstico, bem como a descoberta tardia da doença provocada pelas complicações. A não-percepção e o desconhecimento relativos à dimensão da doença diabetes foi geral entre os sujeitos. A representação das manifestações mudou de conforme a consciência e a experiência de vida de cada um. Apreendemos, ainda, que a demora do diagnóstico favoreceu as complicações. As respostas expressam sentimentos diversificados diante das complicações ou seqüelas resultantes, contêm sentimentos de negação, raiva, depressão e aceitação, reflexos da vivência com a doença. Grande parte dos entrevistados ressalta a mudança alimentar como a principal ocorrida a partir do diagnóstico, apesar do sentimento negativo ao adotá-la, essa representa uma esperança nas expectativas de melhora. Na segunda categoria, foi possível perceber que o conhecimento acerca da diabetes é, de modo geral, insatisfatório, grande parte dos pacientes nada sabia a respeito. Na terceira categoria, entendemos que o bom acompanhamento, as atividades educativas, os exames, o tratamento correto e a monitorização são muito importantes para o controle glicêmico e prevenção de complicações, que a participação do paciente no tratamento é fundamental, sem essa participação nenhuma das ações apontadas terá grande valia. Finalmente, na quarta categoria, apreendemos que as complicações são as causas maiores de internação, devem, portanto, ser alvo de ação dos profissionais enfermeiros no intuito de preveni-las e oferecer, ao paciente, uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus, rede básica, hospitalização, enfermagem.

ABSTRACT

This is an exploratory survey about people with Diabetes who are being looked after in a General State Public Hospital by the basic health network in the municipality of Feira de Santana, Bahia in Brazil in the period from August, 2006 to September, 2006. The general objective of this survey was to analyze the factors determining the hospitalization of persons with type 2 Diabetes. The specific objective was to examine the psycho-social aspects of these hospitalizations and the complications involved. The subjects were 12 individuals hospitalized with Type 2 Diabetes being looked after by the Basic Hospital Network, living in Feira de Santana, besides this, these people had to be able to respond to the questions asked and to agree to take part in this study. The interviews allowed us to collect data through oral history technique guided by subjective questions. The results of this oral questioning were as follows, 50% were between 51 and 60 years old; the majority with incomplete elementary education; 58.33% had a diabetic foot complication, 33.34% had had the disease for from 11 to 15 years, and 66.67% used only an oral hypoglycemic to treat the disease. As for the living conditions of the persons interviewed, we could draw the following conclusions. In the first category, the report of signs and symptoms they noted before the diagnosis as the late discovery of the disease provoked by the complications. The non-perception and the ignorance relative to the dimension of the illness of diabetes were general among the subjects. A representation of the manifestations changed with regard to the consciousness and life experience of each one. The answers expressed various sentiments facing these complications or the resulting side effects. The testimonies contained sentiments of negation, anger, depression, or acceptance, reflex from living with the disease. The large part emphasized the dietary changes as the principal occurrence coming from the diagnosis despite the negative feelings about adopting it, this represented a hope for the improvement. In the second category, the knowledge about Diabetes in general was unsatisfactory. A large majority did not know anything about the disease. In the third category we understood that a thorough follow up through the educational activities, the exams, the correct treatment and monitoring are very important for the control of the glycemic levels and prevention of complications, and that the participation of the patient in the treatment is primordial, and without this participation no actions are of any value.

KEY-WORDS: Diabetes, basic health, hospitalization, nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	REVISITANDO AS ORIGENS, A CLASSIFICAÇÃO E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DIABETES MELLITUS	17
2.2	A BORDANDO OS ASPECTOS TERAPÊUTICOS E AS COMPLICAÇÕES DA DIABETES MELLITUS	20
2.3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SUA ESTRUTURAÇÃO E A REDE BÁSICA	25
2.4	O CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA REDE BÁSICA	28
2.5	HOSPITALIZAÇÃO POR DIABETES MELLITUS	29
2.6	A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO AO DIABETES	32
2.7	A ATENÇÃO AO DIABETES NA REDE BÁSICA NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA	34
2.7.1	Protocolos Clínicos	35
2.7.2	Estruturação da Rede	36
2.7.3	Fluxo	36
2.7.4	Nível Secundário	37
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	39
3.1	TIPO DE ESTUDO	39
3.1.1	Apropriação da História Oral	40
3.2	CAMPO DE ESTUDO	43
3.3	APROXIMAÇÃO COM OS SUJEITOS DO ESTUDO	43
3.4	COLETA DE DADOS	44
3.5	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	46
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	47
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
4.1	CARACTERIZANDO A POPULAÇÃO ESTUDADA	49
4.1.1	Dados Sociodemográficos da Pessoa Hospitalizada por Diabetes	49
4.1.2	Dados Clínicos da Pessoa Hospitalizada por Diabetes	52
4.2	DETERMINANTES DAS HOSPITALIZAÇÕES DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS ATENDIDAS NA REDE BÁSICA	54
4.2.1	A História do Viver Com Diabetes	54
4.2.2	Analisando O Conhecimento Sobre Aspectos Psicossocioculturais da Diabetes Mellitus	69
4.2.3	Influência da Assistência da Rede Básica para Hospitalização por Diabetes Mellitus	74
4.2.4	Determinantes da Hospitalização Segundo Narrativas dos Sujeitos do Estudo	85
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
6	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	APÊNDICE B: ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA DO ESTUDO	
	ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	

ANEXO B: FOLHA DE ROSTO DA PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) constitui, hoje, um grande problema de saúde pública no mundo. Tornou-se um dos fatores de risco mais importantes para as doenças cardiovasculares, que representam as principais causas de mortalidade da população brasileira.

No entanto, ações adequadas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento para Diabetes Mellitus podem reduzir, consideravelmente, a morbimortalidade e as co-morbidades conseqüentes a essa doença.

No Brasil, o atendimento público proporciona ações preventivas e de controle da diabetes, através do Sistema Único de Saúde Brasileiro, na Rede Básica, que atende, trata e acompanha, por meio das Unidades Básicas de Saúde, cerca de 65% dos casos (BRASIL, 2004a).

A atenção básica significa um conjunto de ações de saúde que engloba a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Responde, atualmente, por um grande número de consultas e outros procedimentos assistenciais, inclusive na atenção ao diabetes, representando uma importante porta de entrada para o sistema de atenção à saúde no país (BRASIL, 2004a).

A Diabetes Mellitus pertence ao grupo de doenças crônico-degenerativas de maior evolução crônica, atingindo a população, independente da faixa etária, raça, condição sócio-cultural, país ou espaço geográfico (ROUQUAYROL, 2003).

Trata-se de uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de exercer adequadamente seus efeitos, caracterizada pela hiperglicemia, distúrbios do metabolismo dos carboidratos, dos lipídios e proteínas. Esses desequilíbrios a longo prazo podem levar a disfunções e falências dos órgãos (S B D, 2000).

Cerca de 90% das pessoas com Diabetes Mellitus possuem a diabetes tipo 2. Os fatores de risco relacionados com essa doença estão associados a alimentação inadequada, obesidade, sedentarismo, disposição genética, estresse, entre outros. Desta forma, o estilo de vida influencia no aparecimento da doença, no controle metabólico e na prevenção das complicações crônicas (CHACRA; LENÁRIO, 1998).

Por esses motivos, o Programa de Atenção ao Diabetes da rede básica deve investir, efetivamente, na prevenção e controle da DM tipo 2, motivando a mudança do estilo de vida das pessoas de forma que seja incorporada a modificação da dieta, da atividade física, do controle ponderal e metabólico, visando a minimização das hospitalizações e da

morbimortalidade por essa enfermidade (BRASIL, 2001a).

Anualmente, a diabetes tem provocado cerca de 25 mil mortes no país. A base dos dados estatísticos do ano de 1999 registra que foram gastos aproximadamente 33 milhões com hospitalizações não-cirúrgicas de pacientes diabéticos por complicações crônicas e infecções (PETERS; SANTOS; CATAFESTA; BAPTISTA, 2004).

A ciência e a tecnologia têm evoluído muito na busca de prevenção, controle e melhores estratégias para o tratamento da Diabetes Mellitus. Entretanto, as dificuldades pelas quais passam as pessoas acometidas, para manter um bom controle da doença e da glicemia, podem ser percebidas tanto no plano ambulatorial quanto no plano domiciliar.

Nesse sentido, há necessidade de uma melhor intervenção dos serviços públicos de saúde, no intuito de monitorar as possíveis barreiras à adesão ao tratamento e à mudança do comportamento do paciente com a finalidade de evitar hospitalizações.

Uma consulta aos registros do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) revelou um elevado número de internações por diabetes no ano 2000, em razão do que foram gastos mais de R\$ 39 milhões em decorrência da severidade das complicações (BRASIL, 2001b).

Quando traçamos um paralelo entre o município de Feira de Santana-BA e o Brasil, notamos que esse dado de aumento se confirma. A Morbidade Hospitalar por Diabetes Mellitus, por local de internação, no período de 2004.2, no Sistema Único de Saúde (SUS) em Feira de Santana - Ba, aponta um aumento de hospitalização nos meses de julho (13 internações, agosto (12), setembro (23), outubro (16), novembro (20) e dezembro (25). O aumento da prevalência foi o reflexo desse crescimento gradual mensal nas taxas de internação.

As hospitalizações poderiam ser minimizadas, através de modificações no cuidado preventivo e de controle da doença, dispensado pela rede básica às pessoas com diabetes, promovendo melhor controle glicêmico e reduzindo o número de hospitalizações (BRASIL, 2004b).

Para justificar o objeto de averiguação, verificou-se que: Segundo Pinho (2000), as internações e complicações por diabetes ocorrem com muita frequência, carecendo rever a assistência irregular oferecida às pessoas com diabetes e a pouca prevenção dada para evitar a hospitalização. Desse modo, a re-internação pode estar associada à deficiência terapêutica, no processo do cuidar, das pessoas com diabetes (ASHTON et al, 1995), A crescente incidência de complicações associadas à diabetes mostra a necessidade de adotar um tratamento mais incisivo para prevenir a mortalidade precoce (OLIVEIRA, 2002).

Assim, o melhor indicador da assistência prestada à comunidade é a taxa de

hospitalização que, por via indireta, oferece dados sobre o funcionamento dos serviços de saúde disponíveis no país (SANTOS, 2003). Essa análise permitiu-me inferir que estudos voltados para identificar os determinantes de hospitalização por diabetes podem melhorar o processo do cuidar na rede básica.

A realidade constatada e a relevância do problema levam a afirmar que as pessoas com diabetes merecem um olhar mais humanizado por parte do profissional de saúde da rede básica.

Nesse sentido, o bom controle metabólico é importante para o retardamento das complicações diabéticas e contribui para uma diminuição da taxa de hospitalização. Contudo, pelos percentuais altos de internamentos na rede pública divulgados pelo SIH, parece haver uma deficiência na qualidade e nas ações dos serviços de atendimento público para as pessoas com diabetes. Uma das formas para ponderar a resolutividade do programa de diabetes municipal é a taxa de hospitalização (SBD/SBEM, 1999).

Torna-se imprescindível a estratificação dos determinantes da hospitalização das pessoas com diabetes, que são vinculadas à rede básica, para despertar os gestores e os planejadores das ações da saúde sobre o cuidar. Que eles sejam alertados para um cuidar mais resolutivo, supervisionado e monitorado, voltado para as reais necessidades de saúde dessas pessoas, a fim de reduzir o custo social e o desgaste emocional que lhes dizem respeito.

A aproximação inicial que tive com pessoas com diabetes foi como enfermeira assistencial de um programa de atenção ao diabetes, proposto pela rede básica e, também, como docente de disciplinas do curso de graduação em enfermagem, da Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba. Em ambas as áreas de atuação, assistia as pessoas acometidas pela doença e, através delas, ia tomando conhecimento do crescente número de internações, cujos motivos fui levada a questionar.

Tinha a pretensão de compreender as dificuldades vividas pelas pessoas com diabetes para aderir à terapêutica recomendada. Percebia sentimentos negativos em relação à doença, também, que as pessoas com diabetes rapidamente apresentavam descompensação metabólica e complicações diabéticas, que as conduziam, com frequência, para as internações.

De acordo com Teixeira (1996), a maneira pela qual os sujeitos apreendem a realidade vai determinar o desenho na condução de suas vidas. Assim, de acordo com o significado atribuído à doença e riscos que essa oferece, desenvolverá atitudes e estilo de vida, podendo aceitar ou negar a diabetes. A reação desencadeada haverá, por certo, de influir no controle metabólico e na prevenção das complicações diabéticas.

Diante de tais constatações, procurei explicações e soluções para minimizar os

descontroles glicêmicos e reduzir o número de hospitalizações por causa da diabetes. Era crença que o problema da diabetes mellitus pudesse ser minimizado seguindo fielmente as orientações do modelo de saúde preconizado pelo Programa de Atenção ao Diabetes. No entanto, é notório que o modelo de saúde hospitalocêntrico com ênfase em ações curativas e fisiológicas, ainda vigente, demonstra ser insuficiente para a resolução das questões de saúde relativas ao assunto.

Ficou constatado que a rotina de trabalho rígida, centrada na produção de serviço, na qual o profissional atende a um grande número de pessoas em um curto intervalo de tempo, dificulta o exercício do cuidado integral e a orientação para o autocuidado.

Para Tronto (1997), é preciso preocupar-se com outros valores, pois questionamentos isolados não dão conta de conhecer o objeto cuidado. Provavelmente, temos que saber algo sobre o contexto em que se dá a relação entre quem presta o atendimento e quem recebe.

A insuficiência do atendimento programático implica a busca de novos conhecimentos para desenvolver mais autonomia no cuidar e melhorar a qualidade desse serviço.

Ciente desses aspectos, passei a dedicar aos pacientes sob meus cuidados, um atendimento mais humanizado, a ouvir e a entender as histórias pessoais sobre a convivência deles com a diabetes. Dessa forma, pude perceber a discrepância entre a terapêutica recomendada pelo programa às pessoas e a realizada por elas e compreendi que as ações do programa eram verticalizadas, descontextualizadas e distante das reais necessidades dos beneficiários que, por tais razões, tinham dificuldades de mudar o comportamento e aderir ao tratamento.

Desejava prestar um cuidado, qualificado, resolutivo, voltado, efetivamente, para as necessidades das pessoas com diabetes. Mesmo assim, as hospitalizações cresciam, e fui identificando, de forma ainda incipiente, os motivos que justificavam esse fato.

Inúmeras são as razões, sob o ponto de vista funcionalista e epidemiológico, que levam essas pessoas à complicações e internações hospitalares, dentre as quais, podemos destacar as de causas institucionalizadas, como, excesso de usuários do serviço de saúde e aquelas relacionadas à adesão ao tratamento. Evidenciam-se, também, poucos investimentos nos cuidados às pessoas com diabetes na rede básica, a necessidade de reformulação na política local de atenção aos diabéticos.

Pude constatar, na prática, que as orientações técnicas ainda não são condizentes com a realidade vivenciada por essas pessoas, que muitos profissionais não consideram os valores psicossocioculturais a elas inerentes, e isso vem dificultando o controle metabólico e propiciando o aumento das hospitalizações.

Não se pode negar a necessidade de os profissionais de saúde repensarem e reestruturarem suas práticas. Esse pensamento encontra apoio na afirmação de Simmons (1989), quando chama atenção para a necessidade do profissional de saúde associar saberes que envolvem a subjetividade do paciente aos sistemas biológico, psicológico e sociocultural, de forma que se possa contribuir para os ajustamentos ao tratamento e às limitações das pessoas enfermas no seu dia-a-dia.

Parece ser necessário transpor a percepção técnica e incorporar a afetividade, a palavra e o gesto corporal, valorizando a história de cada cliente e as suas relações sociais, nas quais eles estão envolvidos (OLIVEIRA, 1998).

Nessa perspectiva, identifiquei como pressuposto: *a forma como é acompanhada a pessoa com diabetes na Rede Básica e a capacitação da equipe de saúde para lidar com a diabetes podem influenciar nos determinantes da hospitalização dessas pessoas.*

Acredito que, se os serviços de saúde realizarem a detecção precoce e um tratamento mais rigoroso para as complicações crônicas, eles haverão de estimular a adesão ao tratamento e a prevenção dessas complicações. Para preveni-las, muitas ações devem ser desenvolvidas tanto pelo serviço quanto pelos profissionais, os quais devem ser mais motivados para atuarem.

Diante da relevância do problema, busco construir o conhecimento sobre os determinantes de hospitalizações das pessoas com diabetes através de suas narrativas, centrando nos aspectos físico-funcionais e em outras variáveis subjetivas relacionadas ao seu *mundo-vida*. Com esse empenho, espero contribuir para a construção do pensamento científico que conduza a enfermagem à reflexão sobre o assunto.

Ainda, acredito que este trabalho possibilite o enriquecimento de uma relação igualitária e interativa entre a(o) enfermeira(o) e a pessoa com diabetes, conhecendo as suas dificuldades, adequando o atendimento à sua realidade, proporcionando-lhe, além da harmonia biológica, a preservação das relações sociais, afetivas, culturais e, dessa forma, motive-a para viver com mais qualidade de vida.

Diante do revelado, recorri ao auxílio das ciências, a exemplo da psicologia social e a psiquiatria, a fim de entender os sentimentos das pessoas com diabetes, como determinantes das hospitalizações. Com a mesma finalidade fiz uso do Manual do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes (2002).

A delimitação do assunto foi feita em função deste questionamento: Que determinantes levam as pessoas com a diabetes tipo 2 à hospitalização?

Com a intenção de respondê-lo, sigo na direção desses objetivos:

GERAL

Analisar os determinantes de hospitalização, a partir das narrativas de pessoas com Diabetes tipo 2 assistidas na rede básica, em um hospital público no município de Feira de Santana-BA.

ESPECÍFICO

Investigar os determinantes da hospitalização de pessoas com diabetes atendidas na rede básica, relacionados aos aspectos psicossocioculturais e às complicações.

A leitura deste texto contendo 5 capítulos permitirá uma visão das etapas seguidas pela pesquisa realizada.

O primeiro capítulo, que se refere ao objeto de estudo, contém algumas considerações sobre esse objeto, quanto a sua situação atual e como tem se apresentado no ambiente de saúde bem como a maneira como será tratado.

No capítulo dois, caracteriza-se a Diabetes Mellitus, comenta-se sobre sua incidência no Brasil e no mundo, sobre a organização do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária para o atendimento à pessoa com diabetes, bem como a situação da hospitalização por diabetes devido ao crescente índice de internamento.

O capítulo três ocupa-se dos aspectos metodológicos referentes ao estudo, especificando o local, os sujeitos e o modo de obtenção e avaliação dos dados e considerações éticas.

O capítulo quatro apresenta os resultados à luz dos discursos e sua análise e, por último, o capítulo cinco dispõe sobre as observações e inferências com base nos resultados obtidos mediante o estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 REVISITANDO AS ORIGENS, A CLASSIFICAÇÃO E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DIABETES MELLITUS

A palavra diabetes deriva do grego e significa “passar através de um sifão”, e mellitus vem do latim e traduz-se como “mel”, daí, a denominação Diabetes Mellitus (DM) (BELAND; PASSOS, 1979, p.182). Segundo Oliveira; Monteiro e Araújo (2003), a DM pode ser caracterizada por hiperglicemia decorrente de defeitos na secreção e ou ação da insulina.

O mesmos autores afirmam que a DM faz parte de um grupo de distúrbios metabólicos, de etiologia múltipla, caracterizado, clinicamente, pelo desenvolvimento, em longo prazo, de complicações, microvasculares e microangiopatias.

A classificação da enfermidade toma por base a sua etiologia. Segundo Dias; Soares; Rezende (2002), há tipos específicos da diabetes, definidos por defeitos genéticos na função das células betas do pâncreas; na ação da insulina ou ainda por doenças pancreáticas como: pancreatite, neoplasias, fibrose cística. Há, ainda, aqueles casos induzidos por drogas diuréticas, corticóides, betabloqueadores e contraceptivos, além da diabetes causada por produtos químicos.

O Consenso Brasileiro sobre Diabetes Mellitus (2002) classifica essa enfermidade em dois tipos: a DM tipo 1, resultante, primariamente, da destruição das células beta pancreáticas, com pouca influência hereditária, decorrente de doenças auto-imunes, correspondendo de 5% a 10% dos casos, é observado em crianças e adolescentes que passarão a usar insulina por toda vida (SILVA; BID, 2002).

Para Beland e Passos (1979), a DM tipo 2 acomete 90% da população diabética adulta. Seu tratamento não depende de insulina, sua apresentação, muitas vezes, é insidiosa. Envolve graus variáveis de resistência à insulina, redução à captação da glicose e deficiência relativa de insulina quando as alterações são caracterizadas pela resistência à insulina no músculo, no fígado e no tecido adiposo, decorrente das disfunções das células beta pancreáticas.

Para Zecchin e Saad (2002), o diagnóstico da DM tipo 2 ocorre, na maioria dos casos, a partir dos 40 anos de idade, embora possa ser detectada em outras faixas etárias. Há evidências de que a Diabetes tipo 2 é uma doença hereditária, com explicações sobre a mutação do gene do receptor da insulina, o que, conseqüentemente, desencadeia a patogenia

de resistência insulínica.

A Diabetes tipo 2 apresenta início insidioso, com sintomas inespecíficos, podendo ficar silencioso durante anos, retardar o diagnóstico; não apresentar sintomas clássicos de hiperglicemia, como, poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento evoluindo com hiperglicemia, sem sintomas, de quatro a sete anos, podendo ser diagnosticado ao apresentar as complicações crônicas. Constitui forte componente hereditário, a prevalência aumenta com a idade, podendo chegar a 20% da população na idade de 60 anos ou mais (BRASIL, 2002a).

Assim, a metade da população brasileira com diabetes não sabe que tem a doença e só toma conhecimento desse diagnóstico quando participa das campanhas de detecção, ou em atendimentos de emergência quando do aparecimento de complicações agudas ou crônicas (BRASIL, 2002b). Passando a fazer parte de um grupo de risco para doenças cardiovasculares, dentre elas, infarto do miocárdio, acidente vascular, insuficiência renal, entre outras, que podem levar à morte súbita (BRASIL, 1998).

Os parâmetros bioquímicos para o controle metabólico envolvem: glicosúria, cetonúria, glicemia capilar, proteína sérica glicada, glicemia em jejum e pós-prandial (BRASIL, 2002b).

A DM tipo 2 tem como fatores de risco: idade, excesso de peso, sedentarismo, hipertensão arterial, doenças coronarianas, mães de filhos com macrossomia, mulheres com história de abortamento ou repetição de mortalidade pré-natal. Mas, também, pode ser devido ao uso de medicações hiperglicemiantes entre outros (ZECCHIN; SAAD, 2002).

Afirmam, ainda, esses autores que, das pessoas acometidas por Diabetes tipo 2, aproximadamente 25% a 30% dos casos requerem insulina para seu controle metabólico. No Brasil, esse percentual reduz-se para 8%, devido à insegurança dos prescritores na indicação da insulina para essa doença, ou por tratamento inadequado.

Há, também, a diabetes gestacional, que se desenvolve pela diminuição da tolerância à glicose de forma variável, no período gestacional, e reveste-se de risco materno letal se não for detectada precocemente e, adotados tratamentos imediatos com insulino-terapia e outros. O aumento da glicose na gravidez pode persistir ou deixar de existir (OLIVEIRA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2003).

A partir do século XX, houve um aumento considerável da prevalência da diabetes no Brasil e no mundo. Para compreender melhor o aumento sensível da prevalência da diabetes no mundo, Lessa (1994) explica que as rápidas e profundas modificações socioeconômicas e políticas que vêm ocorrendo na sociedade brasileira, assim como o progressivo aumento dos níveis de industrialização, determinam alterações na forma de viver, pela ingesta excessiva de

alimentos, preferências dietéticas por alimentos ricos em hidratos de carbono e gordura animal, que podem levar a hipercolesterolemia, obesidade, inatividade física, e sedentarismo. Todos esses fatores podem levar ao diabetes mellitus.

Em 1995, o diabetes atingiu, mundialmente, uma população adulta de 4%, em 2025 estima-se que essa cifra chegue a 5.4%, com uma concentração maior na faixa etária entre 45 e 64 anos. A Declaração das Américas (1999) admitiu que a DM constituiu uma pandemia global, pois, em 1996, viviam nas Américas 30 milhões de pessoas com diabetes. Até o ano de 2010, o número de casos pode ultrapassar os 45 milhões, tornando-se um problema de saúde pública de grande dimensão; causando preocupações em todos os países do mundo (BRASIL, 1995).

Segundo Rouquayrol (2003), no Brasil, todas as transformações no modo de vida das pessoas aconteceram por conta da migração da população da zona rural para a urbana, associada à industrialização, urbanização, de modo que melhoraram os avanços na medicina, aumentou a expectativa de vida humana, aperfeiçoou-se a força de trabalho, repercutindo na diminuição da morbimortalidade por infecções parasitárias e permitindo um aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas, entre elas, o diabetes.

No Brasil, a prevalência da DM varia de 5.2 a 9,7% nos diferentes centros urbanos, sendo que as regiões Sul e Sudeste apresentam o maior percentual. Um estudo realizado em nove capitais brasileiras aponta prevalências diferenciadas, de acordo com a faixa etária, de 3% a 17%, nas faixas etárias de 30 a 39 anos e de 60 a 69 anos, respectivamente. Entretanto, pessoas com excesso de peso ou história familiar de diabetes apresentam maiores riscos de ter diabetes ou intolerância à glicose (TOSCANO, 2004).

No grupo das doenças crônico-degenerativas, estão as cardiovasculares, as respiratórias crônicas, o câncer e a diabetes. Tais doenças demandam uma assistência continuada dos serviços de saúde com ônus progressivo devido ao envelhecimento da população (ACHUTTI; AZANBUJA, 2004).

A diabetes mellitus é uma doença crônico-degenerativa, metade das pessoas que a têm ignoram, porque ela evolui silenciosamente, sem apresentar sintomas notórios, e esses, por vezes, são identificados no atendimento das complicações. Quase $\frac{1}{4}$ da população diabética, além de desconhecer a enfermidade, não faz nenhum tratamento. Embora o tratamento já tenha evoluído bastante, a qualidade está muito aquém do desejável, permitindo labilidade no controle glicêmico (SBD/SBEM, 1999).

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (1999), a hiperglicemia é responsável pela quarta causa básica de morte no Brasil, pela principal causa de cegueira adquirida, por levar

os diabéticos a terem duas vezes maiores chances de desenvolver doença coronariana e derrames cerebrais. Os pés diabéticos concorrem com 50% a 70% das amputações não-traumáticas (SBD, 1999). Se a prevenção fosse mais enfatizada, tantos males poderiam ser reduzidos e vidas poupadas.

As causas mais comuns de hiperglicemia são: a alimentação em excesso, falta de exercícios físicos, medicações insuficientes, stress, entre outros, que levam a total descontrole metabólico. A hiperglicemia pode se apresentar de forma sintomática e assintomática induzindo a um estado de morbidade múltipla decorrente das complicações agudas e crônicas, se tornando uma ameaça para a vida humana (OLIVEIRA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2003).

Uma das estratégias para controlar a hiperglicemia é a atividade física, que ajuda a combater e vencer a resistência à insulina e o sedentarismo, podendo favorecer a captação da glicose na musculatura esquelética, aumentando o transporte da glicose, assim como, o fluxo sanguíneo, contribuindo para maior disponibilidade de insulina para os tecidos periféricos. Outras táticas para controlar a glicemia podem ser a modificação na alimentação de cada pessoa assim como a motivação de bons hábitos de vida (OLIVEIRA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2003).

É importante que se faça o reconhecimento da hiperglicemia, por ela apresentar situações clínicas freqüentes na prática do tratar e do cuidar, por causar desconforto físico, psíquico, repercutindo na qualidade de vida do indivíduo. O diagnóstico preciso deve chegar mais próximo possível da causa básica para proceder o tratamento efetivo (GROSS; SILVEIRO, 2004).

As considerações que se vêm de fazer levam a concluir pela pertinência do diagnóstico precoce dessa síndrome metabólica, da identificação das possíveis causas de hiperglicemia, aventando as possibilidades do controle metabólico, a fim de se adotar conduta terapêutica adequada para o acompanhamento e tratamento da doença. Em atenção a esse parecer, estaremos apresentando, adiante, destaques dos aspectos terapêuticos dessa doença.

2.2 ABORDANDO OS ASPECTOS TERAPÊUTICOS E AS COMPLICAÇÕES DA DIABETES MELLITUS

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), o tratamento da DM tipo 1 envolve a aplicação de insulina diariamente, a dieta balanceada e a realização de exercícios físicos, visto

que há uma deficiência na produção de insulina pelo organismo.

Como a resistência à insulina está associada à obesidade, o tratamento básico da DM tipo 2 é a perda de peso. Os exercícios físicos são igualmente importantes para estimular a eficácia da insulina. Os agentes hipoglicemiantes orais podem ser acrescentados, caso a dieta e os exercícios não sejam bem-sucedidos no controle dos níveis sanguíneos de glicose. Quando as doses máximas de um dos agentes orais falhar na redução dos níveis de glicose até um limiar satisfatório, outros agentes orais podem ser utilizados, podendo acrescentar na terapia a insulina com agentes orais, ou os pacientes podem ser controlados apenas com insulinoterapia (SMELTZER; BARE, 2002).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus traz como principais estratégias para o tratamento da DM: educação para a saúde, modificação no hábito de vida, busca pelo peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras saturadas e bebidas alcoólicas, assim como e adesão ao tratamento (BRASIL, 2002b).

O tratamento deve ser individualizado respeitando-se a idade do paciente, doenças associadas, capacidade de percepção da hipo e hiperglicemia, estado mental, cooperação do paciente e condições socioeconômicas (BRASIL, 2002b).

O tratamento medicamentoso depende do grau de descontrole metabólico, condição geral do paciente, capacidade de autocuidado e motivação, entre outros. Existem várias escolhas para o tratamento, entre essas, o não-medicamentoso, o medicamentoso à base de antidiabéticos orais, e a insulina, bem como, os cirúrgicos.

Hoje, tem se incluído, no tratamento insulinoatérapico para paciente com DM tipo 1, o uso de bombas de insulina, o que oferece, ao paciente, uma melhor qualidade de vida. Esse tratamento está voltado para a relação entre a ingesta de carboidratos e o uso de insulina, porém ainda está pouco difundido entre os pacientes devido ao alto custo para sua aquisição e à necessidade de um bom grau de instrução para o seu efetivo manuseio.

Outra novidade para os pacientes com Diabetes tipo 1 e 2 é a contagem de carboidratos da dieta para ingesta de medicação, seja insulina ou antidiabético. Essa terapia é ainda pouco difundida pela dificuldade de compreensão da relação alimentação-medicação pelos pacientes. Porém, oferece melhor qualidade de vida, bem como as cirurgias de redução de estômago. Essas cirurgias apontam para a possibilidade de se reduzir a quantidade de medicações ingeridas e administradas, como a insulina NPH e regular, em consequência, verifica-se uma melhora na adesão do tratamento, redução das complicações, dando lugar à esperança de melhores dias de vida.

Entende-se como complicação o estado accidental ou moléstia secundária, decorrente de um processo primário e agudo de instalação brusca e evolução rápida com sintomas pronunciados e ou crônicos, quando se refere ao tempo prolongado, ou de longa duração (BLAKISTON, 1982).

Lima (2002) recorda que, antes da descoberta da insulina, o diabético tipo 1 tinha cerca de vinte meses de vida. Esse medicamento salvou e salva muitas vidas e alivia sofrimentos humanos. Com sua descoberta e uso, melhorou a prevenção e tratamento das complicações agudas. Porém, as complicações crônicas continuam sendo uma ameaça à vida dos diabéticos, pelo fato de a hiperglicemia causar lesões graves nos órgãos.

Uma matéria publicada por Neiva, Pastore (2003 p.81), informa que a falta do controle metabólico contribui para hiperglicemia prolongada, desencadeando lesões na micro e macrocirculação triplicando o risco de derrame, com morte em cerca de 25% dos diabéticos por erosão das paredes internas dos vasos sanguíneos do cérebro. A reportagem refere, ainda, que o excesso de açúcar no sangue facilita o acúmulo de colesterol LDL e triglicéride nas artérias do coração, o primeiro passo para o infarto. Os rins comprometidos se transformam em uma das principais causas de morte por insuficiência renal crônica, devido aos tecidos internos dos rins edemaciarem, levando a falência total dos órgãos. Já o pênis com distúrbios circulatórios e do sistema nervoso leva cerca de 10 % dos diabéticos a sofrerem de impotência sexual.

Entre as complicações agudas causadas pela DM, estão a hipoglicemia, a cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar.

A **hipoglicemia** se caracteriza pelo nível de glicose menor que 60 mg/dl, podendo apresentar-se em pacientes usando insulina, em idosos em tratamento com sulfoniluréias, em pessoa acometida por insuficiência renal e neuropatia autonômica, ou mesmo por omissão alimentar e as interações medicamentosas (GÔSSO; BRAGA, 2002).

Para esses autores, na crise de hipoglicemia, o diabético apresenta sinais e sintomas de descargas adrenégicas, como, tremores, sudorese, palidez, palpitações, fome intensa e outros sintomas de ordem neuroglicopênica, tais como, a visão turva com diplopia, tonturas, cefaléias, distúrbios de comportamento, convulsão, perda de consciência e até o coma.

Os autores complementam afirmando que o tratamento depende da intensidade da crise, do local de atendimento e do estado de consciência do paciente. O mais simples consiste em oferecer-lhe alimentos com sacarose, para reverter a diminuição do teor de açúcar, ou encaminhá-lo para atendimento hospitalar com tecnologia avançada e monitorização medicamentosa ou invasiva.

A monitorização mais oportuna é a prevenção, a fim de alertar para os sinais da crise hipoglicêmica, com ações práticas e simples, que podem ser desenvolvidas no domicílio ou no trabalho, minimizando os riscos de morte, em situações que podem ser evitadas.

A **cetoacidose** é uma descompensação metabólica grave, acometendo mais pessoas com diabetes tipo 1, caracterizada pela **hiperglicemia** elevada, concentração plasmática de corpos cetônicos e desidratação grave. O tratamento consiste nas condutas de rastreamento da cetonúria e glicemia, insulinoaterapia, hidratação e correção da acidose com uso de medicações específicas. Para que este tipo de crise não se instale, deve-se atentar para a prevenção que consiste nas seguintes medidas: evitar excesso de alimentação, não deixar de usar a insulina e monitorizar a glicemia capilar na evidência de sinais de hiperglicemia (GÔSSO; BRAGA, 2002).

Esses autores afirmam, ainda, que outra complicação hiperglicêmica é o **coma hiperosmolar**, com descompensação metabólica aguda que acomete mais o diabetes tipo 2, devido a hiperglicemia intensa, acima de 500mg/dl, com sinais e sintomas de poliúria, polidipsia, polifagia, hipotensão, necessitando tratamento hospitalar urgente.

Praticamente, todas as partes do corpo podem ser acometidas por alterações ocasionadas pela Diabetes Mellitus (DM) modificando o funcionamento do organismo e lesando órgãos pelo comprometimento vascular. Essas alterações levam as complicações crônicas a se apresentarem no decorrer de 5 a 10 anos após instalação da DM (KOVACS, 2002).

Os dados registrados pelo Ministério da Saúde demonstram que a falta de controle metabólico, após 15 anos da doença, acomete 2% dos indivíduos com cegueira e 10% com deficiência visual grave. Além disso, estimou-se que no mesmo período de doença, 30% a 45% apresentariam algum grau de retinopatia, 10% a 20% teriam nefropatia, 20% a 35%, a neuropatia e 10% a 25% doença cardiovascular (BRASIL, 1997).

Para Nehemy (2002), a visão das pessoas com diabetes pode sofrer muitas alterações por volta do quinto ano de instalação da doença. Em alguns casos, a **retinopatia diabética** é detectada no momento do diagnóstico do diabetes tipo 2. Após 10 anos da doença, cerca de 50% dos pacientes podem apresentá-la, após 15 anos cerca de 60 a 80%, tendo como sinais e sintomas a visão diminuída, edema macular, hemorragia e microaneurisma até a cegueira total se não for tratado. A prevenção deve ser encaminhar os diabéticos periodicamente para consultas com o oftalmologista, a fim de prevenir a catarata, o glaucoma e as úlceras de córnea, incentivar um bom controle glicêmico, manter realização de exames em tempo adequado para diagnóstico precoce, acesso e tratamento imediato.

Gross (1999) caracteriza a **neuropatia diabética** como distúrbio neurológico em pessoas com diabetes, numa proporção de 10 a 90% dos casos, dependendo dos critérios diagnósticos. Entretanto, 40% das pessoas com diabetes têm algum tipo de neuropatia, desencadeando limitações nos movimentos e até mesmo amputações. A instalação pode ser aguda ou crônica de caráter reversível ou irreversível, sendo mais comprometedora na DM tipo 2, pois cerca de 8 a 12% dos diabéticos ao tempo do diagnóstico já apresentavam a complicação, já com 25 anos de duração do diabetes, cerca de 50 a 60% dos diabéticos desencadeiam neuropatias apresentando; amiotrofias, gastroparesia, bexiga neurogênica, disfunção sexual e pé diabético.

Os sintomas se apresentam com queimação estomacal, parestesia, hiperalgesia, problemas térmicos com sensações de temperatura elevadas em partes do corpo, câimbras e fraqueza. Os tratamentos envolvem controle metabólico, manejo da dor, além de esquemas terapêuticos específicos. A prevenção do quadro depende do controle metabólico, da educação em saúde e aplicação de testes neurológicos básicos ou confirmatórios (GROSS, 1999).

A lesão nos pés de pacientes diabéticos denominada de “*pé diabético*” é tida como uma das complicações mais devastadoras, sendo responsável por muitas amputações, concorrendo com 50% das internações hospitalares. Os fatores de risco são muitos, entre eles os antecedentes de úlceras ou amputações, educação terapêutica insuficiente, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, insensibilidade, deformidade, calosidade, uso de calçado inadequado, tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia, patologias não ulcerativas como micose, bolhas, rachaduras e fissuras (LOIOLA; SCHIMID, 2002).

Esses autores recomendam o tratamento clínico ou cirúrgico, através da antibioticoterapia, curativos, desbridamentos, drenagens cirúrgicas ou até mesmo amputações. Medidas preventivas no serviço de saúde são imprescindíveis, como, exame físico nos pés, rastreamento com teste de sensibilidade, identificação dos fatores de risco, orientações de cuidados com os pés. São também necessários o autocuidado, como: evitar sapatos desconfortáveis, não andar descalço e evitar traumas nos pés, entre outros.

Para Rocha (2005), é possível considerar que o exame dos pés constitui uma das fases do tratamento dos programas de prevenção do pé diabético, e as ações educativas baseiam-se em comprovações clínicas objetivas e subjetivas, sendo importantes na determinação de riscos, quando a prevenção primária não pode ser realizada.

Outra complicação crônica que afeta a pessoa com diabetes é a **nefropatia**. Essa é uma doença que compromete os rins desenvolvendo a insuficiência renal levando muitos

pacientes a ingressarem nos serviços de hemodiálise. No diabetes tipo 2, afeta até 40% dos portadores com mais de 20 anos da doença. A equipe de saúde deve estar atenta para exames de função renal, visto que cerca de 40 % dos pacientes com diabetes podem ter nefropatia e morrem no primeiro ano de tratamento nos centros de diálises e hemodiálises (GROSS, 1999).

Para reduzir ou controlar todas as complicações agudas ou crônicas, há a necessidade de união de esforços entre a população diabética, serviços, governos e associações científicas preocupadas com o cuidar e tratar das pessoas com diabetes, para que possam desenvolver novas estratégias, para oferecer melhores condições de prevenção e combate a tão devastadora doença.

Segundo Kovacs (2002 p.446), “Viverão mais aqueles que conhecerem a doença, praticando os cuidados necessários exigidos por ela...”.

O cuidar é lembrado por Rossi (1991, p.16-21) como responsabilidade, termo tão procedente neste estudo, porque denomina como responsáveis pelo cuidado para evitar complicações diabéticas tanto o paciente cuidador de si, quanto a família ou as unidades de saúde. Todos são cuidadores e responsáveis pelo cuidar.

Para Watson, *apud* Zagonel (1996, p.21), a cura da doença é do domínio da medicina, mas o cuidado constitui atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade. Importante que as medidas até aqui direta ou indiretamente apontadas no decorrer dessa exposição, referentes ao controle da diabetes sejam encaradas com a seriedade que o problema merece. Em especial espero que este trabalho contribua para melhorar o cuidado prestado pelos enfermeiros.

2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SUA ESTRUTURAÇÃO E A REDE BÁSICA

Grande parcela da população brasileira não possui cobertura de plano privado de saúde e recebe atendimento público, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (HAM, 1997).

O SUS consiste em um Sistema de Saúde Público Brasileiro, que propõe atendimento universal aos brasileiros, em acesso universal (para todos), equânime (com justa igualdade),

com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral) (BRASIL, 1997). Tem como objetivo prevenir e identificar os fatores determinantes para a saúde, reduzindo os riscos das doenças e outros agravos, bem como estabelecer condições que assegurem acesso universal, igualitário às ações e aos serviços de prevenção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2005). De forma hierarquizada pelos níveis: primário (rede básica), secundário e terciário (MENDES, 2002).

O SUS tem como princípios e diretrizes: universalidade ao acesso, integralidade e igualdade da assistência, participação da comunidade, descentralização com comando único em cada esfera de governo, regionalização, hierarquização, intersetorialidade, cooperação e eficiência dos gestores e eficácia dos serviços, assim como, o direito à informação em saúde, utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática (BRASIL, 2005).

Assim, o modelo de atenção à saúde, ainda, é baseado na realização de procedimentos, em saberes clínicos positivistas, nas ações médico – curativas, mas tem procurado desvencilhar do “modelo clínico” centrado no saber epidemiológico e nas ações preventivas - sanitárias (MEIHY, *et al*, 1997).

Com toda a evolução pela qual vem passando o SUS, o desenho da assistência é ainda modelado na perspectiva biologicista, por meio de relações burocráticas, frias e com pouco vínculo humanístico e sensível. Contrapõe-se ao cuidado integral e humano e responde pouco aos seus próprios princípios e às necessidades de saúde do povo. O fundamental é que o Sistema de Saúde busque uma política de saúde que priorize a diversidade da realidade brasileira, com resolutividade e satisfação do usuário (SILVER, 1992).

A terminologia Atenção Básica foi criada pelo Ministério da Saúde, na década de 1980, para designar as ações a serem desenvolvidas na Rede Básica, diferenciando-a da proposta da estratégia de saúde da família e a dos cuidados primários de saúde (TESTA, 1989). Atualmente, alguns autores vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida, por Rede Básica (MENDES, 2002).

A rede básica oferece um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde da população de maior frequência e relevância. Essa rede é o contato preferencial dos usuários, uma importante porta de entrada na rede de saúde que pode reorganizar e hierarquizar a continuidade da assistência nos demais níveis de atenção, ou seja, no secundário ou terciário, proporcionando recuperação e a autonomia do indivíduo em seu modo de viver (BRASIL, 2003).

O seu funcionamento deve ser integrado e hierarquizado ao sistema de saúde, permitindo o acesso fácil ao cuidado e a identificação das necessidades da população com participação comunitária, (VUORI, 1988). Deve ser capaz de resolver cerca de 80% da demanda dos serviços de saúde de uma comunidade, encaminhando 5 a 20% dos casos para serviços de referência e rede hospitalar (TAKEDA, 2004). Esse atendimento, porém, está ainda voltado para o modelo assistencial hospitalocêntrico e tem demonstrado incapacidade para atender as necessidades da população (MENDES, 1996). Desse modo, precisa-se investir mais, no atendimento das demandas reprimidas e das necessidades desprezadas (TEIXEIRA, 2004).

Evidencia-se assim a dificuldade em assistir pessoa com esse padrão de atenção, por haver, ainda, desestruturação dos serviços, escassez de recursos humanos e de profissionais generalistas com conhecimento de várias áreas, para resolver de 85% a 90% dos problemas de saúde da população. Uma outra vertente é a predominância do paradigma biomédico, privilegiando o atendimento da alta complexidade (MENDES, 1999).

Essas e outras considerações direcionaram o Ministério da Saúde a reorganizar a rede básica de saúde através da Estratégia de Saúde da Família (FAUSTINO et al, 2004). Tal estratégia oferece uma assistência com maior cobertura de grupos populacionais por área adstrita, investindo em equipes multiprofissionais integradas que possam compartilhar os problemas de saúde com a comunidade, buscando soluções centradas nos princípios da integralidade e do cuidado (STARFIELD, 1998).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, assumindo responsabilidade pelo acompanhamento das mesmas (BRASIL, 2004b).

Para Mendes (1996), uma parcela da população que deveria ser atendida na rede básica para prevenção dos problemas de saúde, é perversamente direcionada para a alta complexidade, aumentando a dor, o sofrimento, dificultando o acesso ao tratamento e favorecendo o agravamento das incapacitações, e mortes prematuras.

O sistema hospitalar passou a ser detentor de maior recurso financeiro para manter tecnologias duras e frias, quando esses recursos deveriam ser empregados em maiores investimentos na atenção primária para desenvolver ações de prevenção e controle das doenças (MENDES 1996).

Na intenção de reduzir internações por doenças crônico-degenerativas, entre elas a

diabetes mellitus, o Ministério da Saúde reorganizou a rede básica para atenção a essa enfermidade que teve seu programa criado na década de 1980 (LESSA, 1998). Em 2001 o programa passou por uma reorganização para investir na prevenção da diabetes mellitus e hipertensão arterial a fim de reduzir a hospitalização (BRASIL, 2002b).

2.4 O CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA REDE BÁSICA

A diabetes mellitus, com frequência, leva o indivíduo à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para ele próprio, a família e a sociedade. Quando diagnosticada precocemente, as chances aumentam de evitar complicações ou a progressão retardada das já existentes. Investir na prevenção é decisivo, para garantir a qualidade de vida, como também, para evitar gastos, principalmente, quando se considera o grau da tecnologia da medicina moderna (BRASIL, 2002a).

O Ministério da Saúde, através da Norma Operacional Básica (NOB), recomenda um série de medidas que devem ser implementadas para reduzir os agravos das inúmeras doenças crônico-degenerativas, entre elas, o diabetes. Essas medidas são as preventivas e de promoção à saúde (ações educativas na prevenção de complicações), diagnóstico precoce (investigação dos fatores de risco), cadastramentos dos portadores (alimentação do sistema de informação), busca ativa dos casos (visita domiciliar), tratamento dos casos diagnosticados (acompanhamento ambulatorial, fornecimento de medicações e de curativos), monitorização da glicose (glicemia capilar nas unidades), diagnóstico precoce de complicações (realização ou referência laboratorial, e realização de ECG), atendimento de urgência (atendimento das complicações agudas), encaminhamento dos casos graves para outros locais com maior nível de complexidade e agendamento do atendimento (NOB, 1996).

Estudos indicam que é possível deter o diabetes. Nessa perspectiva, um grupo de estudiosos de vários países reuniu-se em Washington, em 1974, na sede da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para discutir sobre as estratégias mais adequadas à assistência de pessoas com diabetes através das organizações dos serviços de saúde.

Dessa reunião, originou-se um documento nomeado de Plano Estratégico de Atenção ao Diabetes, contendo estratégias de combate a esta patologia, o qual foi encaminhado e recomendado aos países das Américas e de todo o mundo. Esse plano continha a

reorganização dos serviços, bem como a qualificação dos recursos humanos de saúde em todos os níveis, para oferecer às pessoas com diabetes maior conforto e qualidade de vida (OPAS, 1974).

No Brasil, o Ministério da Saúde vem implementando o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à DM desde o ano de 2001 (SPS/MS 2001 *apud* TOSCANO, 2004).

Esse Plano priorizou no país a capacitação dos profissionais de saúde em todos os níveis, desenvolveu ações direcionadas à reestruturação das unidades básicas de saúde, além da organização e sustentação da assistência farmacêutica (BRASIL, 2001b).

Ainda, estabeleceu diretrizes e metas a fim de garantir o diagnóstico precoce e a vinculação do paciente às unidades básicas de saúde, para tratamento e acompanhamento resolutivo e de qualidade, visto que o controle da enfermidade tem se mostrado eficaz na redução de complicações e da morbimortalidade (TOSCANO, 2004).

Na seqüência, deflagrou a campanha de detecção precoce da diabetes, nas unidades básicas de saúde, para a faixa etária acima de 40 anos e, em todo país, foram realizados 22 milhões de glicemias capilares, esperando detectar 290.449 casos novos de diabetes, os quais deveriam ser cadastrados e vinculados às unidades de saúde da rede básica, com a finalidade de proporcionar à pessoa com diabetes, acompanhamento ambulatorial, laboratorial e farmacêutico (BRASIL, 2001b). Dessa forma, a atenção ao diabetes foi descentralizada para as unidades básicas de todo país.

No entanto, é importante analisar se o sistema de saúde está preparado para oferecer tratamento adequado aos casos de diagnóstico de DM detectados (TOSCANO, 2004). As internações e reinternações constituem um indicador da assistência na comunidade e diz muito sobre as ações dos serviços para a população. Já a reinternação pode estar associada à deficiência terapêutica (WILLIAMS et al *apud* TAVARES 2006).

Para Tavares (2006), os fatores biológicos, ambientais e de organização dos serviços de atenção primária assim como o estilo de vida podem agir favorável ou desfavoravelmente para as hospitalizações e pré-hospitalizações.

2.5 HOSPITALIZAÇÃO POR DIABETES MELLITUS

O processo de internamentos do DM decorrentes do atendimento da rede básica

provoca superlotação nas emergências e nos hospitais, com falha de eficácia na resolução de problemas. Essa assistência torna-se incompleta e descontextualizada porque não contempla o atendimento clínico e especializado, permitindo desencadear nesta clientela freqüentes problemas como: osteo-articulações, problemas de fundo emocional e as doenças crônicas degenerativas (CECILIO, 1997).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, essa enfermidade constitui a sexta causa mais freqüente de internação hospitalar e, 30% dos pacientes internados com dor precordial em unidades coronarianas intensivas são diabéticos (CHACRA, 2001).

O Sistema Único de Saúde (SUS), do Brasil, para proporcionar atendimento à população, disponibilizava até 2001 uma rede de saúde com atendimento hierarquizado, distribuída em uma infra-estrutura de 63.650 unidades ambulatoriais; 5.800 unidades hospitalares, com 440 mil leitos, onde 27,4% das internações realizadas ocorrem em consequência de condições compassivas da rede básica (MENDES, 2001).

O aumento da prevalência e a gravidade das complicações tornaram-se as principais causas de hospitalização no Brasil, consequência de um sistema de saúde despreparado para o atendimento gerando acúmulo de clientes em alguns serviços, tendo como uma das causas a ineficácia do tratamento que os direciona para o internamento hospitalar (FRAIGE FILHO, 1999, *apud* SALES, 2003).

Alfradique e Mendes (2002) examinando todas as internações do SUS, em 2001, mostrou que, de um total de 12.426.111 internações, 3.405.452 foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial, o que significou 27,4% das internações totais. Essas internações, desnecessárias, poderiam ser prevenidas pela rede ambulatorial.

Para Tavares (2006), os indivíduos com diabetes apresentam maiores taxas de hospitalizações comparados aos que não são diabéticos. Sendo que 40% dessas pessoas com diabetes não possuem menção dessa patologia no boletim de alta hospitalar (AUBERT, *apud* TAVARES, 2006).

Franco e Rocha (2002) afirmam que, durante o período entre 1997 e 1998, houve um aumento de 14,3%, nas hospitalizações por causas gerais e, por diabetes, o aumento foi de 53%.

Conforme Pedrosa (1997), os hospitais Universitários, nas unidades de endocrinologia, comportam 51% das hospitalizações com tempo de permanência de, aproximadamente, 90 dias sendo essas em consequência de lesões graves nos pés.

Entre 1999 e 2002, os autores Baptista; Ribeiro; Carvalheiro (2006) realizaram um estudo com 242 processos avaliando o número e as características dos diabetes internados

com idade acima de 80 anos. Observou que os motivos mais frequentes dos internamentos, entre outros, foram hiperglicemia grave (20,6%), existência de úlceras dos membros inferiores infectadas ou necróticas (16,5%), sendo que 43% do total dos doentes tinham síndrome infecciosa associada.

Rocha (2003), em seu estudo com 33.930 resumos de altas, em 80 hospitais em Lisboa, sobre adequação da admissão ao internamento por diabetes mellitus, verificou que houve um conjunto de admissões inapropriadas (precoces e tardias), metade dos episódios de internamentos por diabetes era devido à problemática da acessibilidade e da organização do sistema. Salientando que as admissões tardias corresponderam ao tipo de admissão mais frequente, demandando uma maior utilização de recursos e resultando em maior taxa de mortalidade. Os resultados também sugerem que os hospitais com maiores taxas de admissões tardias, apresentam pouca “disponibilidade” para admissões precoces, o que pode complicar o quadro do paciente, devido ao precário acesso ao serviço.

Signoretta (2005) também discorre sobre um estudo transversal no período de 2004 a 2005, com 58 pacientes atendidos no pronto-socorro e, hospitalizados por Diabetes *Mellitus* e outras patologias, em um Hospital de Caridade. Verificou que um conjunto de fatores pode desestabilizar a diabetes, como, patologias, complicações e outras alterações associadas.

Continua a autora referindo que, entre as complicações associadas, as que apareceram em maior relevância são: pé diabético, retinopatia diabética, polineuropatia, neuropatias, gangrena úmida e cetose; da associação com outras patologias, surgiram, entre outras, a hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, hipotireoidismo, insuficiência renal crônica, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva e pneumonia. E, entre as alterações associadas, houve ênfase para o fenômeno da madrugada e do entardecer, que dispõe sobre a toxicidade da glicose, e da hiperglicemia. Conclui que os pacientes são internados com diagnósticos de diabetes, mas sem sinalização das patologias, complicações e alterações associadas.

Ademais, acrescenta que, no atendimento a pessoas com diabetes na rede básica, observa-se precariedade de diagnóstico, devido ao fato da maioria dos médicos não terem condições de realizar diagnósticos precoces de DM por falta de atualização de conhecimentos, bem como a dificuldade de encaminhamento de pacientes aos endocrinologistas, superlotando os centros de referência com uma grande incidência de DM sem tratamento adequado e com diagnósticos precoces subestimados. Tem-se evidenciado que a disponibilidade de acesso à atenção primária constitui um fator potencial para reduzir a taxa de hospitalização por diabetes tipo 2. Nesse caso, os programas de manejo efetivos de controle contribuiriam para

dar resolutividade aos casos de DM na rede básica, evitando hospitalizações desnecessárias.

2.6 A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO AO DIABETES

A DM é uma disfunção crônica de inquestionável necessidade de controle e dificuldade em consegui-lo, devido à complexidade do tratamento e à interferência de fatores biopsicossociais envolvidos. Segundo a *ADJ - Associação de Diabetes Juvenil*, diante do diagnóstico de alguma doença crônica, tanto o portador quanto seus familiares costumam reagir utilizando-se de algumas atitudes para defender-se contra a realidade imposta até poder aceitá-la (MACHON, 2004).

O enfermeiro desempenha uma função importante no processo de adaptação da pessoa com diabetes a sua condição crônica. Cabe a ele, profissional da área de saúde, oferecer assistência contínua na forma de educação em saúde; utilizar estratégias para melhor percepção do cliente em relação à doença e investir na prevenção das incapacitações (ROSSI; BARBOSA, 2003).

No processo terapêutico, além de considerar os aspectos psicossociais, a aplicação organizada de técnicas e metas pré-estabelecidas tornou-se essencial com o objetivo de manter um bom controle metabólico. Por isso, a prevenção de complicações diabéticas é hoje prioridade de saúde pública impondo um desafio ao sistema público de saúde. É preciso a garantia de acompanhamento sistemático, assim como desenvolvimento de ações para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2004a).

Para sustentação teórica desses aspectos que vêm de ser indicados, utilizarei dois referenciais específicos: o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA, 2002) e Proposta Básica para Assistência ao Paciente Diabético no Município (BRASIL, 1999) e farei um paralelo entre os mesmos.

O Ministério da Saúde sugere que, aos programas futuros de diabetes, sejam incorporadas estratégias priorizando mudanças no estilo de vida como: mudança na alimentação, na atividade física entre outras. No entanto, para que isso ocorra, é preciso que o sistema de saúde esteja preparado para oferecer tratamento adequado (BRASIL, 2004a).

Para tanto, foi implantado um plano de assistência ao paciente com DM centrado em quatro ações básicas: campanha de detecção precoce de casos suspeitos de hipertensão

arterial; capacitação e atualização de profissionais de saúde que atuam na rede básica do SUS, visando diagnóstico precoce e motivação para adoção de estilo de vida saudável; confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e início da terapêutica com tratamento e acompanhamento, pós-cadastramento nas unidades básicas de saúde.

Esse plano teve como objetivo a redução do número de internações, a procura pelo pronto atendimento; nos gastos emocionais e sociais decorrentes das complicações, assim como prorrogar ou minimizar a mortalidade por complicações cardiovasculares (BRASIL, 2004a). Visa essencialmente melhorar a qualidade de vida da pessoa com diabetes, tem, por isso, considerável importância para o estudo ora apresentado.

A vivência como profissional de enfermagem tem mostrado que cuidar de pessoas com diabetes na rede básica constitui uma tarefa difícil. Vários fatores podem estar relacionados a essa dificuldade, dentre esses, a progressão rápida da doença quando não controlada, a dificuldade de inserir novas estratégias de tratamento envolvendo elementos psicossociais, educacionais, a reorganização da atenção à saúde, bem como, a dificuldade de acessar ações efetivas que previnam ou controlem as complicações micro e macrovasculares.

São muitas as ações do enfermeiro na assistência ao diabetes na rede básica, dentre as quais estão: a realização de consultas, de atividades educativas, o estabelecimento de estratégias que favoreçam a adesão do tratamento, a realização de glicemia capilar entre outras, (BRASIL, 2001a).

É fundamental que esse (a) profissional faça uma reflexão sobre as estratégias a fim de motivar a mudança no estilo de vida da pessoa com diabetes. Para esse fim, é necessário estar próximo ao paciente, conhecer seus anseios, suas necessidades, suas limitações e suas dificuldades com o tratamento. Bem como, criar condições e oportunidades para que ele possa ser capaz de identificar os possíveis riscos para complicações diabéticas e assim poder preveni-las.

Lidar com uma doença crônica, como a diabetes, requer também o uso de recursos psicológicos e ambientais a fim de viabilizar a convivência com o fato, para reduzir situações que ameacem a sobrevivência (GIMENES, 1997).

2.7 A ATENÇÃO AO DIABETES NA REDE BÁSICA NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA

A rede de saúde de Feira de Santana encontra-se habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal desde março de 2004. Encontra-se integrada nos três níveis de atenção: rede básica, média e alta complexidade.

O município de Feira de Santana tem, aproximadamente, 527.625 mil habitantes, com estimativa da programação e pacto da atenção básica 2005, com suspeita de 9.497 diabéticos no município (8% da população adulta maior que 40 anos).

A atenção à pessoa com diabetes na rede de saúde encontra-se hierarquizada, intregalizada, centrada no cliente, que tem como porta de entrada a atenção básica, ficando a média e a alta complexidade com as ações suplementares ou complementares.

Integralidade da assistência oferecida à pessoa com diabetes na rede de saúde do município perpassa por oferecer todos os serviços imprescindíveis ao atendimento e acompanhamento das necessidades desse cliente. Sejam esses serviços na atenção básica, apoio diagnóstico, procedimentos de média e alta complexidade, assistência farmacêutica, atenção à urgência e emergência, serviços especializados e internação hospitalar.

A rede de serviços de saúde do município é composta de 72 equipes de saúde da família, 13 centros de saúde, 05 policlínicas, 02 clínicas especializadas na rede municipal, 19 na rede privada, 01 hospital municipal, 01 estadual, 01 filantrópico e 03 privados, 01 centro de referência DST/HIV/AIDS com laboratório (SAE/CTA), 01 centro estadual, 01 unidade de referência em diabetes, 01 unidade de referência em atenção à saúde da mulher, 01 unidade de referência em dermatologia sanitária, 01 centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e drogas – CAPS –ad, 01 centro de atenção psicossocial infanto-juvenil CAPS i, 01 centro de atenção para transtornos mentais severos e persistentes - CAPS III.

Complementada, também, por 01 central municipal de diagnóstico por imagem (CMDI), 01 central de regulação e marcação de consultas de média complexidade, 02 unidades móvel médico-odontológica, 01 rede de frio, 01 unidade de referência em hipertensão, 01 centro de combate às endemias, 01 central de distribuição de: materiais e medicamentos, 01 UTI móvel, 05 unidades móvel básica, 01 centro de referência em saúde do trabalhador, 01 ambulatório de hepatologia, 01 centro municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino, 04 unidades 24 horas, 01 laboratório municipal, 01 estadual e 09 particulares, 02 clínicas de anatomia patológica particular.

A atenção básica constitui a porta de entrada do cliente no sistema de saúde do município. Tem como objetivos: identificar e vincular os pacientes, garantir o acesso ao atendimento e acompanhamento às pessoas com diabetes, realizar ações de prevenção, informações sobre ocorrência e acompanhamento e vigilância epidemiológica (BRASIL, 2002b).

A atenção básica constitui um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, voltado para a promoção da saúde e prevenção dos agravos, bem como às ações clínicas de tratamento e reabilitação dos problemas de saúde, com característica sustentada de não apenas atender aos usuários em um sistema de consultas, mas, de construir uma outra dimensão para o serviço: a dimensão do cuidado. É fundamental que haja promoção, educação para a saúde e assistência, com o estabelecimento de canais efetivos de interlocução e vinculação entre o serviço e o usuário. Neste local se dará a responsabilização integral pelo usuário, e é onde será feito todo o planejamento das ações de saúde do paciente (BRASIL, 2003).

Na atenção básica do município é que se dá o vínculo da pessoa com diabetes e a unidade básica de saúde. Há identificação das necessidades da pessoa pelas equipes de saúde, as quais definem as propostas terapêuticas em consonância com a equipe multiprofissional. O acompanhamento da evolução dos casos está integrado a outros níveis de atenção, quando necessário. A construção da atenção integral e de qualidade se faz pela resolubilidade na rede básica, procurando reduzir a necessidade de encaminhamentos por ser de responsabilização das equipes de saúde o cuidado que é prestado neste nível de atenção.

O Sistema de HIPERDIA da rede básica, até dezembro de 2005, cadastrou 8.105 pessoas diabéticas. Já em relação a 2004, foram cadastradas 5.532 pessoas com diabetes, comparado com o ano 2005, denota um crescimento de 30,2 % de novos diagnósticos de diabetes vinculados às unidades de saúde.

O modelo de atenção à pessoa com diabetes na rede de saúde de Feira de Santana está organizado da seguinte forma: Organização; Definição de protocolos técnicos e clínicos; Serviços de Referência. Por sua vez, o de gestão caracteriza-se por capacitação dos recursos humanos; sistema de informação; regulação de consultas e procedimentos, controle e avaliação social.

2.7.1 Protocolos clínicos

A Equipe de Referência da Atenção Básica para a pessoa com diabetes trabalha com o protocolo do Ministério da saúde (2002) que envolve o Plano de reorganização da

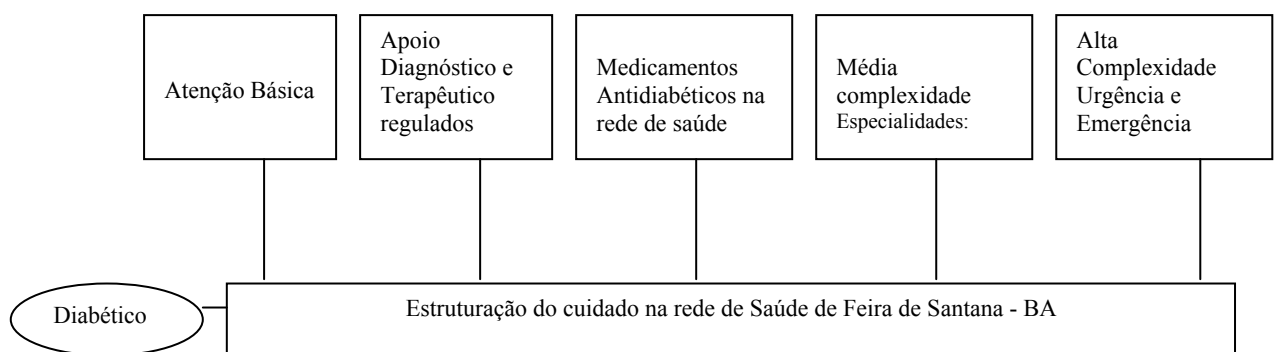
Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, com reajustes clínicos, os quais foram definidos pelas equipes do Departamento de Atenção Básica juntamente com especialistas da área do Centro de referência de Diabetes Mellitus. A equipe baseou-se nas diretrizes estabelecidas pelo último Consenso Brasileiro de Diabetes Mellitus, Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Sociedades científicas das especialidades. Esse protocolo é utilizado para as capacitações das Equipes da rede básica e para os profissionais de saúde.

2.7.2 Estruturação da rede

Foi criada uma Equipe de Referência ao diabetes, composta por 04 enfermeiras, 02 endocrinologistas, 02 nutricionistas, 02 angiologistas, 01 odontólogo, 01 assistente social, 04 técnicos de enfermagem, 01 digitador e 04 assistentes administrativos. Esses profissionais atendem no Centro de Referência e também fortalecem as equipes da Atenção Básica que assistem à pessoa com diabetes, visando complementar as ações da equipe de saúde da família.

2.7.3 Fluxo

A rede de saúde do município conta com 01 Equipe de Referência para Diabetes Mellitus para Atenção Básica e microrregião do município. O paciente sempre fica vinculado à unidade básica de saúde, à equipe da sua área de referência, que então é a responsável pelo cuidado integral aos cadastrados na área que ela abrange.



Nessa conjuntura, são realizadas atividades, como: consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas com nutricionistas, consultas odontológicas, curativos, imunização, acompanhamentos das pessoas com diabetes por agentes comunitários, além de realização de glicemias capilares, solicitações e acompanhamentos de exames laboratoriais e de imagens,

atendimentos de urgências, dispensações de medicamentos antidiabéticos, educação em saúde, ações de vigilância epidemiológica, atividades de lazer, encaminhamentos às especialidades e à rede secundária e terciária.

Nesse contexto, a porta de entrada para a pessoa com diabetes passou a ser a rede básica e, também, é essa rede a responsável por classificar o tipo de diabetes, diagnosticar as complicações crônicas, assim como, os diabéticos descompensados, insulino requerente, alterações na tireóide, separando a clientela que continuará sendo acompanhada pela atenção básica e os demais encaminhados para o centro de referência, onde serão atendidos pela equipe de profissionais especializados e, também, na unidade básica de saúde.

Em relação à monitorização glicêmica, foram distribuídos glicosímetros para as Unidades de Saúde, e é realizado dispensamento mensal de fitas reagentes. Outras vias de monitoramento glicêmico se fazem através de exames laboratoriais e de imagens, além do acompanhamento do agente comunitário vigiando a realização das glicemias.

2.7.4 Nível secundário

A rede secundária de saúde do município de Feira de Santana-BA configura-se pelas especialidades médicas pulverizadas por clínicas especializadas, policlínicas de pronto-atendimento e centros de referências municipais. Encontra-se fazendo parte desta rede o Centro de Referência Municipal de Atenção ao Diabetes (CRMAD).

O Centro de Referência Municipal de Atenção aos Diabetes é uma unidade de referência de média complexidade para assistência especializada às pessoas com diabetes mellitus e alterações na tireóide.

Atualmente, a entidade conta com outros serviços, como: sistema de marcação de consultas via telefônica e presencial, consultas para equipe multiprofissionais, aferição de sinais vitais, aferição de medidas, peso e altura, glicemia capilar, administração de medicamentos anti-hipertensivo, hipoglicemiantes orais e insulinas, monitorização da dispensação de medicamentos, treinamento com usuário para auto-aplicação de insulina, curativos em pé diabético, atendimento de urgência e emergência, observação clínica, transferência de pessoas com diabetes via SAMU para unidade de emergência, monitorização glicêmica, monitorização de faltosos, marcação de consultas especializadas e exames via central de regulação, encaminhamento ambulatorial especializado, assim como, de contra-referência, acompanhamento do atendimento à pessoa com diabetes nos três níveis de atenção

a saúde, dispensação gratuita de antidiabéticos orais, insulinas NPH e regular, dispensação de seringas para insulina, visita domiciliar, chamamento via telefônica para consultas reguladas, entre outros.

A assistência farmacêutica do CRMAD pauta-se no elenco de medicamentos legalmente amparado pela portaria do Ministério da Saúde nº 1.105/ GM, de cinco de julho de 2005, do anexo II. São dispensados os seguintes medicamentos para as pessoas diabéticas: Insulina NPH, Glibenclamida 5mg (comprimido), Metformina 850mg (comprimido) e o glucobay 50 mg. Além de dispensar outros medicamentos antidiabéticos necessários ao tratamento, os quais não são assegurados pelo Ministério da Saúde, entretanto, a Secretaria da Saúde disponibiliza através de uma avaliação com a assistente social e a equipe técnica segundo critérios que se integrem com comprovação da necessidade do tratamento.

No ano de 2005, o Centro de Referência Municipal de Atenção aos diabetes cadastrou 2.749 pessoas diabéticas e 1.585 casos de alterações na tireóide. Diagnósticos médicos detectaram 622 novos casos de diabetes mellitus, 678 novos casos de diabetes com hipertensão associada e 278 novos casos de diabetes associados com alterações nas tireóides. O número de consultas por complicações crônicas encontra-se em anexo.

Esperamos unir forças para prestar apoio de alcance sempre crescente, às pessoas diabéticas, idealizando e concretizando uma assistência que intervenha no comportamento da doença e melhore o dia -a- dia dessas pessoas.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Dentre os tipos de pesquisa existentes, a qualitativa afigurou-se a mais favorável para uma investigação, baseada em relatos de pessoas com diabetes, acerca da vivência com a doença e dos determinantes das hospitalizações a que são submetidos.

Quanto à metodologia, adotou-se o parecer de Minayo (2000, p. 22), cuja obra subsidiou o pretendido estudo, que a define *como um caminho e instrumento próprios de abordagem da realidade*.

O caminho para alcançar-se os objetivos foi direcionado pelos princípios captados mediante a fundamentação teórica que alicerçou o tipo de abordagem adotado na pesquisa.

O tipo de estudo, a metodologia, os instrumentos, as técnicas utilizadas, a circunscrição do campo de pesquisa, a análise dos resultados estão respaldados na autoridade dos autores que compõem as referências bibliográficas no final da dissertação.

A expectativa é que a pesquisa qualitativa, associada à técnica da história oral, revele através da percepção dos sujeitos sobre o fenômeno, uma compreensão bem próxima da realidade.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, fundamentado na técnica da história oral, que tem como objetivo analisar os determinantes de hospitalização a partir das narrativas de pessoas com DM tipo 2, internadas em num hospital público e assistidas na rede básica.

As pesquisas qualitativas são entendidas como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.” (MINAYO, 2000, p.10).

A pesquisa qualitativa se interessa pela qualidade do que se retrata, não sendo necessário determinar previamente o número de entrevistas, que devem ser suspensas quando suficientes para suprir as necessidades dos estudos. Nesse sentido, identificamos, intencionalmente, a partir das narrativas, os objetivos propostos sem necessariamente

determinar o número de entrevistados (LEOPARDI, 2001).

Para Gil (1999), o estudo exploratório tem por finalidade esclarecer conceitos, idéias objetivando explorar os questionamentos ao passo que o estudo descritivo pretende descrever o fenômeno contextualizando-o ao objeto do estudo, para compreender a realidade dos fatos. Nessa perspectiva, o escopo deste estudo foi esclarecer e descrever o fenômeno pesquisado.

Triviños (1987) afirma que um estudo tem caráter descritivo, quando pretende descrever com rigor os fatos e fenômenos de uma determinada realidade. Nesta situação particular, investigamos os determinantes das hospitalizações de pessoas com diabetes tipo 2 atendidas na rede básica no município de Feira de Santana-Bahia.

A escolha da técnica da história oral possibilitou extrair, dos sujeitos, o que pensam sobre os determinantes das suas hospitalizações, a partir dos acontecimentos das suas experiências, reconstruindo eventos, buscando a compreensão atual no passado para gerar expectativa sobre o futuro (ALBERTI, 1990).

3.1.1 Apropriação da história oral

A construção do conhecimento na pesquisa qualitativa mediante a história oral tem rigor científico e pode ser adotada como técnica ou como método. (LIMA, 2000 *apud* TORRES, 2006). O mesmo autor parte do princípio de que a história oral “se constitui num objeto definido, com fundamentação filosófica, procedimentos claros e pré-estabelecidos que a justifiquem como método”.

A abordagem da pesquisa qualitativa utilizada interage com a técnica da história oral, uma vez que busca experiências dos sujeitos frente a um fenômeno social e privilegia a recuperação do vivido na essência da expressão da palavra, conforme aceitação de quem viveu essa experiência (ALBERTI, 1990).

Com essa compreensão, Haguette (2000) sustenta que tudo o que é oral, gravado e preservado, pode ser considerado história oral. Portanto, os discursos, as conversas ao telefone, qualquer tipo de comunicação humana, que pode ser gravada, transcrita e preservada, como fonte primária para uso futuro da comunidade científica, inclui-se no contexto da história oral.

Meihy (2002) ratifica que a história oral pode ser considerada com uma “técnica” ou como um “método” e até mesmo como “disciplina”.

A história oral, como método de pesquisa, é entendida por Alberti (1990) como um privilégio para realização de entrevistas com pessoas que compartilharam ou testemunharam

acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Por esse método, podem-se estudar eventos ocorridos na história, nas instituições e em grupos sociais.

A opção pela técnica da história oral justifica-se por ser ferramenta valiosa na pesquisa qualitativa, permite mostrar o ponto de interseção das relações entre o que é exterior ao indivíduo e o que ele traz no seu íntimo. Para Alberti (1990), o uso dessa estratégia está relacionada com o tipo de questão que é colocada como objeto de estudo.

Queiroz (1987) afirma que a história oral é depoimento referente a evento não-registrado por outro tipo de documentação, ou ainda, cuja documentação se deseja complementar. Nesse sentido, o objeto do estudo comunga com esta idéia, tendo em vista o registro de depoimentos acerca de uma temática pouca documentada ou com referências, ainda, insuficientes para amenizar os índices de internação por diabetes.

A técnica constitui-se em uma fonte de conservação do saber que tem como finalidade trazer, através da entonação de voz, pausas entre outros detalhes, uma realidade vivida pelo narrador, e guardar na narração a vivacidade que o registro escrito não supera. A história oral busca relatos com riqueza de detalhes dos fatos vivenciados, dos acontecimentos vividos, da transmissão de experiência, oferecendo ao pesquisador algumas respostas para suas inquietações (SIMSON, 1996).

Esse recurso possibilitou que as pessoas investigadas, com diabetes, expressassem, com concretude e autenticidade, o que pensavam, sentiam e consideravam sobre o fenômeno estudado. Descrevendo oralmente, sob óticas variadas, a realidade dos fatos, de acordo com as vivências pessoais, com discernimento, reconhecendo como a doença interfere nas suas vidas, expressaram seus sentimentos, suas dúvidas levando à compreensão de sua condição crônica e das transposições de seus limites até chegar à hospitalização.

Acredito que a técnica da história oral tenha respondido bem à questão norteadora e tenha demonstrado ser um recurso moderno usado para elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à vida social de pessoas o que estaria de acordo com as afirmações de Simson, 1988. Salienta esse autor que a técnica da história oral é uma história viva; que tem de responder a um sentido de utilidade prática imediata; que não se esgota no momento da apreensão e da eventual análise das entrevistas.

Verifica-se que é secular a compreensão do mundo, da sociedade e das ciências humanas pelo método da oralidade. De modo que ela vem sendo utilizada mundialmente desde o século XIX, quando houve uma preponderância da história na perspectiva positivista, que a considerava um modelo científico. A supervalorização dos documentos escritos acabou

por produzir e colocar a prática de coleta de depoimentos orais à margem das metodologias científicas de estudo (ALBERTI, 1990).

Na metade do século XX, volta efetivamente a ser utilizada nas pesquisas. Seu renascimento foi marcado pela insatisfação dos estudiosos com os métodos quantitativos, maior valorização do método qualitativo pós-guerra e pelo aparecimento nos anos 60 do gravador. Todos esses fatores facilitaram as consultas aos depoimentos gravados e transcritos, os quais eram relevantes na área das ciências humanas (ALBERTI, 1990).

Isso explica por que considerei pertinente me apropriar das histórias orais dos sujeitos deste estudo, convencida de que, relatadas por pessoas com diabetes, ajudariam na compreensão do sentido e do significado dos determinantes de suas hospitalizações.

A História Oral Temática busca esclarecimento ou opinião do entrevistador sobre um evento definido, além da verdade de quem presenciou um acontecimento ou que, pelo menos, dele tenha alguma versão que seja discutível e contraditória. Para tanto, é necessário ter um roteiro temático, fundamental para aquisição dos detalhes do tema central a ser pesquisado (SIMSON, 1996). Segundo Queiroz (1987), o suplemento com utilização de documentação torna o estudo enriquecedor e esclarecedor.

Neste estudo, elegeu-se a história oral temática para elucidar o fenômeno e por sentir a necessidade de buscar a verdade de quem presenciou o acontecimento, conforme defendido por Simson (1996). A entrevista, apesar de ser a técnica mais relevante, não foi a única, utilizaram-se, também, outras fontes complementares de informações formais e legais, tais como: prontuários hospitalares e cadastramentos das pessoas com diabetes, na rede básica, por apresentar aspectos importantes e úteis para a informação temática central.

Comprometida com a fidedignidade dos depoimentos, utilizei, inclusive, registros de campo, para expor reações emocionais, entonação de vozes, demonstrações físicas, gestos corporais, entre outras expressões. Segundo Simson (1996), o caderno de campo é um diário onde devem constar as impressões que as gravações por fitas não captam e que são importantes para esclarecer o fenômeno.

A história oral, ao se interessar pela oralidade, procura centrar sua análise na visão que nasce do interior e da mais densa experiência dos atores sociais dentro de espaço de contatos sociais e interdisciplinares, onde os fenômenos e eventos permitem através da oralidade, apresentar interpretações qualitativas de processos históricos e sociais (LOZANO, 1996).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada de agosto a dezembro de 2006, nas unidades de clínica médica e cirúrgica, em um hospital público, estadual, do município de Feira de Santana. Esse município possui, aproximadamente, 527.625 mil habitantes, razão pela qual Feira de Santana é considerada a segunda maior cidade do estado da Bahia, sob o ponto de vista populacional. Esta situada a cerca de 100 KM da capital, segundo dados do IBGE (2005).

Em relação ao sistema de saúde local, a cidade possui 168 instituições de saúde, sendo 102 públicas e 64 privadas, dentre as quais três são destinadas a internação, e uma é financiada exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS (IBGE, 2005).

A instituição utilizada como campo do estudo foi um Hospital Geral, inaugurado em 1984, de médio porte, com 230 leitos e 1.200 funcionários entre efetivos e contratados, dos quais, 98 são enfermeiras e 306 Técnicos/auxiliares de enfermagem, e os demais estão distribuídos nas outras categorias.

Disposto em unidades ambulatoriais, emergência, centro cirúrgico, centro obstétrico e unidades de internação, conta ainda, com serviços de apoio diagnóstico de Bio-imagem, Laboratório, Unidade de Hemoterapia, Banco de Leite Humano, Serviço de Endoscopia Diagnóstica e Fisioterapia. Atende, também, ambulatorialmente, com serviços nas áreas de emergência e urgência, fisioterapia, ortopedia, patologia clínica e cirurgia.

Funciona como hospital de ensino e mantém convênios com a Universidade Estadual de Feira de Santana, faculdades particulares, cursos do Ministério da Saúde, Escolas de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Curso Técnico de Radiologia e Residência Médica, servindo como campo de prática para os cursos de graduação de diversas áreas, a exemplo de Enfermagem, Medicina, Farmácia e Odontologia, além dos cursos de Serviço Social, Fisioterapia e Nutrição, de faculdades privadas.

3.3 APROXIMAÇÃO COM OS SUJEITOS DO ESTUDO

A entrada no campo hospitalar aconteceu com a realização de várias visitas, para atender os princípios da história oral. Na primeira visita, apresentamos, para a equipe multiprofissional das unidades de internação da clínica cirúrgica e da clínica médica, o estudo que iríamos desenvolver.

Na segunda visita, selecionamos as listas de identificação de pacientes e seus prontuários, com os diagnósticos, estado clínico e checagem dos endereços.

A terceira visita foi para contato direto com os sujeitos, previamente selecionados para o estudo, com apresentação, pela pesquisadora, do desenvolvimento das entrevistas e estabelecimento de vínculos.

Seguindo as orientações de Alberti (1998), houve uma seleção prévia dos sujeitos, quando foram considerados o estado geral e as condições psicológicas favoráveis, sendo excluídos pacientes que apresentavam irritabilidade, stress, angústia ou depressão emocional, para proteger o estado psíquico e orgânico, evitando o agravamento do estado clínico e emocional em que se encontravam.

Para essa seleção, utilizamos os seguintes critérios: encontrar-se hospitalizado com diagnóstico diabetes tipo 2, estar vinculado à rede básica de saúde e ser domiciliado no município de Feira de Santana-BA. Ser adulto ou idoso de ambos os sexos, e estar em condição psicológica favorável para responder as questões norteadoras do estudo, encontrar-se lúcido, orientado, capaz de dialogar, ouvir e discorrer sobre a temática e concordar em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A primeira seleção abrangeu 17 (dezessete) sujeitos, sendo que 5 (cinco) foram entrevistados para testar e aperfeiçoar o roteiro temático e 12 (doze) foram selecionados pelos critérios de inclusão dos objetivos da pesquisa.

Salientamos que os sujeitos selecionados para o estudo estavam vinculados às unidades básicas de saúde e ao Centro de Referência Municipal de Assistência ao Diabetes Mellitus (CRMADM) esse vínculo foi posteriormente comprovado por meio do contato com aquelas unidades e identificação dos registros destes pacientes nas mesmas.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados realizou-se através de entrevistas usando-se a técnica de história oral.

Para Minayo (1994), a entrevista é um instrumento importante para a coleta de dados, pois possibilita revelação de diferentes situações vividas, a posição e a compreensão da pessoa diante do fenômeno.

O roteiro temático contou com dados sociodemográficos de identificação dos sujeitos,

mediante os quais foram conhecidas características como: sexo, idade, escolaridade e estado civil, sendo definidos como: sexo: feminino e masculino, idade: a partir de 20 anos de idade, escolaridade: qualificados como: não frequentou escola, primário incompleto, primário completo, primeiro grau incompleto, primeiro grau completo, segundo grau incompleto e segundo grau completo, estado civil: casado, solteiro, viúvo e outro.

Os dados clínicos relacionaram-se com o tipo de DM, tempo de diabetes, tratamento adotado, complicações diabéticas, tempo de hospitalização. Assim compreendidos: tipo de diabetes: considerado 100% diabetes mellitus tipo 2, tempo de diabetes: considerado em anos completos com intervalos de > 5 anos, 5 a 10 anos, 11 a 15 anos, 16 a 20 anos, e de 20 anos; tratamento: medicamentoso, prescrito pelas equipes de saúde da unidade básica de saúde, considerado uso de antidiabéticos orais, antidiabéticos orais associados à insulina, uso exclusivo de insulina.

Quanto às complicações diabéticas: considerado retinopatia, nefropatia, neuropatia, pé com diabetes e outros. Tempo de hospitalização: considerado como tempo de hospitalização o quantitativo dia, semanas e meses.

Algumas perguntas em torno da vivência cotidiana dos entrevistados desde que o médico declarou-lhes que tinha DM, entre elas: “Que sentiu ao saber que estava com diabetes? O que mudou na sua vida desde então? Por qual razão acha que foi hospitalizado (a)?”.

Como instrumento para coleta de dados, também foi utilizada uma caderneta de campo, para registros e anotações de expressões, como, a tristeza, a alegria, choros e silêncios, inclusive endereço de acompanhante e filhos, para ajudar no contato posterior, se necessário.

Por ser aplicada a técnica da história oral, o tempo da entrevista durou de 45 minutos a duas horas. A quantidade de horas não dá qualidade à pesquisa, mas, na história oral, os sujeitos é quem determinam o tempo, que favorece o clima fraterno, tolerante e compreensivo, estabelecendo um elo de confiança entre o entrevistador e o entrevistado, contribuindo para a riqueza de detalhes da história.

Para Libermaman (1998), ao falar sobre as experiências, histórias de vidas, fatos e sentimentos de si mesmos, necessita-se de tempo, que contribui, também, para o processo de aceitação e maior conscientização dos sujeitos sobre os acontecimentos das suas vidas.

Ao completar-se a décima segunda entrevista, foi confirmado que o material obtido era suficiente para responder às indagações do estudo, as narrativas das entrevistas começaram a repetir dados. Então, respeitando o que constitua critério fundamental do estudo,

encerramos a coleta de dados quando da saturação dos mesmos.

Para apoiar o levantamento de dados orais dos sujeitos, elaborou-se um roteiro temático baseado na Norma Operacional Básica NOB (1996), apêndice A, contendo questões subjetivas para direcionar as entrevistas. Esse instrumento teve por objetivo complementar o levantamento dos dados demonstrados na oralidade desses sujeitos, direcionando a coleta para os objetivos propostos pelo estudo (ALBERTI, 1998).

3.5 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS

Os procedimentos utilizados para análise das informações e dos registros foram organizados e agrupados a partir das categorias agregadoras dos elementos e idéias em torno de um conceito, segundo Minayo (1994), capazes de abranger todos os objetivos propostos em um trabalho qualitativo.

Iniciou-se a análise pela caracterização dos sujeitos, com base nos dados sociodemográficos, a saber: idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, e em outras informações. Foram colhidos, também, os dados clínicos da DM (conhecimento sobre a doença, o tempo da doença, tempo de internamento e as complicações diabéticas registradas nos prontuários).

Logo após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra, lidas exaustivamente, de forma cuidadosa, prestando atenção a todos os “ruídos”, entonação de voz, interrupção de falas, risos, choros, demonstração de angústia de raiva, entre outros sentimentos, de forma que se pudessem apreender os conteúdos que abarcassem os objetivos do estudo e até que fosse possível identificar a confluência e os pontos comuns ou de saturação dos discursos dos entrevistados, que ajudaram a determinar algumas categorias de análise do trabalho.

A partir do momento em que se começa a análise do conteúdo e há a codificação do material, deve-se produzir um sistema de categorias fornecido por condensação dos dados. Uma representação simplificada dos dados brutos e organizados supõe, portanto, que a decomposição, reconstrução, desempenha função de indicação de correspondências entre as mensagens (MINAYO, 2004).

Os resultados dessa conjunção determinaram uma articulação de dados que deram origem às categorias de análise. O aprofundamento sobre as relações entre esses dados teve

sua articulação entre a base teórica da pesquisa e a compreensão das determinantes expressas nos discursos dos entrevistados.

Após a categorização, os dados foram analisados e apresentados de forma descrita na ordem em que foram aparecendo nas entrevistas. Podem ser visualizados nas respectivas unidades de conteúdo que trazem os recortes dos relatos dos sujeitos e de suas histórias.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba (UEFS), somente após a aprovação do mesmo, iniciou-se a coleta de dados.

O estudo seguiu os princípios éticos do Ministério da Saúde de 1997 que, através do Conselho Nacional de Saúde, orienta as Diretrizes e Normas que Regulamentam a Pesquisa envolvendo seres humanos, pesquisa essa fundamentada na Resolução 196/96 e na Resolução 251/97.

Os sujeitos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (BRASIL, 1996) (apêndice B), que esclarecia os objetivos do trabalho, referia à voluntariedade da participação e a garantia do sigilo dos discursos que foram emitidos. Foram-lhes assegurados, também, os princípios da bioética, tais como: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

A Resolução de 1997 adverte sobre a possibilidade de danos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais do ser humano, em qualquer momento da pesquisa, a fim de proteger esses sujeitos desses danos.

Sendo assim, os que participaram da pesquisa, que se encontravam hospitalizados, foram alertados sobre os possíveis desconfortos e riscos psicológicos ou orgânicos que poderiam vir a surgir durante a entrevista, ao lembrarem sentimentos sobre a patologia. No caso dessas ocorrências, eles teriam o direito de suspender a conversa por um tempo ou desistir da entrevista, sem nenhum prejuízo para o trabalho que estava sendo realizado.

Na verdade, toda pesquisa com seres humanos oferece a possibilidade de os sujeitos estarem expostos a riscos. Tal fato, entretanto, não desmerece os benefícios e efeitos compensatórios que o grupo entrevistado de pessoas com diabetes, pode proporcionar aos estudos relacionados à essa patologia.

Houve o compromisso de se manter em local seguro, por cinco anos, os dados individuais de todas as etapas da pesquisa para futuros esclarecimentos e auditoria dos órgãos competentes.

Para garantir o anonimato das pessoas que participaram do estudo, optamos por identificá-las mediante o número da entrevista, como se segue, ENT.01, ENT 02 e assim sucessivamente.

Os depoimentos foram gravados com autorização de seus autores e, logo após, foram colocadas as gravações para que eles as ouvissem tendo em vista a recusa dos mesmos, quanto a assinar o termo de pós-consentimento. Diante da audição riram acharam a voz linda, declararam que nunca tinham ouvido suas vozes no gravador, alguns acharam que deveriam falar mais e sentiram entusiasmo para contribuir com o estudo, após terem ouvido seus relatos.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Aqui serão apresentados os resultados da pesquisa com a análise dos dados que conduziram à compreensão dos determinantes das hospitalizações a partir da história oral das pessoas com diabetes. Para melhor compreensão desses achados, iniciamos a análise caracterizando os sujeitos por meio dos dados sociodemográficos e clínicos e, posteriormente, a análise dos determinantes das hospitalizações apreendidos a partir dos discursos.

4.1 CARACTERIZANDO A POPULAÇÃO ESTUDADA ASPECTOS

4.1.1 Dados sociodemográficos da pessoa hospitalizada por diabetes

Os dados sociodemográficos e clínicos revelaram retratos dos diagnósticos social, demográfico e patológico que favorecem a hospitalização por diabetes. Aspectos esses que a rede básica deve identificar na clientela a que assiste, para intervir mais preventivamente e de forma mais efetiva com relação aos fatores que significam ameaça de complicações crônicas e de internamentos, os quais interferem na qualidade e no tempo de vida da pessoa com diabetes.

Os dados sociodemográficos e clínicos foram obtidos a partir das abstrações nas folhas de admissões e prescrições médicas contidas nos prontuários. Além de serem complementados e confirmados pelas pessoas hospitalizadas com diagnóstico de diabetes tipo 2, vinculadas à rede básica de saúde. Todos os sujeitos encontravam-se hospitalizados, em estado clínico instável.

Para caracterizar o grupo em estudo, foram analisadas algumas variáveis, tais como: sexo, idade, escolaridade, estado civil. Também foram investigados dados clínicos relacionados ao tipo de DM, o tratamento adotado, complicações diabéticas, tempo da diabetes, e hospitalização. Para melhor visualização desses dados, foi elaborado um quadro com as variáveis que apresentadas a seguir.

De acordo com o explicitado no quadro 1 abaixo, dos 12 sujeitos hospitalizados por diabetes tipo 2, predominou o sexo feminino representando 75% dos entrevistados. Esse resultado corrobora com Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) ao afirmar que a incidência e a

prevalência do diabetes tipo 2 têm aumentado significativamente para as pessoas após os 40 anos de idade, sendo cerca de 1,4 a 1,8 vezes mais comum a ocorrência dessa morbidade no grupo feminino.

Sexo	Nº	%	Estado civil	Nº	%
Feminino	9	75	Casado	10	83.34
Masculino	3	25	Solteiro	1	8.33
			Viúvo	1	8.33
Idade	Nº	%	Escolaridade	Nº	%
> 04	1	8.33	Não freqüentou	2	16.67
40 a 50	3	25	1º grau incompleto	8	66.66
51 a 60	6	50	1º grau completo	2	16.67
61 a 70	2	16.67			

Fonte: Entrevistas e prontuários das pessoas hospitalizadas por diabetes em um hospital público de Feira de Santana-BA, ano 2006.

Quadro 1: Dados sociodemográficos de diabéticos tipo 2, hospitalizados num hospital público de Feira de Santana-Ba, de agosto a setembro de 2006.

Segundo Rouquayrol (2003), a diabetes nas mulheres são detectadas em maior freqüência que os homens por elas freqüentarem mais os serviços de saúde. Esse fato conduz à conclusão que elas deveriam adoecer menos, porém não é o que acontece e os achados desse estudo assegura que as mulheres com diabetes tipo 2 foram mais hospitalizadas.

Ainda que as mulheres freqüentem mais às unidades de saúde pelas possibilidades de horário mais flexível de trabalho ou pelo horário já incorporados nas consultas médicas, o que de certa forma favorece o diagnóstico de suas enfermidades, o que acontece com menor freqüência no grupo masculino, é possível depreendermos que a taxa de morbidade avança no sexo feminino.

Com relação à idade, houve hospitalização de 06 pessoas com idade entre 51 e 60 anos representando 50% da população estudada.

De acordo com o quadro, os internamentos concentram-se nas pessoas com faixa etária entre 51 e 60 anos. Esse fato parece servir para ilustrar o que está colocado por Pereira (2003) o qual afirma que as doenças degenerativas aumentam de prevalência com a idade, principalmente a partir da quarta ou quinta década. Também confirma Malerbi, *apud* Toscano (2003), ao sinalizar que a prevalência da diabetes por faixa etária é de 3% a 17% a partir de 30-39 e de 60 a 69 anos, respectivamente.

A aproximação das pessoas com diabetes descompensadas na terceira idade indica maior risco de limitação física, hospitalização e queda na qualidade de vida, pelo desgaste

orgânico que a doença causa no corpo e, também, pelo progresso da idade. Este fato eleva as chances de risco de transtornos cardiovasculares, digestivos, neurológicos e mentais. Nesse sentido é possível afirmar que o envelhecimento está associado às mudanças biológicas que aumentam o risco de morbidade, incapacidade e morte (ROUQUAYROL, 2003).

Um outro dado que foi pesquisado e não se encontra no quadro diz respeito à profissionalização. O maior número de pessoas internadas por diabetes foi de mulheres do lar representando 33.33% da população estudada; 02 eram domésticas representando 01 aposentada; e as demais, com frequência igual a 05, representando 41.67%, eram trabalhadores do comércio e prestadores de serviços gerais.

O grau de instrução e a profissão estão associados, visto que quanto menor for o grau de escolaridade e profissionalização menor será a renda e maior a possibilidade de adoecer, (PEREIRA, 2003). A inexistência do emprego ou a presença do subemprego, a ausência de proteção familiar e financeira levam à pobreza e à doença, além de desestabilizar emocionalmente a pessoa, dando lugar a tristeza e ao desespero, podendo desencadear doenças, entre elas, a diabetes, que está fortemente ligada ao estilo de vida das pessoas.

Sabe-se que quanto menor o grau de instrução maior o esforço do educador em saúde para adequar a linguagem das orientações dadas sobre os cuidados, pois essas pessoas com diabetes precisam adquirir entendimento e habilidade para autocuidar-se (ROCHA; BURGOS; CABRAL *apud* ZANETTI, 2002).

Quanto ao estado civil, a maior população diabética hospitalizada era de casados, formada por 10 pessoas representando 83,34%, ao lado de 01 solteiro e 01 viúvo.

Segundo Pereira (2003), o estado civil também influencia na saúde das pessoas. Sabe-se que a família protege, cuida e tem co-responsabilidades com a vida saudável de seus membros. Porém, pelo que foi observado nos discursos dos sujeitos entrevistados, o fato de estarem casados não significava, necessariamente, estarem invulneráveis às enfermidades, viver bem e ter proteção familiar.

Pelo que ficou constatado, conclui-se que, para que a rede básica de saúde contribua de forma eficaz com a redução das hospitalizações das pessoas com diabetes, é necessário conhecer melhor os dados sociodemográficos da sua clientela alvo, através das fichas de coleta de dados dos grupos de diabéticos vinculados às unidades de saúde, as quais alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). E, a partir daí elaborar o planejamento, monitorização e avaliação dessas pessoas, com a atenção voltada para as necessidades de cada grupo, o que permitirá que sejam identificados e retardados os fatores de risco que podem influenciar nas hospitalizações da referida clientela, a qual apresenta muita dificuldade para

manter o controle metabólico, do que resultam prejuízos para a qualidade e a duração de suas vidas.

4.1.2 Dados clínicos das pessoas hospitalizadas por diabetes

As características clínicas das pessoas hospitalizadas por diabetes tipo 2 dizem respeito a: tipo de DM, tratamento adotado; complicações diabéticas, tempo em que foi diagnosticado como uma pessoa com diabetes, e tempo de hospitalização, conforme anotações no quadro logo em seguida.

Os informes foram obtidos de 12 prontuários hospitalares dos 12 sujeitos pesquisados, nos quais estavam registrados os diagnósticos médicos de DM tipo 2 e as complicações diabéticas apresentadas na hospitalização.

Complicações	Nº	%	Tempo de DM	Nº	%
Neuropatia	3	25	> σονα 5	1	8.33
Retinopatia	1	8.33	5 a 10 anos	3	25
Nefropatia	3	25	11 a 15 anos	4	33.34
Pé diabético	7	58.33	16 a 20 anos	3	25
02 complicações	5	41.67	< σονα 02	1	8.33
Tratamento	Nº	%	Tempo internação	Nº	%
Antidiabético oral	8	66.67	Dias	3	25
Insulina	4	33.33	Semanas	7	58.33
Insulina / Antidiabético	0	0	Meses	2	16.67

Fonte: Entrevistas e prontuários das pessoas hospitalizadas por diabetes em um hospital público de Feira de Santana-BA, ano 2006.

Quadro 2: Dados clínicos de diabéticos tipo 2 hospitalizados num hospital público de Feira de Santana-Ba, de agosto a setembro de 2006.

Em relação ao tratamento, investigou-se a terapêutica prescrita pelas unidades básicas de saúde, da qual se teve conhecimento através dos discursos dos sujeitos. Verificou-se que 04 pessoas utilizavam insulino-terapia exclusiva, e que o maior contingente, formado por 08 pessoas, utilizava antidiabético oral.

O tratamento medicamentoso para a DM deve seguir inúmeros parâmetros para reduzir a absorção de glicose e aumentar a secreção de insulina. Entre eles: a dietoterapia, atividade física, peso e o valor glicêmico. Esse tratamento deve estar associado à educação em saúde, apoio social, emocional, psicológico, com a participação efetiva da equipe multidisciplinar, para conseguir o bom controle metabólico (DESG, 2000).

Em relação ao tempo de hospitalização por diabetes, evidenciou-se que 03 dos entrevistados estavam hospitalizados havia menos de 07 dias, 07 (58,33%) estavam hospitalizados entre duas e três semanas, e 02 já estavam internados havia mais de um mês.

O número de internações por DM registrado no Sistema de Informação Hospitalar tem correspondido a custos elevados nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses custos estão relacionados à alta taxa de permanência hospitalar e, também, com a severidade das complicações que, muitas vezes, demandam procedimentos de alta complexidade (BRASIL, 2000). Esses dados demonstram que os programas de rede básica precisam intervir com mais esforços na prevenção das complicações da diabetes para gerar um importante impacto na redução das taxas de hospitalização (RUSSEL, 2005).

Os informes que existem referentes ao tempo em que a pessoa tomou conhecimento de que estava com diabetes ou por quanto tempo ela vem sofrendo com a doença mostra que: 01 pessoa tinha menos de cinco anos com o diabetes, 03 estavam com a doença num período compreendido entre 5 e 10 anos, 04 entre 11 e 15 anos, 03 entre 16 e 20 anos e 01 tinha diabetes havia mais de 20 anos.

Outro ponto relevante foi o rastreamento das complicações diabéticas das pessoas hospitalizadas. Verificamos que, dentre os entrevistados, 03 pessoas apresentavam nefropatias (Síndrome Nefrótica); 01 pessoa estava com retinopatia, e a complicação de maior frequência foi o pé diabético avançado, presente em 08 pessoas (04 úlceras, 02 desbridamentos e 02 amputações nos membros inferiores [MMII] e 01 amputação de pododáctilo), 03 com neuropatia, (01 associado ao Coma hiperosmolar não-cetótico).

No estudo dos fatores clínicos das pessoas hospitalizadas, desenhou-se uma maior população acometida por diabetes mellitus tipo 2 convivendo com a doença entre 11 e 15 anos e hospitalizadas de 2 a 3 semanas em média.

O diabetes mal controlado pode ser responsável por inúmeras complicações crônicas e, com o passar do tempo, poderão ocorrer lesões graves e potencialmente fatais, como, infarto do miocárdio, derrame cerebral, cegueira, impotência, nefropatia, úlceras nas pernas e até amputações de membros (DCCT – *Diabetes Control and Complications Trial*, 1993). Assim, idade, tipo e tempo de diagnóstico da DM, controle metabólico, tabagismo, alcoolismo, obesidade, hipertensão arterial e falta de bons hábitos higiênicos no cuidado com os pés, são importantes fatores de risco para essas complicações (SBEM; SBD; ALAD; FEMAD, SBPC/ML, 2004).

A sondagem revelou que a complicação mais freqüente foi o pé diabético. Nesta condição estão envolvidos muitos fatores que favorecem a formação de úlcera, infecção e

gangrena, podendo culminar com amputação (MILMAN; LEME, 2006). Segundo dados recentes, aproximadamente 15% dos pacientes com diabetes desenvolverão úlceras de pé, sendo que 6% da população diabética será hospitalizada devido a essa complicação (D.C.C.T., 1993).

Ficou patente que as alterações dermatológicas relacionadas ao pé diabético são representações associadas aos problemas sociais, econômicos e políticos brasileiros, visto que a maioria dessas alterações ocorre por carência de cuidados higiênicos ou por cuidados inadequados, deficiência de tratamento preventivo, precoce e de controle, além da insuficiência de políticas sociais para implantação de programas de prevenção, de educação em saúde que ofereça tratamento gratuito aos diabéticos (ROCHA, 2001). O relato dessa autora permite confirmar, neste estudo, que problemas sociais contribuíram para o avanço das complicações também levando ao aumento na frequência de hospitalizações por diabetes.

Para Lessa (1998), determinados fatores têm contribuído para agravamento da diabetes, entre eles, a organização dos serviços, a obtenção de recursos para o controle da doença no domicílio, a insuficiência de capacitação dos profissionais de saúde e o desconhecimento da pessoa diabética no manejo da doença.

Acredita-se que ações relacionadas à rede básica podem colaborar com o controle da diabetes, sobretudo se for possível assegurar: o acesso aos serviços de saúde; qualificação da equipe interdisciplinar; educação em saúde; manutenção dos recursos humanos e materiais; sustentação de uma assistência resolutiva apoiada por tecnologia moderna de eficácia na fase diagnóstica que possa assegurar o controle metabólico e monitorar risco para complicações com intervenção precoce (PEREIRA, 2003).

Relevante que seja reforçada a aplicação de um inquérito epidemiológico que constitui, também, um instrumento importante utilizado para conhecer os fatores de risco de complicações diabéticas. Os informes mediante esse recurso podem ser utilizados para direcionar ações de saúde na rede básica e retardar ou prevenir complicações e incapacitações diabéticas com oferta regular e oportuna de uma assistência à saúde de qualidade.

4.2 DETERMINANTES DAS HOSPITALIZAÇÕES DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS ATENDIDAS NA REDE BÁSICA

Nesta fase, apresentamos a vivência dos depoentes sobre o diabetes, seu

conhecimento, sentimentos e motivações na convivência com a doença.

A apresentação do quadro a seguir foi feita com o objetivo de auxiliar o processo de categorização, determinado com base nos aspectos relevantes contidos nos depoimentos e que apresentaram relação com os objetivos do estudo. A partir de tais aspectos, emergiram 04 categorias simbólicas e 13 subcategorias descritas na seguinte ordem:

Categorias	Sub-categorias
I - A história do Viver com diabetes	1- O Encontro com a Diabetes 2- O Desvelar dos Sentimentos do Ser Diabético 3- As Mudanças Motivadas pelo Diagnóstico 4- As Expectativas Futuras
II – Analisando o Conhecimento Sobre Aspectos Psicossocioculturais	1 - Conhecimento sobre a Diabetes 2 - Convivências Social com Diabetes 3 - Crenças Populares Sobre a Diabetes
III – Influencia da Assistência na Rede Básica para Hospitalização por Diabetes Mellitus	1- Acompanhamento da pessoa com diabetes na UBS 2 - Presença de Complicações Diabéticas 3 - Tratamentos ao Controle dos Fatores de Risco 4 - Realização de Exames: Glicemia Capilar e Laboratoriais 5 - Atendimentos de Urgência nas Unidades Básicas de Saúde 6 - A Satisfação dos Usuários com o Serviço e Profissionais das Unidades Básicas
IV – Determinantes da Hospitalização segundo Narrativas dos Sujeitos do Estudo	1- Razões

Quadro 3: Categorias Simbólicas Emergidas dos Discursos dos Sujeitos Entrevistados.

4.2.1 Categoria I: A História do Viver com diabetes

Esta categoria diz respeito à vivência das pessoas entrevistadas, aos sentimentos relacionados ao conhecimento do diagnóstico, às mudanças que diagnóstico ocasionou por este e aos anseios diante do que foi então experienciado.

Entendemos viver com diabetes o viver do paciente quando do reconhecimento dos sintomas da doença, sua história de vida a partir do momento da descoberta do diagnóstico, como foi para ele essa descoberta, que sentimentos emergiram a partir desse momento, que mudanças ocorreram em sua vida e quais as suas perspectivas, quanto à mudança de hábitos e à melhora na qualidade de vida.

Para Santana (2001), viver em uma condição crônica pode representar contínua ameaça, tanto para a pessoa doente, quanto para aqueles que estão próximo a ela, pois sua

vida é afetada, alterando dramaticamente seu cotidiano, podendo ser uma fonte de desespero. A incorporação da condição crônica no dia-a-dia requer ajustes e reajustes contínuos devido à dinamicidade de sua apresentação.

A história é uma comunicação verbal, compartilhada entre duas ou mais pessoas numa ocasião especial. A história de uma pessoa pode variar a cada vez que ela a comunica (PARKER; WIKTSHIRE, 2003). Este estudo toma por base a história sobre os determinantes da hospitalização por diabetes das pessoas assistidas na rede pública na atenção primária de saúde.

O primeiro relato oral apresenta a vivência com diabetes e desvenda os sentimentos dos sujeitos em relação à doença.

Trazemos, para análise, recortes das falas dos sujeitos sobre o encontro com a diabetes. A seguir, os recortes das falas dos sujeitos da pesquisa, sobre a vivência deles com a diabetes, fornecerão uma idéia desse processo.

a) Subcategoria 1 - O Encontro com a Diabetes

Trata-se aqui dos relatos do encontro com a diabetes em vista dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes antes do diagnóstico, bem como a descoberta tardia em consequência de complicações.

As falas deixam perceber que os pacientes não associavam os sinais e os sintomas como sendo da doença e não se cuidavam como deveriam.

Eu sentia muita fome, muito sono, eu caía já era dormindo, aí eu fui dando para ficar esmorecida e aquela ansiedade com tudo. (ENT 02)

Infelizmente isso me apareceu a \pm 8 anos, que eu tive um problema sério na perna direita. Pedi-me uns exames e constataram esse problema infeliz que me persegue, os diabetes. [...]. (ENT 05)

Descobrir no serviço, eu urinou num lugar aí deu umas formiguinhas aí eu procurei o médico que mandou fazer uns exames aí deu diabetes. Eu estava sozinho [...]. (ENT 06)

Eu achava que não tinha no início, eu só acreditei mesmo que eu tinha isso agora porque a perna feriu. (ENT 09)

Segundo Reis e Velho (2002), o diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) surge da interação dos fatores ambientais e genéticos. O estilo de vida sedentário e a alimentação desbalanceada, associados ao excesso de peso e à genética, levam ao desenvolvimento do DM 2.

Freqüentemente, no início da diabetes, estão ausentes os sintomas clássicos, como, perda de peso, polidipsia, poliúria e polifagia, mas já existe a hiperglicemia silenciosa que pode causar alterações funcionais ou patológicas por um prolongado tempo antes do diagnóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000), daí a alta prevalência das complicações na época da avaliação clínica (TOSCANO 2004).

Um dos aspectos enfáticos nas histórias dos sujeitos sobre o encontro com a diabetes (doença) é o desconhecimento sobre a dimensão dos problemas advindos com a diabetes. A representação das manifestações clínicas mudou, de acordo com a consciência e a vivência de mundo de cada pessoa.

Para King (1981), a interpretação de cada um sobre a doença varia, de acordo com a forma que a consciência, a memória e os acontecimentos das pessoas estão organizados e são interpretados. Neste estudo, os sujeitos interpretaram as manifestações de diferentes modos, mas todos sentiram as manifestações da diabete no corpo e despertaram para a necessidade de identificação dos problemas vividos.

O fato de não ter consciência de ser diabético leva o indivíduo ao não-reconhecimento da sua real situação. Segundo King (1981), a percepção é a representação da realidade em cada *ser* humano e da sua consciência em relação aos acontecimentos e objetos da vida cotidiana.

Mediante as entrevistas, os sujeitos pesquisados revelam que, por um longo tempo, experimentaram manifestações clínicas da doença, porém não sabiam que eram diabéticos. Mesmo o corpo apresentando alterações que dificultavam o curso normal do dia-a-dia, a limitação do conhecimento que tinham sobre a enfermidade determinou a negação e a não-associação com a doença. A busca da confirmação do diagnóstico operou-se de modos diferentes, mas a exacerbação das manifestações clínicas levou esses sujeitos a procurar as unidades básicas de saúde, nas quais foram reconhecidos como pessoas com diabetes tipo 2.

Ademais, os discursos dão a entender que a demora do diagnóstico influenciou no aparecimento das complicações. Quando o diagnóstico é tardio, a resposta do paciente é de certa forma, caracterizada por sentimentos diversificados, as complicações ou seqüelas decorrentes desse fato dão lugar a uma fase negativa na vivência com a doença. Esse retardamento causou, nos entrevistados, desconforto físico, psíquico, repercutindo na qualidade de vida. O diagnóstico precoce permite uma terapia de redução da carga de sofrimento causada pela sintomatologia e o diagnóstico precoce previne as complicações relacionadas à enfermidade.

O Manual de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

(BRASIL, 2002b) refere que, quando o diabetes é diagnosticado precocemente, são múltiplas as chances de se evitarem complicações quando não retarda a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. O investimento na prevenção é decisivo para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização dessa população.

Dados do IBGE, de 1998, apontam que 49% da população brasileira é composta por adultos e, desses, 8% merecerão atenção especial para o diabetes mellitus, podendo ser tratados no serviço de saúde pública pelas equipes das unidades de saúde da família (BRASIL, 2002b).

De acordo com as falas dos sujeitos, o encontro com o diabetes se deu pelas manifestações da doença de forma anônima e silenciosa. Conviveram muito tempo com a doença sem saber, desencadeando complicações agudas e crônicas. Faz-se mister, portanto, que os gestores e a equipe de enfermagem das unidades básicas de saúde intervenham de forma mais eficaz na detecção precoce da doença, através de campanhas, facilitem o acesso e divulgação das informações sobre a mesma, a fim de prevenir ou retardar as complicações diabéticas.

b) Subcategoria 2 - O Desvelar dos Sentimentos de Ser Diabético

Nesta subcategoria, incluem-se os sentimentos expressos nas falas dos entrevistados, no que concerne às reações do viver com o diabetes e como esses encaram essa realidade. Provável que conhecer esses sentimentos pode ajudar a minimizar a carga emocional, o impacto da doença, otimizar a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

A diabetes é uma doença controlável se os níveis glicêmicos estiverem sob controle. Fica a critério das pessoas, com diabetes, assumirem seus problemas e fazer as mudanças que lhes assegurem uma vida longa e saudável. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006). Por sua vez a compreensão dos sentimentos dos pacientes, da parte da enfermagem, possibilita que essa os oriente para conviver da melhor forma possível com o diabetes.

As graves complicações diabéticas associadas ao quadro clínico de lenta evolução e o período longo da internação deixam os sujeitos com sentimentos incertos, quanto ao futuro. Para alguns, a vida ficou bem pior, sentiam-se tristes, apresentando sentimentos de insegurança, medo da finitude, a morte parecia-lhes um futuro próximo.

Os sentimentos que emergiram dos sujeitos em relação à doença causaram-me certa preocupação, pois percebi uma semelhança com os estágios de sentimentos estudados por Kubler-Ross (2002), sobre a morte e o morrer. Fiz uma associação, não com sentimentos de finitude da vida, mas, com os sentimentos que desmotivam o viver por terem aspectos semelhantes entre os pacientes estudados por essa autora e os sentimentos dos sujeitos pesquisados neste estudo e, a partir desse conhecimento, tentar buscar entendimento dessas emoções a fim de ajudar no enfrentamento da doença.

Essa preocupação é, sem dúvida, fundamental, porque traz para a enfermagem a proposta de se por em ação todo o empenho para entender os sentimentos e aprimorar a concepção do que pode ser realizado, para que as pessoas com diabetes encarem a sua vida como algo muito valioso, que precisa ser vivida de forma positiva, responsável e alegre.

Motivada por esse entendimento, a enfermagem poderá contribuir de maneira mais eficaz para o cuidado de pessoas com diabetes, buscando uma assistência integral, considerados os aspectos biopsicossocioespirituais, procurando despertar, no paciente, o entendimento de que ele é responsável pelo seu modo de viver. Dessa forma a enfermagem poderá investir em idéias, planos e ações positivas para tornar a vida dessas pessoas mais prazerosa, sem medos das complicações crônicas.

Este estudo me conduziu a reflexões acerca da assistência de enfermagem a pessoas com diabetes, no cotidiano das instituições públicas, direcionando-me, principalmente, para as unidades básicas e para a formação da equipe multiprofissional. Acredito ser importante que permitam perceber as pessoas com diabetes como seres que têm autonomia, sentimentos, como qualquer outra pessoa sem a condição de doença. A dimensão psicológica precisa ser bem mais entendida e valorizada para que elas possam sentir-se importantes e participem mais do processo de cuidar-se.

Santana (2001), declara que o corpo luta, deseja, sente, mas a cabeça é quem decide, pensa e determina. Em vista desse raciocínio, conclui-se pela necessidade de a enfermagem ajudar as pessoas com diabetes a decidir pela mudança de comportamento e de estilo de vida, ciente de que a sua doença é crônica. O entendimento equivocado acerca da doença pode aumentar as dificuldades, possíveis de ser superadas se essas pessoas forem orientadas sobre as formas de viver melhor a sua vida com a diabetes.

Para Guerra (2006), quando o paciente com diabetes recebe o diagnóstico da instalação da doença crônica, que é de longa duração e com pouca perspectiva de cura, ele passa por um turbilhão de sentimentos que necessitam ser entendidos e trabalhados.

Elizabeth Kubler-Ross (2000) considera que os sentimentos da pessoa com doenças

crônicas podem passar por cinco estágios: primeiro, negação, segundo, raiva, terceiro, barganha, quarto, depressão e o quinto, aceitação. No decorrer deste estudo, aparecem, nos discursos dos sujeitos, diversos desses sentimentos.

A negação e os sentimentos de barganha culpa, raiva e aceitação fazem parte das reações de quem convive com uma doença grave, como é o caso da diabetes. Tais sentimentos podem mudar ao longo dos anos, assim como a vida e, os novos conhecimentos sobre a diabetes mudam com o passar do tempo e, para estar inserido e poder ajudar e cuidar dessas pessoas, muitas vezes é preciso saber compartilhar as mesmas preocupações e entender os sentimentos que desassossegam a alma (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

A reação ou o sentimento inicial na descoberta do diagnóstico é geralmente, a **negação**, que aparece nas falas dos sujeitos, simbolizada por suas limitações físicas e emocionais. Esse fato dificulta, de certa forma, a aceitação e o tratamento da doença, o que, conseqüentemente, leva a complicações e possíveis interações.

Nos discursos dos sujeitos pesquisados sentimentos diversos manifestam-se, como se pode verificar por estas passagens:

[...] eu fiquei surpreendida, não queria aceitar aquela situação, mas comunicando com o médico, com os amigos, com as pessoas que já tinham também e ficaram falando: Você leva uma vida normal é só você saber controlar, mas eu fiquei desesperada [...] O mais difícil foi isso, eu aceitar. [...]. (ENT 01)

[...] fui levando, sem aceitar, aí depois foi chegando à realidade de que ela é uma perseguidora. [...] Infelizmente isso me apareceu, eu tive um problema sério na perna direita, constatou esse problema infeliz que me persegue, o diabetes. [...] (ENT 05)

[...] eu demorei a aceitar, para mim não tinha mais jeito na vida, porque o povo falava muito do diabetes que matava as pessoas de repente aí eu achei que estava perto de eu viajar. (ENT 06)

[...] Eu achava que não tinha a doença no início, eu só acreditei mesmo que eu tinha isso agora porque a perna feriu, pensei que ia viajar (ENT 09).

A negação inicial é palpável, funciona como um “para-choque para os pacientes que recebem a notícia abruptamente, no começo da sua doença. A negação constitui uma defesa temporária, decorre da forma como se faz a comunicação do diagnóstico ao paciente, sendo muito comum os pacientes serem informados da sua doença de forma alcantilada ou precoce, por quem não os conhece bem, sem levar em consideração o preparo psicológico desse paciente (KUBLER-ROSS, 2000).

Segundo Moreira (2005), a confirmação do diagnóstico e a convivência com a diabetes geram conflitos internos, queda na auto-estima e desestabilização da vida do

indivíduo. A palavra limitação vai regrá-lo pelo resto de seus dias. O conviver com a doença parece estar relacionado com a determinação de limites que variam entre a rejeição e a aceitação.

Os profissionais de saúde devem saber lidar com esses sentimentos de fuga, procurando descobrir as razões dessa negação, rastreando as necessidades psicológicas da pessoa. Devem certificar-se dos aspectos positivos que dão esperança e força e os que causam fraqueza para poder ajudá-la a encarar a realidade, ela precisa ser ajudada para deixar de lado pensamentos negativos, buscando lutar pela vida e pelas situações de sucesso (KUBLER-ROSS, 2000).

Por sua vez, se se permitir que o paciente finja não estar com diabetes ou que ele acredite que não há problemas em ter a doença e deixá-lo negando por muito tempo, ele passa a correr um risco maior ao negligenciar sua saúde e não tratar a doença como deve. Isso pode implicar situações de emergência a curto prazo ou sérios problemas a longo prazo. A pessoa com diabetes pode tentar fingir que pode continuar comendo do mesmo modo como fazia antes. No entanto, quanto mais cedo fizer as mudanças, melhor se sentirá e poderá prevenir complicações e sofrimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Trabalhar com a pessoa com diabetes e fazê-la compreender seu estado e sair da fase de negação pode ser difícil. É importante que a equipe de enfermagem dê-lhe uma orientação segura, cuidadosa para lidar com a doença. É imprescindível um grupo de apoio, uma roda de bate-papo e aconselhamento psicológico para compor o tratamento das doenças crônicas.

A negação poderá ser seguida de sentimento de **raiva**, presente nas falas dos sujeitos, os quais externaram significativa revolta, culpando a doença pela não-realização das suas atividades:

*[...] o diabetes é um veneno, ela é traidora, **mata** com o tempo. (ENT 05).*

[...] o diabetes é uma doença miserável que ataca os vistas, o coração, o rins essas coisas (ENT 6).

[...] o médico falou que eu tinha diabetes e constatou esse problema infeliz que me persegue, [...]... não tem cura, [...]. Só sei que pode amputar o pé, a perna, o braço, já perdi um dedo por causa do diabetes, ou morrer [...] (ENT 10)

[...] eu nunca me senti tão mal [...] como eu estou me sentindo agora [...]. (ENT 12).

Para Kubler-Ross (2000), quando advém a raiva substituindo a negação, extravazam-se sentimentos difíceis de se lidar, como, mágoas, ressentimentos, ira, mau-humor, fúria e são cobradas exigências no atendimento. Trata-se de reações comuns diante de uma notícia

catastrófica, do diagnóstico de uma doença sem cura e que impõe limitações. Tais sentimentos afloram mais intensamente em pessoas independentes, acostumadas a controlar suas vidas em todos os aspectos, ou naquelas que tiveram as suas atividades interrompidas com planejamentos ameaçados pelo inacabado, em consequência da doença.

Torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos às reações e às emoções externadas pelo grupo de diabetes assistido, para que assim possam relacioná-las ao momento de cada indivíduo e não, julgar os comportamentos adotados. Devem, sim, procurar entender as limitações pessoais e prestar um cuidado voltado, também, às suas necessidades psicoespirituais.

Torna-se difícil, para algumas pessoas, enfrentar a doença crônica degenerativa assim como para o profissional de enfermagem. Kubler-Ross (2000) afirma que há necessidade de se estabelecer comunicação aberta procurando trabalhar sentimentos positivos, para melhorar a atenção e o cuidado, contribuindo para o enfrentamento da realidade da doença. Mediante essas estratégias, é possível alcançar-se melhor aceitação da hospitalização e do tratamento que for oferecido.

A raiva é comum no processo de ajustamento ao diabetes. Mas, se após alguns meses, essa sensação (uma hostilidade incontrolável) ainda persistir, é sinal de que a pessoa com diabetes precisa de mais ajuda para superar esse sentimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

No entanto, cientes da dificuldade de aceitação da doença e de adesão ao tratamento, é importante que as (os) enfermeiras (os) estejam preparadas(os) e disponíveis para oferecer a esse paciente a ajuda necessária, de forma que o suporte psicológico oferecido possa colaborar para que ele melhore.

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), uma boa forma de lidar com a raiva e outros sentimentos negativos é reconhecê-los, perceber que são normais e descobrir maneiras de canalizar essa energia para conseguir assumir o controle da situação. Nesse caso, faz bem a inclusão do indivíduo em um grupo de apoio, conversar com outras pessoas ou procurar a ajuda de um psicólogo.

Parte-se do pressuposto que a psique humana é formada, entre outros, pelos vínculos que a pessoa estabelece e a qualidade desses. Isso é imprescindível para o bem-estar e saúde do indivíduo, para superar desafios dos que sofrem com a diabetes.

É pertinente atuar junto ao indivíduo orientando-o sobre: se tiver tendência para ficar excessivamente ansioso ou violento, quando sob estresse, convença-se a ficar mais calmo e a se controlar; delegue responsabilidades e arrume tempo para si mesmo. Se tiver tendência

para interiorizar o estresse, lembre-se de que não é culpado pelo diabetes, que pode tomar medidas positivas, para lidar com sua condição e é importante aprender a relaxar.

O contato com o grupo dos sujeitos estudados permitiu verificar como é difícil para eles controlarem os sentimentos de negação e de raiva experimentados diante da descoberta da diabetes e que o desconhecimento sobre a doença leva a uma situação de estresse, que implica efeitos negativos na qualidade de vida desses indivíduos, isso faz com que eles não percebam que a diabetes é uma doença crônica, controlável e que se pode conviver bem com ela por toda a vida. Para a enfermagem, também, é árduo lidar com questões subjetivas sem preparo prévio, o que complica, bem mais, quando se trabalha no modelo clínico positivista.

Segundo Kubler-Ross (2000), os pacientes podem passar por um terceiro estágio, a **barganha**, que significa firmar um acordo com DEUS. No grupo estudado de pessoas hospitalizadas por DM, não se observou a existência desse estágio.

Uma outra sensação expressa, de forma não verbal, foi a ansiedade desencadeando o estresse, que pode exercer grande influência no controle glicêmico dos pacientes. Tanto os diabéticos quanto os médicos e pesquisadores há muito suspeitam que o estresse afeta o controle glicêmico. Embora não haja provas de que por si só possa causar qualquer doença, é possível que o estresse desencadeie ou agrave os sintomas em pessoas já vulneráveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

A enfermagem pode minimizar o estresse mediante ações organizadas canalizando a energia do paciente para algo positivo, na mudança de estilo de vida, de forma que seja possível assumir o tratamento do diabetes com tranquilidade e sucesso.

O quarto estágio é a **depressão** resultante das perdas que o paciente tem que suportar. Nos discursos dos sujeitos, dá sinais de sua presença mediante a tristeza e a angústia manifestadas:

Quando eu recebi a notícia eu fiquei muito triste porque para mim a diabetes não tem cura. [...] Hoje não saio mais, larguei de mão [...] larguei de fazer feira, comecei a cuidar com o problema nas pernas, pra subir dentro do ônibus sem ter força no joelho, aí fui perdendo aquela vontade de sair de casa [...] eu fiquei com aquela tristeza dentro de mim. [...] me sinto meio sem graça porque não posso comer de tudo, [...] muito triste só de imaginar que eu não posso andar (ENT 02).

[...] minha vida mudou para pior porque a gente não tem a liberdade de usar aquilo que a pessoa precisa, [...] o que eu fazia eu não faço mais. (ENT 05)

Eu acho que eu perdi a alegria de viver [...] assim triste de ficar dependendo dos outros a gente já acostumada a fazer as coisas e outro fazer não faz com a gente quer. Seja o que Deus quiser, ou perdendo o pé ou a perna eu só quero enviar para Deus. [...] Já cansada de sofrer que se cortar uma perna eu ia ficar numa boa. (ENT 10)

[...] a gente se vê angustiada um pouco por dentro. [...] Depois dos problemas do pé a tristeza continuou pior agora (ENT 11).

Eu falaria que a diabetes é uma doença que é triste em minha vida (ENT 12).

Tanto a depressão quanto a angústia ficam patentes nesses discursos. O fato de defrontar-se com uma nova condição de saúde, algo novo, incerto, de ficar submetido a uma situação de risco, a uma vida de limitações, a uma mudança de comportamento profissional e social parece justificar esses estados.

A depressão tende a ser um problema recorrente em pacientes com diabetes, atingindo a média de um episódio por ano. Os pacientes deprimidos têm maior dificuldade em controlar os níveis de glicose no sangue (MALAFAIA, 2006).

Para Kubler-Ross (2000), o estágio de depressão pode se manifestar de forma notável ou silenciosa e depende da reação de cada paciente. A tristeza é causada pela sensação iminente de perda dos objetos amados; da execução limitada de suas funções, autonomia, emprego, instabilidade financeira; perda da vida ativa com a família e na sociedade, a perda das oportunidades e até mesmo da cidadania.

Para Marcelino e Carvalho (2005), a depressão tem uma importância singular no diabetes devido aos relatos de sua associação à baixa aderência ao tratamento, controle inadequado dos níveis de açúcar no sangue e aumento do risco de complicações da doença micro e macro-vascular.

Devido à interação psicológica e comportamental entre a diabetes e a depressão, ambos passam a ser de controle mais difícil, aumentando os riscos de doença cardiovascular, retinopatia diabética levando à cegueira, neuropatia, e a outras complicações. A depressão pode ocorrer em até 20% das pessoas com diabetes, o tratamento pode melhorar a situação, criando um ciclo de feedback positivo (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

A grande ajuda para a melhoria da auto-estima do paciente também advém da equipe multiprofissional no sentido de proporcionar maior auxílio para o paciente desenvolver a autoconfiança e a auto-estima. Torna-se prioridade ajudar o paciente a livrar-se do desânimo, encorajá-lo a olhar o lado positivo e colorido da vida que o circunda. Para tanto, o paciente deve exteriorizar seu pensar, deve ser estimulado a conversar.

O estado de depressão piora com a falta de conhecimento e de compreensão de suas necessidades por parte das pessoas que o circundam. A primeira reação para com as pessoas tristes é tentar animá-las, motivá-las, apontar novas possibilidades para viver melhor (KUBLER – ROSS, 2000). Com a evolução do tratamento para a diabetes, é dever das

equipes de saúde que atuam nas unidades básicas de saúde se atualizarem, adotando tratamentos mais flexíveis e que propiciem bons resultados.

O quinto estágio descrito por Kubler-Ross é a **aceitação**, que pode advir da concordância real ou da fuga para uma nova condição de saúde. O indivíduo se encontra diante de uma nova realidade imposta, em uma situação com poucos meios para mudá-la, pelo que se pode depreender dos trechos que se seguem:

*Eu senti assim, fazer o que, agora é cuidar e fazer o tratamento. Conhecia diabetes porque minha mãe tinha [...] (ENT 07).
Eu perdi a alegria de viver [...] por ficar dependendo dos outros a gente já acostumada a fazer as coisas e outro fazer não faz como a gente quer [...] Já estou cansada de sofrer que se cortar uma perna eu ia ficar numa boa melhor que morrer. (ENT 10)*

O perfil emocional e o grau de aceitação do diabetes mellitus parecem influenciar diretamente nos níveis glicêmicos (MAIA; ARAÚJO, 2004).

Na fase da aceitação, o paciente não mais sentirá depressão nem raiva, quanto ao seu “destino”. A aceitação pode ser a expressão de quem não agüenta mais lutar, uma fuga de sentimentos ou, também, o início de uma batalha para aumentar os dias de vida. Alguns pacientes lutam até o fim, se debatem e se agarram à esperança, outros deixam de lutar (KUBLER – ROSS, 2000).

Nessa subcategoria, os sentimentos que mais se expressaram foram os negativos, como: a negação da doença, raiva, tristeza, estresse e depressão que em muito interferem na adesão ao tratamento. Ficou claro, também, que as equipes de saúde da rede básica não têm tido tempo ou estão distantes do trabalhar com a subjetividade, e a consequência é o favorecimento das hospitalizações.

O papel de educador e orientador da (o) enfermeira (o) faz-se fundamental no cuidado a pacientes com diabetes, os quais devem ser levados a conhecer sempre mais sobre a doença e suas reações. As informações devem ser dadas de acordo o grau de entendimento da pessoa, com clareza, facilitando a compreensão.

Nem todas as pessoas vítimas de doença crônico-degenerativa passam por todos os estágios de sentimentos e de apresentação separados. As emoções negativas precisam ser superadas para que a pessoa alcance a fase de aceitação da doença. A aceitação leva à diminuição da ansiedade e da insegurança, ao aumento do amor próprio e da confiança, otimizando o controle da glicose no sangue, a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida (GUERRA, 2006).

O profissional de saúde precisa saber ouvir, ser mais sensível às manifestações e aos comportamentos sutis do paciente, tendo sempre em mente sua meta de atender às necessidades do paciente para que esse possa viver melhor com seu diagnóstico (KUBLER-ROSS, 2000). Para tanto, os profissionais devem ser motivados pelos gestores da atenção básica, para que façam atualização e capacitação a fim de esclarecer à pessoa com diabetes dúvidas sobre a doença, proporcionando trocas de experiências; motivando a atividade de lazer e esporte prazeroso, incentivando a participação em grupo procurando identificar as situações desencadeantes de sentimentos desfavoráveis ao tratamento e combatê-los (GUERRA, 2006).

O Manual com Plano de Reorganização da Atenção ao Diabetes registra que a capacitação dos profissionais da atenção básica tem como base os protocolos, os manuais e consensos, demonstrando, ainda, tendências para o modelo assistencial mecanicista e biologicista, voltado para o corpo, permitindo uma lacuna do cuidar em sua integralidade atentando para a subjetividade dos sujeitos (BRASIL, 2002b).

Mediante este estudo, ficou evidente que o sentimento negativo dificulta a mudança no estilo de vida e a adesão ao tratamento, o que facilita as hospitalizações. Que o enfermeiro necessita, portanto, entender melhor todos os processos pelos quais passa a pessoa com diabetes a fim de trabalhar com a sua subjetividade. O controle nesse sentido pode ser naturalmente alcançado na atenção básica, basta que a equipe multiprofissional, principalmente a de enfermagem, adquira conhecimento para manejar e saber lidar com a situação e disponha de tempo para atuar. Medidas simples, como, ouvir atentamente e a terapia através do “papo”, possibilitam, ao paciente com sentimentos negativos, responder muito melhor ao controle metabólico do que, simplesmente, da medicação na dose certa.

Acredito que o cuidado com as pessoas com diabetes na rede básica sofre o prejuízo da rotina rígida do serviço, centrada, muitas vezes, na produção de trabalho e na normatização dos manuais técnicos, permitindo, apenas, a execução de procedimentos técnicos e burocráticos. Isto dificulta o envolvimento emocional com os pacientes, resulta que fique limitado o estabelecimento de vínculos entre quem cuida e quem é cuidado.

A melhoria no atendimento exige que os gestores da rede básica invistam em atualizações para tratamentos reflexivos, centrados no cuidar, e tenham em mente a idéia da necessidade de tempo para o enfermeiro trabalhar, não com quantidade, mas, com qualidade.

c) Subcategoria 3 - As Mudanças Motivadas pelo Diagnóstico de Diabetes

Trata-se, agora, de relatar as mudanças ocorridas na vida dos sujeitos da amostra, em face do conhecimento do diagnóstico de diabetes mellitus que, de saber se, com o passar dos anos, essas mudanças influenciaram, ou não, no aparecimento de complicações.

A presença da diabete, como é sabido, impõe mudança no estilo de vida para que se tenha um bom controle e, conseqüentemente, sejam evitadas complicações e internações. Tais mudanças envolvem controle alimentar, desempenho de atividade física, uso de medicações e cuidados preventivos. São sugestivas as falas dos depoentes sobre essa questão:

Mudou muita coisa, porque só de imaginar que não era tudo que eu podia comer nada com açúcar sempre com adoçante. (ENT 02)

Muita coisa mudou porque hoje eu não como tudo que sinto vontade [...] (ENT 03).

[...] mudou, depois foi que passei a tomar todo dia o miudinho, depois passei a tomar insulina e desde os remédios até agora, eu estou tomando mesmo (ENT 04).

[...] minha vida mudou de bom para pior porque a gente não tem a liberdade de usar aquilo que a pessoa precisa, [...] o que eu fazia eu não faço mais. (ENT 05)

O tratamento da DM envolve desde ações educativas até o uso de medicações. As medicações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde para o tratamento de diabetes são: de hipoglicemiantes orais, insulina NPH e regular (BRASIL, 2002a).

Grande parte dos entrevistados aponta a mudança alimentar como a principal dificuldade a ser superada, passam a idéia que essa dificuldade advém do cunho proibitivo, das restrições alimentares contidas no programa.

Os dados revelaram que o ato de comer está diretamente relacionado aos aspectos emocionais, à satisfação, ao prazer de se alimentar com liberdade. Percebe-se, também, a dificuldade da pessoa com diabetes em dar continuidade à dieta prescrita pelos profissionais, associada, freqüentemente, a uma imagem negativa.

Aceitar a dieta recomendada tem vários significados, tais como, a perda do prazer de comer e beber, a restrição da autonomia, a restrição da liberdade para se alimentar com que quiser ou gostar. As limitações e proibições impostas pela doença e seu tratamento tiram a liberdade de fazer o que se tem vontade, o que resulta num viver triste.

O que nos chamou a atenção foi o fato de não se revelar, nos discursos, a transgressão alimentar. No entanto, essa transgressão tem se mostrado muito presente na vida das pessoas

com diabetes. Entre os diabéticos tipo 2, geralmente assintomático devido ao silêncio no surgimento dos sintomas, estão as pessoas que transgridem a dieta estabelecida pelo fato de nada sentirem.

Para Santana (2001), da proibição, surge o desejo, e desse desejo, surge a transgressão. Na verdade, a proibição aguça o desejo, quanto mais proibido mais desejado se torna o objeto. Para a autora, a transgressão e o desejo alimentar estão sempre presentes na vida das pessoas com diabetes. Esse desejo as faz sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa. Ademais, entende-se que a transgressão parece funcionar como uma "válvula de escape" para as atribuições diárias com redução da insatisfação e do estresse.

O grande desafio para a equipe de saúde da rede básica consiste em desenvolver ações que levem a pessoa com diabetes a sair do sedentarismo, modificar os hábitos alimentares, perder peso, reduzir o tabagismo e o alcoolismo, aumentar o nível de conhecimento sobre a doença para prevenir danos aos órgãos alvo (BRASIL, 2002b).

Para tanto, precisa-se implantar, efetivamente, na rede básica, o processo de educação nutricional em diabetes que, pelos discursos dos sujeitos, ainda é muito ineficaz. Os recursos necessários são simples para se desenvolver um trabalho adequado, e de baixo custo, por basear-se em um planejamento alimentar centrado na liberdade do que se tem e está disponível e do que se pode comer, fazendo ver que a modificação alimentar pode ser prazerosa, e depende de novo olhar.

Conduzir a pessoa com diabetes a fim de modificar os hábitos alimentares de forma prazerosa é uma responsabilidade da equipe de saúde, e a enfermagem deve estar integrada à nutricionista, membro fundamental no planejamento e avaliação do plano alimentar tão significativo para prevenir e retardar efeitos da doença e a hospitalização.

d) Subcategoria 4 - As Expectativas Futuras

Cogita-se aqui acerca do que pode ser feito ou modificado na vida da pessoa com diabetes, que significaria, para ela, uma motivação para viver bem, a esperança de dias melhores diante de tantas angústias e tristezas que confessam experimentar:

Andar melhoraria [bem como] comer tudo e ficar com meus filhos reunidos, perto de mim (ENT 02).

[...] Minha esperança de vida é ver, ter minhas vistas e a conservação de minhas

pernas, de minha saúde, pra conseguir isso Deus é quem me dá o poder e os médicos que devem me encaminhar no caminho certo. [...] (ENT 05)

[...] um dia vai chegar a cura para os diabetes. [...] Saindo do hospital agora eu vou mudar sim, tomar meu remédio na hora certa, seguir minha dietinha, meu remedinho. (ENT 10).

Para Rocha (1996), a expectativa é a situação de quem espera um acontecimento próximo, esperança de um fato que venha a ocorrer. A certeza de que a crise pode ter sido motivadora para determinar um novo rumo na vida.

O pressuposto, então, é que, a fim de que os pacientes busquem um bom controle e façam o tratamento, o sentimento de esperança deve estar presente e ser constante, bem como a percepção da necessidade de cuidar de si próprio.

Cada pessoa tem seu tempo próprio de acordar para a modificação de sua vida, seria importante que acontecesse um despertar para o controle do DM, antes do aparecimento das complicações. Para tanto, precisa de ajuda dos serviços de saúde. Os esforços dos gestores da atenção básica para melhorar a assistência ao diabetes existem, contudo, deve haver prioridade para o cuidar e o tratar do diabetes. São necessários maiores investimentos no sentido da prevenção das complicações, garantindo tecnologia adequada e acesso para o diagnóstico precoce, investimentos em novos tratamentos flexivos que melhorem e aumentem a esperança da qualidade de vida das pessoas com diabetes.

4.2.2 Categoria II: Analisando o Conhecimento Sobre Aspectos Psicossocioculturais da Diabetes Mellitus

Conhecimento sobre aspectos psicossocioculturais refere-se, aqui, ao saber do paciente a respeito da diabetes, o que ele afirma ser a doença ou o que ela representa para ele. Não o conhecimento teórico, sim, a sabedoria adquirida na vivência em grupo, no seu ambiente sociocultural. O questionamento foi feito em torno do conhecimento de cada paciente sobre complicações, etiopatologia da síndrome metabólica, bem como da sua relação de convivência com a família e com a comunidade a partir do momento da revelação do diagnóstico.

Os aspectos subjetivos acerca da doença para a pessoa com diabetes tipo 2 podem estar relacionados ao grau, intensidade e frequência da doença, à faixa etária da pessoa acometida, assim como ao sexo, suporte emocional, entre outros fatores. A repercussão da

doença varia de acordo com o contexto em que a pessoa vive, com o sistema de valores, atitudes e crenças a que está vinculado o viver de cada um, influenciando na forma de pensar, ser e agir.

a) Subcategoria 1 - Conhecimento sobre a Diabetes Mellitus

A partir dos relatos dos entrevistados, foi possível perceber que o conhecimento acerca da diabetes é, de modo geral, insatisfatório, muitas vezes, baseado no senso comum. O conhecimento deve ser adquirido através das informações transmitidas pelos profissionais nas unidades de saúde onde os pacientes são assistidos. A falta de conhecimento está relacionada à carência de informações sobre a temática, pelo que se pode depreender das falas:

Não sei bem o que é diabetes não, eu sei que a diabetes é uma doença miserável que ataca as vistas, o coração, o rins essas coisas assim, doença que não presta. [...] (ENT 06)

Não sei nem dizer o que é diabetes, não tenho idéia, nem sei o que é. Eu acho que não tem cura. (ENT 09)

Eu nem sei como é ela. [...] É uma doença que entra de fininho, que quando a gente vem descobrindo já é tarde. É silenciosa ela entra no seu corpo e fica. [...] Não tem cura. [...] (ENT 10)

Eu não sei o que é diabetes não, até hoje eu penso o que é diabetes, como é que começa, porque que começa não sei. [...] eu não sei se é o sangue branco, fraco, eu não sei se é o sangue grosso, eu não sei, eu imagino assim, uma coisa que eu nem sei explicar. [...] (ENT 11)

Pelas declarações, é possível afirmar que os pacientes pouco sabem sobre a diabetes e que aqueles com algum conhecimento tinham informações equivocadas sobre a enfermidade.

Torres (2005) acredita que a apreensão do conhecimento comum sobre o processo de adesão ao tratamento, ou seja, a visão de mundo dos portadores de diabetes pode facilitar o planejamento de estratégias de adesão menos automatizadas e normalizadas, que possam ser mais eficazes na proteção desses indivíduos, em relação às complicações crônicas advindas da doença.

O que se vem de colocar permite inferir que o conhecimento do cliente sobre a doença é fundamental para que o mesmo faça um bom controle de sua saúde e, conseqüentemente, contribua para reduzir as complicações e o número de internações. Para que esse conhecimento seja apreendido, é necessário que a (o) enfermeira (o) que trabalha na assistência a esses pacientes, na unidade de saúde, possa buscar e, ao mesmo tempo, disponibilizar informações que auxiliem de modo efetivo na construção de um novo modelo

de atenção.

A desinformação sobre a prevenção e o tratamento da doença pode ser fator agravante para hospitalização, visto que a falta de conhecimento sobre a doença dificulta o controle glicêmico adequado culminando com as amputações, outras complicações ou até mesmo na morte. É preciso saber o necessário para se cuidar e evitar complicações diabéticas, para que o indivíduo busque e aplique medidas de prevenção.

A DM é uma doença crônica estigmatizante, sequeladora, isso significa que a pessoa com essa doença precisa estar preparada e bem informada para enfrentar as inúmeras dificuldades de cunho biopsicossociocultural que poderão interferir de forma efetiva no processo de adesão ao tratamento a que deve se submeter. Procurar compreender essas dificuldades é de suma importância, principalmente, explorando as condições de conhecimento sobre a temática.

As informações sobre a diabetes são fundamentais para o tratamento, servem para esclarecer sobre mitos e crendices, desfazer temores e inseguranças, orientar e supervisionar hábitos saudáveis, ensinar ao paciente como reconhecer sinais de complicações e como tratá-las (BRASIL, 2002a).

Segundo Torres (2005), há necessidade de os programas de educação em saúde transmitirem conhecimentos padronizados e contextualizados com a realidade e as necessidades do indivíduo e do espaço de que eles fazem parte, respeitando o sujeito como um *ser* social ativo, dotado de conhecimentos, opiniões, atitudes, considerando suas relações psicossociais e culturais mais amplas. A educação em saúde baseia-se na troca de saberes, buscando unir o saber científico com o saber popular.

b) Subcategoria 2 - Convivência Social com a Diabetes Mellitus

Entende-se convivência com os diabetes a forma de se relacionar com as pessoas ou como as pessoas se relacionam com você a partir do momento que sabem ser você uma pessoa que tem uma limitação determinada por uma “doença” e que, de certa forma, necessita de cuidados específicos, mudança de estilo de vida envolvendo desde o controle alimentar até a realização de atividade física e o uso correto da medicação em horário específico.

As informações obtidas nos depoimentos dos participantes levam a compreensão que a convivência social com o diabetes é, de certa forma, difícil, devido à limitação imposta pela

doença que muitas vezes impede a participação em eventos sociais, os quais são sempre à base de comidas e bebidas proibidas em vista das restrições alimentares. Porém, essa limitação deve ser entendida e superada, pois não se pode abdicar da vida, mesmo que precise adequar-se a um novo convívio, com a doença.

Nos discursos, o relacionamento com vizinhos e amigos revela-se normal. Os sujeitos deram a entender que não perceberam grande diferença depois do descobrimento da diabetes, referem a uma boa convivência, semelhante à existente antes de saber do diagnóstico.

Alguns, todavia, experimentaram reações não muito agradáveis, discriminatórias. Percebe-se que a ocorrência de conflitos familiares e sociais traz dificuldades no dia-a-dia da pessoa com diabetes e torna muito mais difícil um bom controle de saúde.

Pelos relatos em seguida, pode-se ter uma idéia dos sentimentos experimentados pelos sujeitos relativamente à questão convivência.

Minha família convive bem comigo graças a Deus. Os meus vizinhos não têm nada a reclamar não. Eu vivo dentro de casa só de arrumar a casa, ligo meu som e curto olhar para minha casa, sou solteira e não gosto muito de sair não, só ficar dentro de casa. (ENT 01)

[...] Eu me relaciono bem com as pessoas porque muita gente sabe que eu tenho diabetes. [...] Eu acho que as pessoas acham que é contagioso porque muita pessoa que sabem que é diabético tem até nojo. Eu acho que os vizinhos mudaram porque eu estava num ponto [...] minha mão encostou-se a certa pessoa, ela não tirou a mão, mas [...] eu senti que ela estava com nojo de mim. [...] (ENT 03)

[...] Meu marido mudou desde dia que eu estou internada, não faz aquilo que eu quero. [...] Na vizinhança ninguém comenta não, Ninguém comenta todo mundo sabia. [...] Eu queria viver só, eu não queria o meu esposo mais. [...] (ENT 11)

Fica patente que a vida social dessas pessoas modificou-se em vista das limitações físicas, emocionais, profissionais e sociais decorrentes da doença. Algumas delas revelam que a vida não é a mesma, e que as dificuldades surgem à medida que vão surgindo as complicações. Surgem, também, os mais variados sentimentos que de certa forma acabam por caracterizar a convivência com a DM como dificultosa e conflituosa.

Para Sales (2003), o fato de os indivíduos possuírem representações preexistentes e em razão dos aspectos sociais e culturais serem fortes indicativos que influenciam a apreensão dos fenômenos, as dificuldades sentidas pelo doente, pela família, pelos profissionais de saúde e por tantas outras pessoas podem criar um mecanismo de respostas aos manifestos sinais e sintomas da doença sentenciando ou condenando o portador a um refúgio na própria doença.

Compreendemos que o conhecimento, a vivência na comunidade e a reação das

peças que os circundam podem facilitar ou dificultar o controle glicêmico dos pacientes determinando, também, razões para internação. No modelo de saúde hospitalocêntrico, o indivíduo sente-se deslocado em meio a sua família à comunidade. Nos discursos dos entrevistados, não fica claro o compromisso entre a comunidade e a pessoa com diabetes para auxiliar na mudança de comportamento e melhorar o desempenho com o tratamento.

A família e a sociedade em que vive a pessoa com diabetes têm responsabilidade fundamental de ajudá-la na mudança, sob o aspecto dietético, e no estilo de vida, nas questões emocionais, na desmistificação da doença e no acolhimento social. Esse apoio colabora para um bom controle metabólico, melhora a aceitação da doença, facilita a reinserção social com desenvolvimento normal das atividades profissional e social.

O bom atendimento de saúde na rede básica deve, pois, buscar estratégias para melhorar o convívio do paciente na família e na sociedade, contextualizando o tratamento dentro do habitat do paciente. Para ajudá-lo a superar as dificuldades com a doença, fazendo-o sentir-se incluso no grupo de que é parte integrante.

Atualmente, no que tange ao atendimento do diabetes na atenção básica, são notórias as dificuldades na articulação do tratamento com a área social, por haver pouca qualificação na estratégia de saúde da família, que propõe articulações do cuidar envolvendo a pessoa com diabetes, família e comunidade.

c) Subcategoria 3 - Crenças Populares sobre a Diabetes Mellitus

A experiência tem mostrado que pessoas com diabetes, tratadas na rede básica, alimentam muitas crenças, acreditam que chás, “simpatias” podem ajudar no tratamento e terminam transgredindo-o como demonstram estes depoimentos:

Para ajudar no tratamento faço caminhada e tomo chazinho. [...] Faço dieta, na [...] É tanta coisa que a gente não pode fazer. [...] cumprir com sua dieta para não complicar, [...] fazer o controle é bom [...] não pode assim um prato para encher barriga [...] (ENT 01)

[...], mas a alimentação não segue a dieta não, como. tudo que vai mudar [...] só melhoraria se aparecesse um remédio que acabasse com ela, que tem muita gente que só de desgosto vai indo vai indo morre. (ENT 02)

[...] chá eu tomo pouco porque é sujeito tomar o chá e baixar os diabetes e agente não sabe. Tudo que não é para eu comer eu como. [...] Faço mingau boto açúcar dentro, não uso adoçante para nada, [...] Não faço exercício físico nenhum, detesto caminhar [...] Eu estou com quatro meses aqui porque o açúcar subiu muito porque

eu fiz muita estripulia. [...] não acredito no tratamento não (ENT 03).

Nas falas que se vêm de expor, percebe-se que a crença das pessoas nos chás se contrapõe à descrença no tratamento clínico, porque nem sempre está de acordo com o que elas pensam. A restrição alimentar as incomoda bastante. Para eles, o importante é o prazer de comer com liberdade satisfazendo o desejo, isso os deixa felizes. É cultural na nossa sociedade ter prazer em comer. Embora, no caso deles, a transgressão alimentar possa contribuir para o sofrimento, a falta de conscientização sobre a doença e a descrença no tratamento levam-nos a praticá-la.

A crença está entre a opinião e o saber que repousa em princípios subjetivos e espirituais, é a certeza sem provas, é a fé. Percebe-se, nessas falas, a falta de fé e de esperança dessas pessoas, dificultando o viver bem com a diabetes, tornando suas idas mais frequentes aos serviços de atendimento de emergência e agravando mais as complicações diabéticas.

O planejador da rede básica deve investir forte em medidas que possam oferecer resultados mais promissores no controle metabólico, e que esses resultados possam ser sentidos e visíveis por parte dos pacientes, refletindo na melhoria da sua qualidade de vida, para mantê-los com fé e felizes.

A necessidade de investir-se na equipe de saúde da rede básica é grande, principalmente na enfermagem, para atuar em sessões de grupo, que motivem a fé, os valores, a religião. Serão dadas assim oportunidades para os assistidos refletir sobre os avanços e dificuldades dos tratamentos a que forem submetidos e, ao mesmo tempo, sobre os sentimentos e as transgressões cometidas. A partir de então, será possível replanejar o cuidar centrado nas necessidades alegadas por eles, repensando valores e crenças.

4.2.3 Categoria III – Influência da assistência na rede básica para hospitalização por diabetes mellitus

Os determinantes das hospitalizações significam, no contexto deste trabalho, aquelas ações realizadas na Rede Básica, que justificam ser a internação uma falta de acompanhamento adequado das pessoas com diabetes, transgressões das ações orientadas pelos profissionais e fatores outros responsáveis pelo aparecimento de complicações.

Para caracterizar esses determinantes, a opção foi distribuí-los em subcategorias de forma que cada ação pudesse ser entendida separadamente estabelecendo-se as possíveis relações na determinação da hospitalização do paciente.

Para tanto, foi considerado importante dar destaque à rede básica, pois acredito que, em vista de sua organização, do qualitativo e do quantitativo de recursos humanos, e materiais, é possível contemplar a eficiência no acompanhamento e no controle glicêmico das pessoas com diabetes e determinar as influências no volume de hospitalizações dessa clientela.

a) Subcategoria 1- Acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus na UBS

A investigação levou a perceber que a maioria dos sujeitos é acompanhada pelas unidades de saúde, mês a mês, ou ainda, de dois a três meses. Apenas dois dos entrevistados relataram não serem acompanhados, freqüentemente, nas unidades básicas de saúde.

Ficou patente, também, a irregularidade na freqüência com a qual esses pacientes comparecem ao serviço, de certa forma, o acompanhamento pode estar sendo realizado, assistematicamente, pelo serviço de saúde, dificultando a aplicabilidade de ações para melhorar o controle metabólico e dificultar o surgimento de complicações.

O centro das narrativas relacionado com os discursos dos sujeitos sobre o acompanhamento dos mesmos na rede básica está evocado nestas falas:

Faço acompanhamento lá na Unidade de saúde, eu faço de 2 em 2 meses e 3 em 3 meses (ENT 01).

Eu freqüento o Centro de Referência em frente à feira da Estação, lá eu tenho médico e acompanhamento com nutricionista [...] eu vou lá 01 vez no mês. (ENT 03)

Entretanto, ainda que os sujeitos tenham declarado que respeitam o retorno e que comparecem à unidade, de acordo com o agendamento programado, esse não constitui um indicador expressivo para o controle metabólico, visto que eles apresentaram complicações e estavam internados no momento da coleta de dados, por motivos variados.

É perceptível, ainda, que o acompanhamento freqüente nem sempre determina a redução de internações ou a prevenção de complicações. Outros fatores estão associados às razões de internação, porém, entendo que um acompanhamento eficaz e uma boa orientação podem, de certa forma, ser coadjuvantes para ajudá-los a alcançar um controle sobre a doença, tão necessário à boa qualidade de vida.

O acompanhamento das pessoas com diabete do tipo 2, estáveis, e o controle

satisfatório podem ser avaliados pela equipe multidisciplinar a cada três meses, efetuando-se pesquisa em torno das complicações crônicas. Anualmente, de acordo com a instabilidade dos quadros de pessoal, a avaliação deve ser mais freqüente, variando de acordo com as necessidades (BRASIL, 2002b). No aspecto de intervalo de tempo para as consultas nas unidades, observou-se obediência à orientação do Plano de Reorganização da Atenção ao Diabetes Mellitus, entretanto os níveis glicêmicos estão sendo suplantados precisando-se rever a avaliação do grupo de pessoas com diabetes descompensadas e replanejar as ações porquanto elas necessitam de acompanhamento mais freqüente para reverter a descompensação metabólica.

A prática permitiu que se percebesse que as atividades educativas em unidade básica de saúde são de extrema importância para a conscientização do indivíduo com diabetes, pois é através de atividade dessa natureza que o profissional de saúde fornece, aos pacientes, subsídios para que eles tenham conhecimento sobre a doença, complicações e tratamento e possam, então, gerir o autocuidado, conseqüentemente, retardando ou mesmo evitando as complicações e diminuindo a incidência de internamentos.

A prática de atividades educativas fica clara nos discursos, que se referem a realização de palestras:

Lá na unidade eles fazem palestra e informam o que é diabetes. Explicam tudo. [...] Eu já tomei aula sobre diabetes, mas do enfermeiro não. [...] (ENT 03).

[...] Não recebo orientação educativa não. A enfermeira informa o que pode acontecer com os olhos, com o pé. [...] (ENT 08)

Lá no Posto de saúde fazem palestra [...], mas o enfermeiro conversou pouco a respeito do diabetes, quem conversou mais foi a doutora, [...] (ENT 06).

No Posto recebo orientações sobre diabetes. As enfermeiras já deram orientações sobre complicações e no posto também dá. (ENT 07).

Pode-se perceber que não há, regularmente, uma prática de educação em saúde de forma coletiva em todas as unidades básicas de saúde, às quais as pessoas com diabetes estão vinculadas. Observa-se, nas falas de alguns sujeitos, que esses não reconhecem o enfermeiro como educador voltado para a saúde, outros se negam a participar por motivos não explicados, outros, ainda, colocam a dificuldade de deslocamento como sendo um empecilho em suas vidas em conseqüência da diabetes.

É sabido que, dentre as muitas ações a serem desempenhadas pelos enfermeiros em unidades de saúde, as educativas merecem destaque. Alguns entrevistados passam em seu discurso, a certeza de já terem recebido orientações na unidade onde são atendidos, porém

ressaltam não ter sido o enfermeiro o responsável pelas mesmas.

A educação é um fator essencial no tratamento, constitui um direito e dever do paciente e, também, um dever dos responsáveis pela promoção da saúde. É a ação que deve abranger diversos pontos como consequência do DM não-tratado e não-controlado; reforçar a importância da alimentação; enfatizar os benefícios da atividade física e da automonitorização; ensinar como prevenir, detectar e tratar as complicações até chegar ao hospital; ensinar sobre sinais de risco para doenças cardiovasculares, do pé diabético; incentivar autonomia para seu controle no tratamento (BRASIL, 2002a).

Zanetti (2003) ressalta a suma importância da capacitação dos profissionais de saúde que atendem a essa clientela, pois a educação em diabetes perpassa por uma transformação de comportamento e hábito de vida frente à enfermidade, ocorrendo deslocamento de comportamentos passivos para responsabilização da pessoa diabética diante do cuidado com a sua saúde.

Não se pode deixar de reconhecer que, na educação em saúde para o paciente diabético, há necessidade de se buscar estratégias efetivas mediante uma abordagem voltada para uma assistência integral, envolvendo o paciente como um todo, considerando suas limitações.

A participação da pessoa com diabetes nas ações educativas é decisiva para que essa possa se informar e, também, para que o profissional de saúde possa acompanhá-la de perto, do contrário, torna-se difícil reconhecer as transgressões que ocasionem a hiperglicemia e, conseqüentemente, as complicações diabéticas; impossível reconhecer sinais de complicações e os fatores de risco de doenças cardiovasculares. A precariedade de conhecimentos sobre a doença e suas complicações pode ser um dos determinantes do alto índice de hospitalização.

As falas dos sujeitos demonstram que o acompanhamento e a educação sobre diabetes na rede básica têm se constituído uma experiência fragmentada. Construída com pouca motivação para atendimentos subseqüentes, com insuficiente conhecimento específico sobre a diabetes para as pessoas que têm a enfermidade, denota, também, escasso envolvimento educacional pela enfermagem, e o desenvolvimento da orientação sobre diabetes nas unidades básicas de saúde recebe um pequeno enfoque.

Esta investigação sinaliza para a necessidade de suplantar o modelo hospitalocêntrico a fim de desenhar melhor a proposta de transformar pelo educar e de reavaliar para atingir os objetivos do cuidar da pessoa com diabetes, o que só será possível com melhor capacitação da equipe de saúde para que essa venha a centrar-se, de fato, na estratégia de saúde da família.

b) Subcategoria 2 - Presença de complicações diabéticas

As complicações merecem destaque, uma vez que as grandes determinantes de internação constatadas pela pesquisa têm sido as complicações ocasionadas pelos sucessivos descontroles glicêmicos.

É possível perceber, nos relatos apresentados, que praticamente todos os entrevistados apresentam problemas na visão, e apenas um deles refere não ter nenhuma complicação ou problema.

[...] estou inchando, os pés estão todos dormentes [...] no coração só tenho arritmia [...] perdi a visão. [...] (ENT 01)

[...] deu problema nas vistas, [...] deu problema no coração. [...] criou umas bolhas de água nas pernas [...] e depois virou ferida e outras feridas pioraram [...] (ENT 02)

[...] perdi as vistas [...] tirei a perna. (ENT 04)

Amputei 3 dedos do pé esquerdo primeiro e agora foi pro pronto vim para cá e agora amputei os dois últimos. [...] (ENT 05).

Tenho problemas nas vistas [...] Deu derrame também, no coração deu um começo de veia entupindo. Os rins estavam bons, essa semana é que foram atingidos no dia que o açúcar baixou de vez, no rim do lado esquerdo ficou doente. [...] o médico disse que eu tenho problema de circulação nas pernas, [...] (ENT 06).

[...] estou com problemas no coração, [...] O rim está péssimo, só está funcionando 25% eu não ouvi falar se era os dois ou era um só, e a circulação tenho problemas, [...] Eu já tive ferida no pé e demorou uns três meses para cicatrizar, [...] (ENT 07).

[...] O ferimento apareceu na perna quando eu vim dar conta de mim estava uma pereba crescendo na perna. [...] (ENT 09)

A prevalência das complicações crônicas vem crescendo assustadoramente e se tornando uma das principais causas de hospitalizações. Este estudo tem um diferencial, pois traz as principais complicações crônicas que motivaram a hospitalização dos sujeitos, identificadas com base nas narrativas que eles fornecem.

São muitos os fatores que podem interferir na precocidade da complicação crônica. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas complicações são: longa duração da doença; mau controle metabólico; presença de hipertensão arterial; tabagismo; alcoolismo; complicações preexistentes. O rastreamento dessas complicações na diabetes tipo 2 deve ser anual, a partir do diagnóstico, condições de risco, sinais sintomas e monitorização com achados de exames de rotina laboratoriais e de imagens (BRASIL, 2002a).

Para Mota *apud* Tavares (2006), o objetivo do tratamento da DM é conseguir

adequada compensação metabólica; evitar ou retardar o aparecimento ou a progressão das complicações da doença; proporcionar ao cliente o bem-estar físico, psíquico e social; contribuir para normalização da glicemia e desenvolvimento do autocuidado para melhoria de vida.

Sobre a identificação das complicações crônicas, as repostas referem a pé diabético, retinopatia, nefropatia, neuropatia. Entre as doenças associadas, foram referidas as cardiovasculares. Medidas terapêuticas simples, de baixo custo, assim como diagnóstico precoce, ajudam no retardamento do aparecimento das complicações crônicas (SBEM SBD, 1999). As pessoas com diabetes tipo 2 devem realizar prévia avaliação de lesões em órgão alvo, periodicamente, sobretudo aqueles com mais de dez anos de diabetes (BRASIL, 2002a).

A análise dessa categoria permite que se determinem os fatores interligados à rede básica de saúde que podem influenciar na precocidade ou exacerbamento das complicações crônicas da pessoa com diabetes. No decorrer dos discursos que dizem respeito a outras categorias percebem-se muitas transgressões ao tratamento e limitado conhecimento específico por parte das pessoas com diabetes dando lugar à hiperglicemia, levando a uma maior gravidade das complicações.

Não se pode ir de encontro à liberdade do paciente de decidir sobre seu comportamento e tratamento, mas a verdade é que ele precisa ser orientado e protegido pelos serviços de saúde os quais também têm responsabilidade no retardamento das complicações.

Para que essa tarefa se efetive, a enfermagem da rede básica de saúde precisa estar atenta para manter um fácil acesso ao atendimento nas unidades de saúde para o grupo com hiperglicemia, garantindo consultas especializadas, exames laboratoriais e de imagens, introduzindo ações que colaborem com a eficácia do tratamento voltado para os aspectos psicossocioculturais e assim possa tornar o paciente autônomo para autocuidar-se, com conhecimento específico para intervir na prevenção de situações de risco que levem a hospitalização por complicações crônicas.

A expectativa é que, com essa atuação, abra-se a possibilidade de se reduzir a procura pelo atendimento de urgência e emergência, os desgastes emocionais do paciente e da família e, possivelmente, de diminuir as hospitalizações, e a incapacitação, e a mortalidade por causa da doença. Enfim, que melhoraria consideravelmente a vida da pessoa com diabetes.

c) Subcategoria 3 - Tratamento e Controle dos Fatores de Risco

Tratar o diabetes de forma adequada, fazer um bom controle glicêmico são dois recursos importantes, para se evitar complicações e reduzir o número de internações causadas pela diabetes. O tratamento medicamentoso envolve o uso de hipoglicemiantes orais e/ou insulina, atividade física e plano alimentar. Para realizá-lo, é importante que o paciente seja esclarecido acerca do processo a que se submeterá, tenha acesso às medicações necessárias e seja cuidadosamente acompanhado pelos profissionais no serviço de saúde.

De acordo com os depoimentos, podemos dizer que o tratamento medicamentoso oferecido vai desde o uso de hipoglicemiantes orais ao uso da insulina, mas o uso de ambos não se dá com disciplina e organização por parte do paciente, pouco consciente da necessidade de fazê-lo de forma correta. Sob esse aspecto, são sugestivas estas revelações:

[...] Eu pego a medicação certa no posto, [...] quando falta mando buscar em outro dia e vem do mesmo jeito. (ENT 02)

[...] Pego insulina na Secretaria, e sempre tem. (ENT 03)

[...] Não falta insulina antes de acabar a doutora manda. [...] (ENT 05)

[...] Em casa tomava insulina em jejum só deixava de tomar quando acabava mesmo [...] pedi a minha sobrinha para aprender para fazer de manhã cedo, (ENT 02).

Eu sou dependente de insulina eu uso insulina NPH. [...] Eu uso a insulina e o glucobay, [...] (ENT 03).

[...] eu uso insulina e captopril, [...]. Em casa quem me aplica é minha filha. [...], nunca deixei de tomar insulina, só paro um dia, mas ao levar dois ou três dias [...] (ENT 04)

[...]. Vim tomar o remédio de uns tempos para cá e fazer a dieta. [...], mas tem hora assim que eu tomo o remédio e esqueço se eu tomei o remédio se não tomei, (ENT 05).

Com o tratamento... Esse negócio de furadinha é que não está no gibi, se fosse outro, até uma bombinha seria melhor [...] Sou eu mesma que aplico [...] (ENT 10).

Para adesão ao tratamento, há necessidade do serviço dispensar, regularmente, as medicações necessárias para todo tratamento assim como é também responsabilidade do serviço oferecer informações e treinamento necessário para que a pessoa com diabetes e família consigam desenvolvê-lo, aumentando as possibilidades de se fazer um bom controle da doença.

A transgressão ao tratamento ocasiona a hiperglicemia, que causa alterações devastadoras nas membranas dos capilares sanguíneos e nas células. Essas situações contribuem para aparecimento e agravamento das complicações crônicas, que podem ser

retardadas com cuidado adequado, estilo de vida adequado, atividade física, alimentação adequada, peso ideal, educação em saúde, uso regular de medicações e um bom atendimento pelos serviços de saúde (OPAS, 2006).

As falas dos sujeitos permitem perceber que as unidades de saúde dispensam, regularmente as medicações para o tratamento. Todavia, as informações e a sensibilização da pessoa com diabetes, quanto à informação sobre a importância do tratamento, a responsabilidade do paciente para executá-lo assim como aplicabilidade de ações para auto-aplicação de insulina ainda ocorrem de forma precária.

Os sujeitos fizeram ver mediante seus discursos referentes ao tratamento, comportamentos passivos, com pouca responsabilização, conhecimento e habilidade para manejar a doença. Manifestaram sentimentos negativos e insatisfação com a terapêutica, também deram a entender que acreditam pouco no tratamento e por isso o transgridem. Em consequência, ficam com teor de açúcar elevado, agravam-se as complicações crônicas, e necessitam se hospitalizar.

É imprescindível que os serviços de saúde mantenham o grupo de hiperglicêmicos sob monitorização, avaliando e reavaliando as ações desenvolvidas para reduzir os valores glicêmicos, envolvendo toda equipe multiprofissional, o indivíduo e a família. Sem perder jamais o controle das pessoas que receberam atendimento de emergência e/ou foram hospitalizadas, para averiguar e tentar eliminar os fatores que as levaram a tal situação.

A educação em saúde deve ser uma prioridade das unidades básicas, por ser de extrema importância para conscientização da pessoa com diabetes, por fornecer subsídios para que ela conheça a doença, o tratamento e assuma a responsabilidade com a própria saúde. O enfermeiro deve estar inserido nesse contexto, de forma especial, pois ele é o membro da equipe que passa mais tempo com o paciente e por isso precisa de maiores e melhores condições de trabalho para atuar na rede pública.

d) Subcategoria 4 - Realização de Exames: Glicemia Capilar e Laboratorial

A monitorização é um parâmetro importante para identificação do descontrole glicêmico. A frequência com a qual ocorre é de fundamental importância, pressupõe o controle dos horários de realização e dos alimentos ingeridos.

Os discursos reportam à realização de glicemia na unidade de saúde, nenhum referiu a

monitorização em casa, isso dificulta a obtenção de parâmetros glicêmicos necessários para um bom controle e possibilita o aparecimento de complicações que implicam internamentos.

Faço glicemia toda vez que vou à unidade de saúde. (ENT 01, 03, 05, 07, 08, 10, 11)

Lá no posto fazia exame de glicemia e parou [...] (ENT 02).

Não é todo dia que faz glicemia não, mas de vez em quando faz e no Posto quase toda vez que eu ia eles furam o dedo. (ENT 06)

Todo mês fazia glicemia e dava uma hora alta outra hora baixa no posto fazia exame do dedo. (ENT 09)

Um grande avanço para o tratamento nas unidades de saúde foi o monitoramento capilar, que possibilita avaliar a glicemia capilar rapidamente, no serviço ou no domicílio do paciente. Os diabetes estudados, apesar de realizarem glicemia capilar na unidade, não estavam registrados no grupo de hiperglicêmicos (de risco), que merecem intervenções imediatas e rigorosas para evitar a hospitalização.

A monitorização através dos exames laboratoriais é também de grande importância, pois um bom acompanhamento e leitura dos mesmos possibilitam a identificação das possíveis alterações a fim de evitar complicações maiores.

Os discursos evidenciam que é freqüente a realização de exame de laboratório pelos pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde, mas isso nem sempre condiz com a real necessidade da população.

Realizo freqüentemente o exame laboratorial, quando eu faço pelo SUS demora. (ENT 01)

Faço exames laboratoriais e demoro de receber o resultado [...]. (ENT 03)

Faço exames laboratoriais de três em três meses [...]. (ENT 05).

Só esse ano já fiz exame seis vezes, eu faço particular. (ENT 07)

Faço exames de laboratório e na mesma semana eu recebo. (ENT 08)

Faço exames de laboratório de três em três meses. São três dias para receber o resultado do exame. (ENT 11).

Os exames laboratoriais são realizados regularmente, mas alguns resultados demoram a ser entregues pelos laboratórios dos SUS. Os parâmetros bioquímicos são importantes para o controle metabólico, quando são realizados e avaliados no tempo adequado, se o resultado demora, isso dificulta a avaliação de risco no controle metabólico favorecendo hospitalizações

antes da pessoa ser avaliada pelo serviço de saúde. A pessoa com diabetes tem prioridade para realizar e receber resultado dos exames.

e) Subcategoria 5 - Atendimento de Urgência nas Unidades Básicas de Saúde

A assistência médica de qualidade é importante para a população, e, ter assistência completa significa assistência nos três níveis de atenção, seja de alta, média ou baixa complexidade.

A possibilidade de uma boa assistência na unidade básica de saúde, inclusive no atendimento de emergência na própria unidade, permite uma assistência mais rápida quando necessário, visto que a distância entre a unidade e a moradia do indivíduo é, possivelmente, menor que a das emergências dos hospitais. A assistência imediata possibilita a redução de agravos.

Quando preciso de atendimento de urgência vou ao posto do meu bairro ou aqui no hospital. Quando tenho algum problema vou no posto [...]. (ENT 01)

Quando tem urgência eu não agüento andar, eu tenho que ir ao Posto. (ENT 02)

Quando preciso de atendimento de urgência recebo na unidade de saúde. (ENT 03,04)

Quando fico com açúcar um pouco alto ficava lá direto, tomava remédio lá e eles furavam o dedo, mas uma vez a glicemia deu 530mg(ENT 06).

Quando a glicose está alta recebo atendimento no posto de lá. Se a pessoa tiver condições de andar vai lá ao posto, se não tiver eles vão pegar em casa. (ENT 07)

Recebo atendimento de urgência na unidade [...]. (ENT 08,10).

Esses depoimentos indicam que as situações de urgência são supridas na rede básica e em unidades de urgência da cidade. O fato sugere que o sistema de referência de saúde está funcionando plenamente nesses espaços, e que a clientela entrevistada reconhece as unidades que a atendem em situações de crise.

f) Subcategoria 6 – A Satisfação dos Usuários com as Normas do Serviço e os Profissionais das Unidades Básicas de Saúde

Mediante o relato dos entrevistados, podemos apreender que o serviço de saúde na

rede básica presta-lhes um bom atendimento, que se processa desde a realização da consulta por vários profissionais até as ações educativas e a distribuição da medicação.

A maneira como são recebidos fica patente nos discursos, essa maneira influencia no retorno do paciente, de forma sistemática, possibilitando que ele venha a ter um bom acompanhamento.

Gosto do atendimento no Posto [...] Gosto do atendimento e fico satisfeita [...] (ENT 01)

Lá na unidade de saúde eu gosto, [...] (02) [...] Fico satisfeita, eles são muito bons. (ENT 03)

Eu não reclamo de nada lá o que eles querem fazer eles fazem e eu não posso dizer nada. [...] (ENT 04)

Pode-se reconhecer, também, a satisfação do usuário com o serviço prestado, a gratidão pelo acompanhamento, e a valorização dos profissionais e do serviço. A entrevistada 11, depoimento adiante, atribui, ao serviço, suas dificuldades, que já foram mencionadas na subcategoria anterior.

As impressões prestadas dão a entender que, apesar das conseqüências, das dificuldades, ou ainda, das complicações, o profissional e o serviço de saúde fazem alguma diferença na vida desses assistidos, e, de certa forma, como foi colocado, o bom atendimento favorece a presença do paciente na unidade, por conseguinte, um bom acompanhamento. Não se deve esquecer, porém, dos outros fatores que influenciam o controle glicêmico a longo prazo e, conseqüentemente, reduzem as complicações e as internações.

A unidade atendia bem. Gosto, não só do centro, mas dos funcionários [...] (ENT 05)

Eu gostava do atendimento, a enfermeira até brincava muito comigo. (ENT 06)

[...] Eu gosto do atendimento de lá. (ENT 07)

[...] Sempre que preciso tem quem atenda, fico satisfeita com o atendimento dos profissionais. (ENT 08)

Gosto do Posto, [...] Gosto da equipe. [...] (ENT 05,06,07, 10,11,12)

Não gosto do atendimento no Posto não, porque isso aqui podia ter resolvido logo. Porque se lá no Posto fosse um lugar que resolvesse as coisas eu não estava com esse pé nessa situação, se lá no Posto da localidade fosse um Posto como o Posto do centro em frente à feirinha eu não estava com o pé desse jeito. (ENT 11)

É provável que a satisfação com o serviço prestado seja um atrativo para que o

paciente volte e se mantenha acompanhado. Portanto, é importante que os profissionais da unidade de saúde estejam atentos à maneira como estão recebendo essas pessoas e a melhor forma de lidar com elas para que se sintam à vontade e dispostas para o retorno.

4.2.4 CATEGORIA IV: DETERMINANTES DA HOSPITALIZAÇÃO SEGUNDO NARRATIVAS DOS SUJEITOS DO ESTUDO

A categoria em destaque diz respeito às razões das internações apontadas pelos entrevistados, isto é, os motivos que eles acreditam os levaram a se hospitalizar.

As falas indicam que o componente emocional interfere, de alguma forma, no controle glicêmico.

Internei porque sentia muita dor de cabeça, vômito e a pressão alta só, e esse edema nas pernas também faz parte. Eu acho mais que a ansiedade e preocupação é a maior razão do açúcar subir [...] (ENT 01).

Eu estava muito inchada, os diabetes estavam muito altos, por isso eu vim, [...]. Quando eu internei, o açúcar estava passando de 400 e não sabia por que [...] vim para cá por causa da perna ou do inchaço [...] (ENT 02).

Eu [...] sentir fortes dores na barriga essa dor me trouxe pro hospital [...] exame açúcar estava alto, estava muito alto [...] Comendo coisas que não devia comer. [...] eu roubo o açúcar e ponho no bolso [...] (ENT 03).

Eu vim para o hospital por problemas da diabete mesmo, essas diabetes como é triste, deu muito forte [...] deu forte o açúcar ainda esta alto, eu sei que está muito alto, a menina me disse ali que deu 300 e tanto [...] Fui internado urgente para não morrer[...] (ENT 12).

Quando eu vim para o Hospital eu desmaiei em casa e o médico aqui me falou a quantidade de açúcar, que o açúcar veio para zero, baixou demais,, aí me trouxeram para cá. [...] (ENT 06)

O que levou a me internar é que me deu uma falta de ar e eu fui parar Serviço de Emergência Médica de Hospital lá em Serrinha. [...] aí me tiraram o exame o diabetes estava 37, baixou de vez [...] (ENT 07)

A hiperglicemia e a hipoglicemia são apontadas como principais causas de internação.

Segundo Almeida (1997), a hiperglicemia persistente pode ser observada em pacientes mal-controlados, ocasiona alterações importantes nas membranas basais de capilares sanguíneos com a glicosilação não-enzimática de proteínas e, também, a ativação da formação de folhões, que se acumulam nas células.

A hiperglicemia prolongada promove o desenvolvimento de lesões orgânicas extensas e irreversíveis, afetando os olhos, os rins, os nervos, os vasos grandes e pequenos, assim como

a coagulação sanguínea (SBEM; SBD; ALAD; FEMAD, SBPC/ML, 2004).

A hipoglicemia se caracteriza pela deficiência de glicose, menor que 60 mg/dl, pode apresentar-se em pacientes usando insulina, em idosos em tratamento com sulfoniluréias, em pessoa acometida por insuficiência renal e neuropatia autonômica, ou mesmo por omissão alimentar e interações medicamentosas (GÔSSO; BRAGA, 2002). Para esses autores, na crise de hipoglicemia o diabético apresenta como sinais e sintomas, os tremores, sudorese, palidez, palpitações, fome intensa e outros. A pessoa diabética deve saber reconhecer esses sinais para poder preveni-la.

Em curto prazo, a monitorização freqüente poderá impedir as flutuações glicêmicas e episódios de crises de hipoglicemias ou hiperglicemias que algumas vezes podem levar o paciente à hospitalização (NASCIMENTO, 2005).

Vinhais *apud* Nascimento (2005) traz dez bons motivos para a automonitorização, dentre eles, podemos destacar: uma melhor qualidade de vida; reduzir a freqüência de complicações agudas da diabete, ajudar o paciente a conhecer a interferência de diversos fatores nos níveis de glicemia (alimentação, estresse, atividades físicas) e auxiliar os profissionais envolvidos nas modificações do tratamento.

A diabetes mellitus, associada à hipertensão arterial, apresentam características similares, que interferem de alguma forma na adesão ao tratamento, tais como, história natural prolongada (conexidade), multiplicidade de fatores associados, longo curso assintomático, evolução clínica lenta e permanente, possibilidade de evolução para complicações, necessidade de tratamento para toda vida, e hábitos de vida a serem modificados (PIERIN et al *apud* TORRES, 2005).

Esse autor complementa que a monitorização oportuna constitui a prevenção, alertando para os sinais da crise de hipoglicemia, com ações práticas e simples, podendo ser adotadas no domicílio ou no trabalho, minimizando os riscos de vida, em situações que podem ser evitadas.

A realidade demonstra ser importante uma contínua estimulação às pessoas com diabetes, para a adesão ao tratamento, objetivando a prevenção de complicações crônicas. Para que se possam prevenir as complicações, muitas ações são consideradas importantes, dentre elas, é importante insistir, a monitorização e a orientação do (a) profissional enfermeiro (a).

Para Torres (2005), a adesão ao tratamento significa a incorporação consciente das orientações prescritas pelos profissionais de saúde, no que se refere ao uso correto das medicações, reeducação alimentar, manutenção de um padrão regular de exercícios,

mudanças no estilo de vida, cumprimento das determinações dos protocolos em relação à realização de exames periódicos e participação em palestras educativas.

Ao tratar do conhecimento dos pacientes sobre sua patologia ou condição, ficou evidenciado que esse conhecimento é bastante limitado, não sabem o que caracteriza a hipoglicemia e a hiperglicemia, o que deve ser feito no momento em que elas ocorram, não sabem como tratá-las, desconhecem as complicações diabéticas e a função da medicação no organismo.

Identificamos, nas falas que se seguem, a presença de complicações vasculares tão estigmatizadas quanto as amputações devido às suas características desagradáveis, a exemplo da lesão nos membros e pés, denunciada pelo mau cheiro e os sinais de infecção.

[...] Eu não sei nem te responder por que me internei, eu era uma mulher sã. Quando foi agora veio tudo de vez a doença para cima de mim, tem oito meses que eu amputei a perna direita, aí comecei eu andando na cadeira dentro de casa [...] começou a dor no pé, [...] (ENT 04).

*Fiquei internado porque fui para tratar dos pés, começou arroxear, ficou vermelho, criando pus, [...] Amputei 3 dedos do pé esquerdo primeiro e agora foi pro pronto socorro e depois vim para cá e agora amputei os dois últimos. [...] (ENT 05).
[...] eu só passei em casa assim com o ferimento no pé não chegou nem 15 dias aí saí logo vim para aqui [...] (ENT 09).*

Eu tinha vindo para cá porque meu ferimento esta com mau cheiro, [...]. [...] os ferimentos foram calos que foram estourando e foram muitos, uns 04 num pé e foram 03 no outro [...] A diabetes estava tão alta que ela estourou meu corpo todinho de carocinho.. Agora tenho que tomar minha insulina ou alta, ou não, tenho que tomar. (ENT 10)

Pé coçou de maneira que eu tive que coçar na pedra para matar a coceira, teve que arrancar um pedaço na pedra. Eu não ligava ia ao médico lá na rua olhava não passava o remédio. [...] vir fazer uma pequena cirurgia aqui no hospital, no dia que eu vim o pé deu infecção. [...] O pé doente e o açúcar alto. (ENT 11).

O pé com diabetes, uma das complicações mais devastadoras do DM, é a responsável por 50% a 70% das amputações não-traumáticas, concorrendo com 50% das hospitalizações. A neuropatia geralmente atua como fator permissivo para o desenvolvimento das úlceras nos pés, principalmente pela insensibilidade associada à deformidade. Essas úlceras complicam quando associadas a doença vascular periférica e infecção, geralmente presente em 20% das lesões as quais colocam o paciente em risco de amputação e até de vida. Os pacientes devem receber educação terapêutica, orientações, informativos, passar por exames nos pés, freqüentemente, realizados por profissionais habilitados (BRASIL, 2002b).

O cuidado preventivo com os pés representa uma medida importante para retardar complicações. O Consenso Internacional (2001) preconiza cuidados com os pés como: exame

diário verificando alterações como calos, micoses, fissuras, ressecamentos, ferimentos, bolhas e hiperemia, entre outros. Enfatiza também que as pessoas com diabetes devem receber instruções educativas referentes ao conhecimento que devem ser memorizados por essas pessoas para prevenção dos pés.

Rocha (2005) aponta, no seu estudo, o Modelo Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evolution (PROCEDE) de Gren et al (1980) que, para identificar os problemas de saúde que influenciam no aparecimento de complicações nos pés, devem-se seguir as fases: diagnóstico social, diagnóstico epidemiológico, diagnóstico comportamental e diagnóstico educacional.

A educação é um pilar importante na prevenção do pé com diabetes e deve ter relação com o nível de instrução, para direcionar as estratégias educacionais, os materiais didáticos, o tipo de abordagem. A avaliação do processo educacional é fundamental para se assegurar as metas a serem alcançadas para verificar a mudança de comportamento (ROCHA, 2005).

Fazendo um paralelo sobre ações para a prevenção do pé com diabetes entre o que preconiza o Manual de Reorganização da Atenção ao Diabetes e as falas dos sujeitos, percebe-se uma discrepância. Pelos discursos das pessoas com pés diabéticos tratados na rede básica, deduz-se que elas estão totalmente desprovidas de informações preventivas, desconhecem os sinais de risco e as alterações que podem gerar as complicações nos pés.

Essa análise possibilitou verificar que a ferramenta para reverter tal realidade será uma educação que oriente para o cuidar do pé com diabetes. Faz-se necessário planejar estratégias e intervenções, considerado dados sociodemográficos e clínicos a atenção se voltará para o controle dos riscos e as alterações clínicas nos pés. O acompanhamento do processo e a avaliação serão importantes para verificar se houve mudanças no comportamento da pessoa.

Nessa quarta categoria, que responde ao objetivo geral do estudo, podemos depreender que os determinantes da hospitalização das pessoas com diabetes assistidas na rede básica de saúde são: hiperglicemia, hipoglicemia, pés com diabetes e as conseqüências emergidas das transgressões alimentares.

A transgressão alimentar revelou-se na maioria dos discursos. Por não conseguirem resistir aos apelos às pessoas comem o que não podem. Elas não negam a transgressão, admitem-na, ficam felizes ao cometê-las porque ainda não foram despertadas para a gravidade das conseqüências que podem vir a sofrer. A falta de informações os leva-as não-responsabilização pelo tratamento.

Os resultados evidenciaram dificuldade em seguir a dieta prescrita, devido aos diversos significados associados, tais como, a perda do prazer de comer e beber, da autonomia

e da liberdade para se alimentar. Entende-se por isso que somente apresentar avisos rígidos verticalizados de coibição não é estratégia suficiente para a instalação de mudanças nos hábitos alimentares.

Uma abordagem de natureza qualitativa não deve se limitar à transferência de conhecimento do que é proibido. É pertinente que se visem, também, os aspectos subjetivos e emocionais que interferem na adesão ao tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito restrito deste estudo, foi possível constatar que, por um longo tempo, os sujeitos tiveram manifestações clínicas da doença porém não sabiam que eram diabéticos. A limitação do conhecimento que tinham sobre a enfermidade favoreceu o diagnóstico tardio e o surgimento de complicações.

Ficou claro, ainda, que o tempo de diagnóstico da doença influencia no surgimento das complicações e que, quando é tardio, a resposta do paciente é, de certa forma, caracterizada por sentimentos negativos direcionados às complicações ou seqüelas apresentadas.

Pode-se afirmar que é ainda difícil o acesso das pessoas com diabetes na rede pública, pois muitas unidades se ressentem da precariedade de recursos materiais, humanos e, principalmente, da falta de uma equipe multiprofissional. A tarefa de vincular o paciente à unidade básica de saúde torna-se árdua em face da pouca motivação que se tem dado ao cliente para freqüentar o serviço.

Ao que tudo indica a compreensão dos sentimentos de que são tomadas as pessoas com diabetes pode ajudar a minimizar a carga emocional, o impacto causado pela doença, otimizar a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas interferindo, de algum modo, no controle da doença e na redução das internações por causa de complicações.

O entendimento desses sentimentos haverá por certo de facilitar o trabalho da enfermagem ao lidar com esses pacientes, em função de orientá-los para conviver com a diabetes de uma forma sempre melhorada. Sentimentos, como, negação, barganha, culpa, raiva e aceitação são corriqueiros na convivência com a diabetes, e muitos dos entrevistados declaram tê-los experimentado. Tais sentimentos podem mudar com o passar dos anos e, para se estar inserido e poder ajudar a cuidar dessas pessoas, muitas vezes é preciso saber compartilhar preocupações.

O estresse manifestou-se quando se falou das complicações diabéticas, através das expressões faciais, às vezes, do choro, de posturas retraídas.

A enfermagem pode minimizar os sentimentos negativos da pessoa com diabetes, para tanto, estar próximo e identificá-los são ações de cuidado pelas quais a enfermeira precisa responsabilizar-se.

A depressão manifesta-se através do sentimento de tristeza que marca quase todos os discursos, por diferentes razões, seja pelo fato de não ter cura, pelas complicações que alguns

já apresentam ou pelas limitações condicionadas pela doença, que necessita de adequação alimentar e mudança de estilo de vida.

Estar atento ao somatório de reações à doença é importante para o cuidado desses pacientes e, conseqüentemente, para melhor controle da doença, uma vez que a falta de controle poderá determinar o aparecimento de complicações. Os sentimentos que emergem da vivência com a diabetes podem, também, ser determinante das hospitalizações dos pacientes.

A fim de melhorar a auto-estima do paciente, deverá vir da equipe multiprofissional, o maior auxílio possível. Torna-se imperioso ações de cuidado para ajudá-lo a desfazer-se dos sentimentos negativos. É necessário encorajá-lo a olhar o lado positivo e colorido da vida que se desenvolve ao seu redor.

Não é difícil compreender que o conhecimento sobre a DM, a vivência na comunidade e a reação das pessoas que lhes estão próximas podem facilitar, ou dificultar, o controle glicêmico, cuja falta pode resultar em internação.

O bom atendimento do profissional de saúde na rede básica, buscando estratégias para melhorar o convívio da pessoa na família e na sociedade, poderá contribuir para o controle desses pacientes reduzindo a ocorrência internações.

O diagnóstico de diabetes implica medidas necessárias para um bom controle da doença e, conseqüentemente, sejam evitadas as complicações e as internações. Tais medidas envolvem controle alimentar, atividade física, o uso de medicações, exames periódicos e cuidados preventivos.

As mudanças nas condições da vida social das pessoas com diabetes representam para eles um grande desafio: passam a perceber-se alvo de discriminação. Queixam-se por exemplo de dificuldade em conseguir trabalho, justificada pelo receio das pessoas de contratar alguém que tenha o problema.

Os discursos de grande parte dos entrevistados ressaltam a mudança alimentar, como a principal mudança ocorrida depois do diagnóstico, alegando que é imposta e com o sentido de proibição, sem as devidas explicações. Esse fato por certo explica a dificuldade para adesão ao regime adequado.

Entendemos que, para esses pacientes buscarem um bom controle e fazerem o tratamento, o sentimento de esperança deve estar presente e ser constante, bem como, a percepção da necessidade de cuidar de si.

O conhecimento acerca do diabetes é, de forma geral, insatisfatório. Verifica-se uma carência de informações sobre a temática. Não se pode deixar de admitir que esse conhecimento essa perspectiva, podemos inferir que o conhecimento é fundamental para que

o paciente participe do seu próprio cuidado, faça um bom controle para reduzir as complicações e internações. É necessário, que a (o) enfermeira (o) que trabalha na unidade de saúde, possa estar disponibilizando informações que auxiliem os pacientes na construção desse conhecimento.

Não demais insistir que o desconhecimento sobre a doença é um determinante para que o paciente não assuma uma atitude preventiva, não faça o controle adequado, o que pode resultar em conseqüências drásticas, como a internação por complicações.

As atividades educativas são de extrema importância para a conscientização da pessoa com diabetes, pois permitem que o profissional de saúde lhe forneça conhecimentos sobre a doença, complicações, tratamento. Essa é uma forma de contribuir para evitar complicações e possíveis internações.

A educação é uma parte essencial do tratamento. É importante que os profissionais de saúde busquem se capacitar e conhecer novas estratégias de intervenção para colaborarem com a melhora do paciente e possam prestar um cuidado diferenciado.

A participação da pessoa com diabetes nas atividades educativas é decisiva para que ela possa se informar e, também, para que o profissional de saúde possa acompanhá-la de perto, do contrário, fica difícil reconhecer as transgressões que a direcionam para a hiperglicemia e, conseqüentemente, para as complicações diabéticas.

Os determinantes das hospitalizações são aqui entendidos como ações realizadas na Rede Básica de Saúde, que podem caracterizar a internação do paciente por falta de acompanhamento adequado ou transgressões de ações, orientadas pelos profissionais ou ainda, outros fatores que condicionem o aparecimento de complicações ou a internação.

A irregularidade na freqüência com a qual os pacientes comparecem ao serviço e o acompanhamento realizado de forma assistemática dificultam a realização de um bom controle e, conseqüentemente, podem dar lugar ao surgimento de complicações.

Os sujeitos declararam respeito ao retorno comparecendo à unidade, de acordo com acompanhamento programado. Mas esse não constitui um indicador expressivo para o controle metabólico, visto que a maioria deles apresentou complicações e no momento da coleta de dados encontravam-se internados.

O acompanhamento freqüente nem sempre determina a redução de internações, ou a prevenção de complicações, outros fatores estão associados à essas questões, mas isso não impede que se entenda que um bom acompanhamento e uma boa orientação podem, de certa forma, ser coadjuvantes no alcance do controle necessário à boa qualidade de vida.

A ausência das pessoas com diabetes, aos serviços de saúde, para as consultas é ainda

marcante, e a busca desses pacientes nem sempre é concretizada.

Inúmeros fatores podem interferir na precocidade da complicação crônica e devem ser identificados pela equipe de saúde da unidade básica, muitos são de fácil manejo e necessitam de ação imediata. Como dito anteriormente, o conhecimento é fundamental na prevenção e na identificação de complicações, cabe, aos, pacientes buscá-lo e, aos enfermeiros, estarem disponíveis para prepará-los.

A análise da situação dos sujeitos pesquisados evidenciou a existência da diabetes sempre associada a outras patologias, à hipertensão arterial, por exemplo, que também apresenta características crônicas e necessita, portanto, de um bom controle. Esse é mais um dado que deve servir de alerta para que os profissionais de saúde tenham a sua atenção redobrada no sentido do controle e da prevenção, conseqüentemente, minimizando a incidência de complicações e internamentos.

Diante da realidade revelada, graças a investigação que deu lugar a este relato, conclui-se pela importância de uma contínua estimulação às pessoas com diabetes, para a adesão ao tratamento, objetivando prevenir de complicações crônicas. Para que essa meta seja alcançada, diversas ações podem concorrer, dentre elas, principalmente, a monitorização e a orientação da (o) profissional enfermeira (o). A monitorização dos níveis glicêmicos é fundamental para um bom controle evitando assim as complicações agudas e crônicas da diabetes e reduzindo, portanto, a ocorrência de internações.

A análise das narrativas deixou evidente a necessidade de se alertar as pessoas com diabetes para os acontecimentos transgressores resultando em hospitalizações, as quais refletem escolhas e formas de agir dos indivíduos. Ao mesmo tempo, deve se provocar a percepção dos ajustes visando a melhora no presente e no futuro, a fim de evitar essas hospitalizações.

Seja esse trabalho uma ferramenta auxiliar no entendimento da questão em foco. De posse desse entendimento, poderão os gestores da rede básica do Sistema Único de Saúde refletir sobre ações pouco exploradas nas unidades de saúde, ações que, de forma direta ou indireta, sinalizam para a possibilidade de contribuir para evitar a incidência de hospitalização de pessoas com diabetes.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI; AZANBUJA, **Revista da Associação Brasileira em saúde coletiva**, v9, n, 4 out./dez 2004.
- ALBERTI, V. **História oral**: a experiência no CPDOC. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1990. 197p. p.1-9.
- _____. **História oral**: a experiência no CPDOC: Centro de Pesquisa de Documentação Histórica Contemporânea do Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1998.
- ALFRADIQUE, M.E.; MENDES, E.V. – **Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial**. Belo Horizonte, Nota Prévia, 2002.
- ALMEIDA, H.G.G. et al. **Diabete mellitus: uma abordagem simplificada para profissionais de saúde**. São Paulo. Atheneu, 1997.
- ANJOS, M. N. dos. A criança diabética: Manual para controle do diabetes infanto-juvenil, Colaboração: Nutricionista Maria Mercedes Carvalho Cardoso. (Material não-publicado) 1976.
- ASHTON, C.M. KUYKENDALL, D.H.; JOHNSON, M.L.; WRAY, N.P. The Association between the quality of impacient care and early readmission. ANN. Intern. Méd. v.122,n.6, p.415-421, mar., 1995.
- AZEVEDO, Alexandre Pinho de; PAPELBAUM, Marcelo; D’ELIA, Fernanda. **Diabetes e Transtornos Alimentares: uma associação de alto risco**. Rev. Bras. Psiquiatr. 24 (Supl III), 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1994, 227p. Título original : L’Analyse de Contenu,1979.
- BELAND, I.; PASSOS, J. **Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais**, São Paulo, 1979.
- BAPTISTA C.I.P. RIBEIRO C. P. L.; CARVALHEIRO, M.; **diabetes na quarta evadiam nossa realidade** Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Hospitais da Universidade de Coimbra. - Coimbra Acta Med Port 2006.
- BARRETO N. D. M. DM na pessoa idosa. Arq Geriatr Gerontol 1999.
- BILLINGS, J., ANDERSON, G.; NEWMAN, L– **Recent findings on preventable hospitalization**. Health Affairs, 15: 239-249, 1996.
- BLACK, S. Diabetes, Diversity and Dispari: What do we do with The Evidence AM. In Public Health. Estados Unidos, v.92 n. 4 p. 169-176, Feb 2002.
- BLAKSTON, P. **Dicionário médico**, Organização Andrei Editora LTD, São Paulo, 1982.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Constituição Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Doença Crônica Degenerativa. **Orientações básicas para o diabético**. 2. ed. Brasília, DF, CODEG/ DPAS/ SAS, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 1996 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética, v.4. n.2. Suplemento –1996

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Departamento de Assistência e Promoção. Coordenação de doenças crônicas – degenerativas. **DM: guia básico para diagnóstico e tratamento**. Brasília – DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **DM : o que todos precisam saber**. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1998. Define o Sistema Nacional de vigilância Sanitária, Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. A Implantação das Unidades de Saúde Família. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília. Departamento da Atenção Básica, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica e DM** ,Caderno 7, Protocolo, Brasília 2001a.

_____. Ministério da Saúde, Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e a DM Brasília, Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus**, protocolo, Brasília, 2002a.

_____. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e a DM, Ministério da Saúde, Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica**, Brasília, 2003.

_____. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, Ministério da Saúde, Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde, **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (HIH)**-Secretaria Estadual de Saúde – BA, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS**. Brasília, 2005.

BRÊTAS, A. C. P. **Pesquisa qualitativa e o método da história oral: aspectos**

conceituais. Revista Acta Paul. Enf. v. 13, n. 3, p. 81-91, set-dez 2000.

CECÍLIO, L.C. **O. Modelos técnico – assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo uma possibilidade a ser explorada.** Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, 13 (3):469 - 478. jul-set, 1997.

CHÁCRA, A.R. **Consenso da Sociedade brasileira da diabetes sobre o diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes tipo 2.** Ver. Assoc. Méd. Brás., São Paulo, v.47, n1, 2001.

CHACRA, A.R.; LENÁRIO, D.D.G. **Novos Avanços na Terapia do Diabetes tipo 2.** Ver. Soc. Card. SP., São Paulo, v.8, n.5 1998

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COLLIÉRE, M.F. **Promover a vida:** Da das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª ed. Tradução Maria Leonor Brag Abecasis, Lisboa. – Porto-Coimbra: LIDEL 1999 385p Título original: Promouvoir la vie.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CAMARGO, J L.ins; GROSS, J.L. **Glico –Hemoglobina (HbA_{1C}): aspectos analíticos.** Arq. Bras. Endocrinol.Metab.v.49. n°40 ago 2004.

CAMARGO, A.O **Método Qualitativo: Usos e Perspectivas** In: Sociologia, Sociologias. III Congresso Nacional de Sociologia. Sociedade Brasileira de Sociologia, Brasília 1987

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Seminário de construção de consensos – Organização, Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS),** Sergipe, 2003.

CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DIABETES. **Diagnóstico e classificação da DM e tratamento da DM do tipo 2.** Sociedade Brasileira da Diabetes (SBD). Rio de Janeiro, Diagraphic Editora, 2002.

CONSÓRCIO FGV-EPOS – **Determinação e avaliação do custo do Programa de Saúde da Família.** Brasília, Ministério da Saúde./REFORSUS, 2001.

DAMASCENO, M.M.C. **O Existir do diabético:** da fenomenologia à enfermagem. Rio de Janeiro, 1996. f.165 Tese de (Doutorado), História de Enfermagem. Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1996.

Declaração das Américas, 1999. Preâmbulo: Disponível em <http://www.data.org/acesso> em 18/11/05.

DESG, F.L. **Diabetes Education Study Group.** Associação Européia para Estudo do Diabetes. Hipoglicemis, Rio de Janeiro. Seven, 2002.

DESLANDE, S.F. **Pesquisa Social : Teoria, Método e Criatividade,** Petrópolis, 2002.

DIAS, E.P.; SOARES, M.S.S.; REZENDE, H.L.M. **DM diagnóstico e classificação**. MEDSI Futura, 2002.

DONNELLY, G.F. **Chronnidity: Concept and reality**. Holistic Nursing Praticce, Aspen, v.8,n.1,p.1-7, 1993.

DOTA. **Declaração das Américas em Diabetes**, Washington (USA),1999.

EDELMAN, S.V.; HENRY, R.R. **Diagnóstico e manejo do diabetes tipo 2**, Publicações Científicas, Rio de Janeiro, 2003.

FAUSTINO, R.L.H.; MORAES, M.J.B; OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. **O trabalho de enfermagem em saúde da família na perspectiva de consolidação do sistema único de saúde**. Rev. Mineira de Enfermagem, v.8,nº4, out/dez/2004.

FEDALTO, Ana Lúcia Teixeira; ARAÚJO Adriana Cristina de. **Aspectos Psicológicos do Paciente diabético** monografia de conclusão de curso Curitiba 2001.

Federação Internacional da Diabetes. Press release. **Dia mundial do diabetes**._Bruxelas, 2004.

FERREIRA, M. M.; AMADO, J. apresentação In.: FERREIRA, M. M.; AMADO, J. (org.). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1996. 304p.

FERREIRA, A.B.H. **Minidicionário da língua portuguesa**, Curitiba, 2004

FINKLER, P. **Qualidade de vida e plenitude humana**. Rio de Janeiro: Vozes.1994.

FIBGE - Fundação IBGE. Informações estatísticas e geocientíficas (informação on line). Disponível em <http://www.ibge.gov.br/> v1 ago 2005.

FRANCO LJ. Epidemiologia da DM . In: LESSA I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.

GUERRA, Lara Ferreira. **Diabetes: da negação à aceitação** 2006. <http://wwwsmortfactory.ca>. acesso 27/11/06.

GIL, A.C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**, São Paulo 1999.

GIMENES, M. G. A mulher e o câncer. Campinas, SP: Editorial Psy. 1997.

GÖSSO, M.A.M; BRAGA, W.R.C. **Cetoacidose diabética e hiperglicemia hiperosmolar Não-cetótica**. DM Enciclopédia da Saúde v. 03, Editora Medsi, 2002.

GROSS, J. L. (Coord) Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes mellitu: cosenso brasileiro. **Arquivos brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, v.43, n1, fev 1999.

GROSS. J.L. ; SILVEIRO, S. .P. **Rotinas de diagnóstico em endocrinologia**. Porto Alegre, Artmed, 2004.

- GULLO, A.B. et.al. **Reflexões sobre comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico**. Rev. Esc. Enf. USP. v.34, n.2, p. 209-12, 2000.
- HAGUETTE, M. T. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- HAM, C. – Lessons and conclusions. In: HAM, C. (Editor) – **Health care reform: learning from international experience**. Buckingham, Open University Press, 1997.
- HUMEREZ, D.C. **História de vida: instrumento para captação de dados na pesquisa qualitativa**. Revista Acta Paul. Enf., v.11, n.3, 1998.
- JOHNSON, S. B. **Insulin-dependent DM in childhood**. Em M. Roberts (Org.), Handbook of pediatric psychology (2ª ed.) (pp. 263- 285). New York/London: The Guilford Press 1995.
- KOVACS, A.C.B. **Jornal Multidisciplinar do diabetes e das patologias associadas, Diabetes Clínica**, São Paulo, v.6, 2002.
- KING, Imogene M. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. New York: John Wiley, 1981
- KLINGE, Andréas; et al. **Tratamento com insulina glargina na prática diária em pacientes com diabetes tipo 2**. 18º Congresso Internacional Diabetes Federation. Rev. Foco em Lantus. Paris, ago. 2003.
- KUBLER- ROSS. E.; **Sobre a morte e morrer**. São Paulo, Editora Martins Santos, 1998.
- KUBLER- ROSS. E.; **Sobre a morte e morrer**. São Paulo, editora Martins Santos, 2000.
- LEOPARDI, L.I. M.T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria: Pallotti, CD 2001.
- LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Editora Hucitec Abrasco, 1998.
- LIMA, A. F. C. **O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida**. São Paulo 2000 132p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) da Universidade de São Paulo, 2000.
- LIMA, A.C.M, **Diabetes e Cirurgia, Enciclopédia da Saúde** v. 03, Editora Medsi, 2002.
- LOIOLA, L.V.; SCHIMID, H. **Os pés dos pacientes com diabete** Enciclopédia da Saúde v. 03, editora Medsi, 2002.
- MACHON, R.O impacto do diagnóstico. Associação de Diabetes Juvenil(ADJ), 2004.
- MAIA, F.F.R. ARAÚJO L.R. Projeto Diabetes Weekend – Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2002; 46:566-73. [Lilacs]]

SciELO].

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

MALAFAIA, S. **Diabete e Depressão**. Universidade de Whashington, 2001. Disponível em www.diabete.org/mais_saúde/19/19_3.php.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D.B. **Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional** Psicol. Reflex. Crit. vol.18 no.1 Porto Alegre Jan./Apr. 2005.

MARTINEZ, S.; CHAVES ,F.N.; MARTINEZ, R. Programa de educación dialetológica para niños y adolescentes. **Libro de Abstracts: XI Congreso da ALAD 2001**;p. 115.

MARTÍNEZ, A.M.S.; SANDOVAL, Domitila E Cols. **Impacto De La Atención Ambulatoria Del Primer Nivel De Atención En La Hospitalización De Diabéticos Tipo 2** Unidade de Investigación Epidemiológicayen Serviços de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, N.L. México (ANO).

MEIHY, J. C. S.B. Definindo História Oral e Memória. In.: **Cadernos CERU**. São Paulo, n5, s.2, 1994.

MEIHY, J. C. S.B. **Manual de História Oral**. Ed. Loyola: São Paulo, 1996. 77p.

MEIHY, E.E. **Agir em Saúde**: Um desafio para o Público, São Paulo, Editora Hucitec, 1997.

MEIHY, E.E. et al. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In MEIHY, E.E. ; ONOCKO,T,R.(Org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec;Buenos Aires: Lugar editorial, 1997.p.71-112.

MEIHY, E.E.; **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo 2002.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para Saúde**. São Paulo, Ed HUCITEC, 1 edição 1996.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para Saúde**. São Paulo, Ed HUCITEC, 2ª edição 1999.

MENDES, E.S. **Os Desafios Dilemas do SUS**, Salvador, Casa da qualidade, Tomo II 2001.

MENDES, E.S. **A Rede básica no SUS**. Fortaleza, Escola de saúde Pública, Ceará, 2002.

MENDES, E.V. – **Reflexões sobre as NOAS SUS 01/02**. 1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília, CONASS, 2003.

MINAYO, M. C. S. (org.)/DESLANDE, Suely Ferreira / NETO, Otávio Cruz / GOMES, Romeu **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ:Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000. 269 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed.

São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.

MOREIRA, M.T.; REIS, L.H.D.; REBOUÇAS, R.F.R.; FORTI, A.C.E.; BEZERRA, M.J.P. - Impacto da psicologia do diagnóstico do diabetes - XV Congresso da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2005.

NASCIMENTO, R. **De Bem com a Vida**. Roche – Diagnostics. 5 ano, n° 22, 2005.

NEHEMY, M.B. **Retinopatia diabética**, Enciclopédia da Saúde v. 03, Editora Medsi, 2002.

NEIVA, P. ; PASTORE, K. **Diabetes, o inimigo oculto**, **Rev. Veja**, ano 36, nº4 Jan-2003

NOB, **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**, 1996.

OLIVEIRA, E. M.A. **A contribuição do ensino das ciências sociais na enfermagem**, Acta Paul Enferm. São Paulo, v.11,n.1p 88-94, jan/abr,1998.

OLIVEIRA, J.E. **Diabete o novo mal do século**, **Rev. Super interessante**, São Paulo, n.º 180 extra p. 42 - 48, setembro 2002.

OLIVEIRA; MONTEIRO; ARAÚJO. **Enfermagem Contribui Ativamente para que o Diabético leve uma Vida mais Independente**, **Rev. Nursing**, São Paulo, ano 06 n ° 63, p. 12 - agosto 2003.

OLIVEIRA, J.E.P. **Conceito Classificação e Diagnóstico de Diabetes Mellitus** In Oliveira J.E. P.; MILECH, A. Diabetes Mellitus: Clínica, Diagnóstico, Tratamento Multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004. cap 2 p. 7-18.

OPAS. **Organización Pan-americana de La Saúde**, Informe pinal del grupo de estudio sobre DM , Washington, D.C.1974.

PEDROSA, H.C. et al. **O desafio do projeto salvando o pé diabético**. Boletim médico do centro D.B de Educação em diabetes. São Paulo,, v. 4, n 19, Maio/Junh. 1997.

PARKER, J. M. e WIKTSHIRE, J. Researching story and narrative in nursing: an abject-relations approach. In: LATIMER, Joanna. **Advanced qualitative research for nursing**. Iowa: Blackwell Science, 2003. p.97-114.

PETERS, A. ; SANTOS, D. ; CATAFESTA, K.G. ; BAPTISTA, C.L.M. **Competência do Portador de DM para o auto cuidado**, Rev técnico científica de enfermagem NURSING, n.72.maio, 2004.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**. Turma C Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PINHO, L.M.O. **Educação e Saúde no Cotidiano do Ser Diabético**. 2000. 109p Tese (Doutorado)Universidade Federal de Belo Horizonte, 2000.

POLAKY. N. S. **A compreensão de doença dos adultos da grande**. **Rev. Cogitare Enf.**, v.1, n.2, p.11-18, 1994.

POLIT, J.J. ; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem** . 3 ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

QUEIROZ.M.I.P Relatos Oraís: **do indivisível ao divisível** In: Ciência e Cultura, março 1987

RABELO, L.M. et al. **Dislipidemia** . Rev. Soc Cardiología. Estado de São Paulo v.8 n5 set/out 1995.

REIS A.F. ; VELHO, G. **Bases Genéticas do Diabetes Mellitus Tipo 2** Arq Bras Endocrinol Metab vol.46 no.4 São Paulo Aug, 2002.

RESOLUÇÃO 196/96. Conselho Nacional de Saúde. Sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.fop.unicamp.br/cep/epi.pri.htm> . Acesso em 03/05/04.

RICHARDSON A, ADNER N, NORDSTRUM G. Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. **J Adv Nurs** 2001; 33:758-63.

ROBBINS, A. Poder Sem Limites. Tradução de Muriel Alves Brazil. São Paulo: Best Seller, 1987, 545p.

ROCHA, R. Minidicionário. São Paulo. Scipione, 1996.

ROCHA, J.S.Y FRANCO, L.F.. **O aumento das hospitalizações por DM na região de Ribeirão Preto, 1998 – 1997** diab. Cli São Paulo, v35, n5, mar/abr 2002.

ROCHA, M.A. **Adequação da admissão ao internamento na diabete de Lisboa, 2003**.

ROCHA R.M. **Pé diabético: fatores comportamentais para a prevenção** Tese (Doutorado) Ribeirão Preto, São Paulo, 2005.

ROSSI, M.J.S. **O Curar e o cuidar; a história de uma relação**. Rev. Bras. Enfer., Brasília, v. 44, n.º 1, p 16-21, Jan/mar. 1991.

ROSSI, V.E.C.; BARBOSA, L.M. **Impacto do diagnóstico de doença crônica em um grupo de diabéticos da cidade de Passos-MG**.Rev. Nursing,v.65,n.6, 2003.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro, MEDSI, 2003.

SALES, Z.S. **Representações Sociais do cuidado** na DM Fortaleza- Ceará, 2003.

SANTANA, M.G. **O corpo do ser diabético: significados e subjetividade**. Tese de (Doutorado). Pelotas, Ed.Universitária, UFSC, Florianópolis, 2000. 201p.

SANTOS, J. R.; Enumo, S, R, F, **Adolescentes com DM tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença** Psicol. Reflex. Crit. v.16 n.2 Porto Alegre, 2003.

Secretaria Municipal de Saúde. **Relatórios de atendimentos de emergência das policlínicas de Feira de Santana**. 2005. ps,03 e 4.

SILVA, A. L. da. O processo de cuidar em enfermagem. In: WALDOW, V.R; LOPES, M.J.M. MEYER, D. E, **Maneiras de cuidar maneira de ensinar: a enfermagem entre a**

escola e a prática profissional. Porto Alegre; Artes Médicas, 1995. Cap.2.

SILVA, D.M.G.V. **Narrativas de viver com diabetes: experiências pessoais e culturais**, Florianópolis, UFSC, 2001.

SILVA, R.C. ; BID, S.A. **Enciclopédia da Saúde** v. 03, Editora Medsi, 2002.

SILVA, C.A. **O Significado da Morte de um Amigo-companheiro na Instituição asilar: história oral dos idosos**, Bahia, Escola de Enfermagem da UFBA, 2004.

SILVIA, A.L.; ARRUDA, E.P.N. **Referencias com bases em diferentes paradigmas: Problema ou solução para prática de enfermagem Texto e Contexto enfermagem**. Florianópolis, V.2,n1,jan/jun.1993.

SILVER, L. **Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde**, in E. GALO, F.J.U. RIVERA e M.H.M. **Planejamento Criativo. Novos desafios em Políticas de Saúde**, Rio de Janeiro, Relume – Dumará, 1992.

SIGNORETTI, M.Q.G. **Estudo Transversal 58 Pacientes Hospitalizados Por Diabetes Mellitus e Outras Patologias**, Monografia apresentada ao Curso de Pós-graduação em nível de Especialização “Latu Sensu” em Endocrinologia e Metodologia Geral, do Instituto da Diabetes e Endocrinologia de Florianópolis – IDEF 2005.

SIMMONS, J.S.H. **A concept analysis**. Int.J. Nurs.Stud, v.26,n 2,p155 -61,1989.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner/Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Ed. 9ª. v.2Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DA DIABETES SBD. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Proposta básica para assistência ao diabético no município de São Paulo**, São Paulo, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, (SBD). **Diagnostico e Classificação do DM tipo 2**. Disponível em <http://www.diabetes.org.br>. Acesso em 2000.

SBEM; SBD; ALAD; FEMAD, SBPC/ML, : <http://www.diabetes.org.br> Acesso em 06/2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, **Atualização Brasileira Sobre diabetes** Disponível em : <http://www.diabetes.org.br> Acesso em 14/11/2006.

STARFIELD, B. **Rede básica: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 1998.

TAKEDA, S. Organização de Serviços de Rede básica á Saúde Medicina ambulatorial: **Condutas de Rede básica baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600p.

TAVARES, G.S.A **Influência do Estilo de Vida na Reinternação de Pacientes Diabéticos** Dissertação (mestrado)Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2006.141p.

TEIXEIRA, E. R. **Representações culturais de clientes diabéticos sobre saúde~ doença e autocuidado**. Revista de Enfermagem UERJ, v4, 112, Rio de Janeiro, 1996.

TEIXEIRA, C.F. **Saúde da família, promoção e vigilância da saúde**, Rev Brasileira de Saúde da Família, edição especial, p pp.10-23 2004.

TESTA, M. **Pensar en salud**. Buenos Aires, OPS/OMS, 1989.

TOCANTINS, F.R. SOUZA, E.D.F. **O agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde**. Esc. Anna Nery Enferm, v.1, nº esp. Lanç, p.143 – 159, jul..1997.

TÔRRES, E.M. **A Viuvez na Vida dos Idosos**. Universidade Federal da Bahia, Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem, Salvador –BA, 2006.

TORRES, R.M. **Adesão ao Tratamento: Representações Sociais de Portadores de Diabetes**. Universidade Federal da Bahia, Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem, Salvador –BA, 2005.

TOSCANO, C.M. **As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não – transmissíveis : diabetes e hipertensão arterial**. Rev Associação Brasileira em Saúde Coletiva, v. 09n.03, out/dez.2004.

TRAD, L. A. B. et al – **A reestruturação da atenção básica a partir do programa de saúde da família: uma avaliação qualitativa**. Salvador, Banco mundial, 2002.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: ed. UFSC, 1999.

TRIVINÕS, A.N.S. **Introdução às Pesquisas em ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONTO, J.S. **Mulheres e cuidados : o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso?** In: Jaggar, A.M. BORDO,S.R. Gênero e corpo, conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

VON-SIMSON, O.M. **Experimento de histórias de vidas**. São Paulo, 1988.

VUORI, H.V. **El control de calidad en los servicios sanitarios**. conceptos y metodologia, Barcelona: Ed. MASSON, 1988.

ZAGONEL, I.P.S. **Epistemologia do cuidado humano – arte e ciência de enfermagem abstraída das idéias de WATSON**. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v5, n1, p.64-81, jan/jun, 1996.

ZANETTI, M. L. **O cuidado com a pessoa diabética no centro de enfermagem para adultos e idosos**. (Tese Livre docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

ZECCHIN, H.G.; SAAD, M.J.S, **Etiopatogenia da DM Enciclopédia da Saúde v. 03**, Editora Medsi, 2002.

APÊNDECE A - ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA DO ESTUDO

N^o usuário.

.....

1. IDENTIFICAÇÃO

Identificação do Usuário	
Sexo	Idade
Grau de escolaridade	Telefone para contato
Endereço	
Ocupação	
Data Internação...../...../ 2005 e Horário.....	
Unidade básica que está cadastrado.	

2. ENTREVISTA

01. A vivência com Diabetes: Conte-me sua história sobre diabetes, desde que tomou conhecimento pelo médico que era diabético. Como foi que recebeu a notícia? Que sentimentos pode relatar sobre aquele momento? O que mudou na sua vida desde então?

02. Conhecimento sobre aspectos psicossocioculturais: o que entende sobre sua doença? Como convive com ela? Como é sua convivência na comunidade?

03. A influencia da assistência na rede básica para hospitalização (fatores relacionados aos serviços/programas). Fale sobre sua assistência na unidade básica que encontra-se vinculado (a): **Faz acompanhamento na unidade de saúde: quantas vezes? Recebe ações educativas sobre diabetes? Tem alguma complicação diabética? como é seu tratamento? Faz glicemia capilar na unidade e realiza exames laboratoriais freqüentemente? Quanto tempo leva para receber os resultados? Recebe atendimento de urgência na unidade quando precisa?Fale sobre atendimento da unidade e dos profissionais**

Identificação das dificuldades e facilidades na adesão tratamento

04. Determinates de internação? Identifique quais as razões que contribuíram para sua hospitalização?

APÊNDECE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ANEXO A

PARECER TECNICO DO COMITÊ