



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

ADRIANO BORGES FERREIRA

O Ser-Diabético: significados e sentimentos

GOIÂNIA
2013



PUC GOIÁS



**MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

O Ser-Diabético: significados e sentimentos

ADRIANO BORGES FERREIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lícia Maria Oliveira Pinho

GOIÂNIA
2013

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA FONTE

F383s Ferreira, Adriano Borges.

O ser-diabético: significados e sentimentos [manuscrito] /
Adriano Borges Ferreira. –2013.

58 f. : il., mapas

Bibliografia: f. 48-52

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2013.

Orientadora: Lícia Maria Pinho Oliveira.

Inclui Anexos.

1. Diabetes mellitus – paciente - significados –
sentimentos.2. Saúde pública - Brasil. 3. Estratégia Saúde da
Família (EFM) – Brasil. I. Pontifícia Universidade Católica de
Goiás. II. Título.

CDU: 616.379-008.64(043.3)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: FERREIRA, Adriano Borges

Título: Ser-Diabético: significados e sentimentos

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC- GOIÁS, para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus pela oportunidade e auxílio nos momentos difíceis.

A minha esposa, Pollyanna Guimarães Braga e a meu filho, Luiz Adriano Guimarães Borges com amor, admiração e gratidão por suas compreensões, carinho, presença e incansável apoio, ao longo do período de elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, Galdino José Neto e Rosa Maria Borges Ferreira; meus irmãos Juliano Borges Ferreira, Leandro Borges Ferreira e Alessandro Borges Ferreira; às minhas sobrinhas e cunhadas e todos os familiares; amigos e colegas de trabalho que me apoiaram em todos os momentos decorridos.

Ao Meu tio, Eurípedes Borges, sua esposa Cleuza Maria de Lima Borges e suas filhas pelo apoio logístico, carinho e dedicação durante estes dois anos de idas e vindas, para que pudesse concluir os créditos, qualificar e defender minha dissertação.

AGRADECIMENTOS

A todos os participantes do estudo que me acolheram com todo carinho, amor, simplicidade, e ofereceram-me a oportunidade de conhecê-los melhor e desenvolver o meu estudo para a realização da dissertação do Mestrado.

À minha orientadora, Dra. Lícia Maria Pinho Oliveira e co-orientadora, Maira Barberi pelo auxílio, compreensão e orientação.

À Prefeitura Municipal de Grupiara e a Secretaria municipal de saúde de Grupiara pela permissão e acesso na realização do estudo com os diabéticos cadastrados na Unidade Básica de saúde de Grupiara/MG.

Aos colegas e aos professores do Mestrado, pelo companheirismo e troca de experiências, e à Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pelo ensino e qualidade incontestáveis.

EPÍGRAFE

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

“Fico triste quando alguém me ofende, mas, com certeza, eu ficaria mais triste se fosse eu o ofensor... Magoar alguém é terrível!”

“Alguém te apontou os defeitos, desconhecendo-te as qualidades. Outros te censuraram, asperamente, por esse ou aquele motivo. No entanto, não te detenhas. Recorda que, por piores sejam as críticas destrutivas que te envolvem, Deus não te apagou a chama da fé e nem te retirou a oportunidade de continuar trabalhando”.

CHICO XAVIER

Resumo

O diabetes *mellitus* é uma doença crônica que atinge todos os níveis sociais e possui uma capacidade impressionante de adquirir novos adeptos, pois já são aproximadamente 12 milhões de diabéticos diagnosticados no Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), de 2013. Os diabéticos apresentam dificuldade natural para dedicar-se à mudança de hábitos e modo de vida para reduzir os efeitos degenerativos causados pela doença crônica. Ao decidir pelo mestrado me propus a buscar respostas e caminhos com a finalidade de atender às necessidades dos usuários de forma resolutiva e humanizada; através de pesquisa do tipo qualitativa, com análise fenomenológica. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e audiogravada, para transcrição, leitura e interpretação dos dados. Participaram do estudo 14 pessoas que consentiram em participar espontaneamente em gravar a entrevista, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após análise, foram reunidos os resultados em três categorias: “O significado do Ser-Diabético”; “Ser-Diabético é como viver em um Casulo” e “O trabalho da ESF e a possibilidade de Ser-Diabético”. Assim, espero que o revelado ficou claro, que significados e sentimentos do existir para cada pessoa é diferente; o que nos faz refletir o cuidar de cada cliente ao seu modo de viver, de existir, dentro de seus conhecimentos, saberes e convicções. É necessário saber ouvir, conhecer profundamente cada Ser para então, propor mudanças em seu cotidiano, de forma que o cuidado seja individual, planejado e que reflita também em seu contexto familiar.

Descritores: Diabetes mellitus, Saúde pública, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic disease that affects all levels of society and has an impressive ability to acquire new fans, because they are already about 12 million diagnosed diabetics in Brazil according to data from the Brazilian Diabetes (SBD) 2013. Diabetics have difficulty natural to devote themselves to the change of habits and way of life to reduce the degenerative effects caused by chronic disease. I tried to understand meanings and feelings experienced daily by the person with Diabetes Mellitus. To achieve my goal I chose the qualitative phenomenological approach to data collection used the quasi structured interview and by recorded audio for transcription, reading and interpretation of the data. 14 users participated in the study, diabetic patients registered in Hiperdia Family Health Team, leased Basic Health Unit in the Municipality of Grupiara-MG, who agreed to participate spontaneously to record the interview, after signing the Informed Consent Form (ICF). Gather the meaning units into three categories: The Meaning of Being Diabetic, Being Diabetic is like living in a cocoon and the work of the ESF and the possibility of being diabetic, which I will reveal the phenomenon researched. Understood meanings and feelings exist for each of them, unveiling the feelings that were hidden deep in the 'soul' of each participant. So I hope to assist the health professional to reflect the care for each client to their way of life, to exist within their expertise, knowledge and beliefs. You need to listen, being deeply know each and then propose changes in your daily life, so that care is individually planned and that reflects well on your family background.

Keywords: Diabetes mellitus, Public health, Family health strategy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1. Diabetes <i>Mellitus</i> (DM).....	13
2.1.1 Classificação e etiologia do DM.....	14
2.1.2 Manifestações Clínicas do DM.....	15
2.1.3 Critérios para diagnóstico de DM.....	15
2.1.4 Tratamento do DM.....	17
2.2. Sistema Único de Saúde (SUS).....	20
2.2.1 Programas de Saúde.....	24
2.2.2 Estratégia Saúde da Família (ESF).....	21
2.3. O Sistema Hiperdia.....	24
3. OBJETIVOS	25
3.1. Objetivo geral.....	25
3.2. Objetivos específicos.....	25
4. MÉTODO	26
5.1. Pesquisa Qualitativa.....	26
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1. Caracterização da região em que se realizou o estudo.....	30
5.1.1 O Município de Grupiara/MG.....	30
5.1.2 Mapa Político do Brasil, Minas Gerais e Grupiara.....	30
5.1.3 Assistência à saúde em Grupiara.....	32
5.2 Característica dos participantes da pesquisa.....	33
5.3 O Significado de Ser-Diabético.....	34
5.4 Ser-Diabético é como viver em um casulo.....	42
5.5 O trabalho da ESF e as possibilidades do Ser-Diabético.....	48
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
ANEXOS	58
Anexo A.....	58
Anexo B.....	59
Anexo C	61
Anexo D.....	62
Anexo E.....	63

1. INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

O Ministério da Saúde instituiu a reorganização da atenção básica no País, com ações de promoção da saúde que atua nos municípios brasileiros de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). É compreendida pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011a).

A ESF deverá manter seu vínculo com a população através da adstrição da clientela, ou seja, o cadastro das famílias que estão sob a área de cobertura da equipe. Possibilitando assim o compromisso de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde, os usuários e a comunidade. De maneira que as famílias e os indivíduos sejam classificados conforme o grau de risco, considerando os fatores socioeconômicos e ambientais associados às cargas de doenças (BRASIL, 2011a).

Assim foi criado um sistema de cadastro bastante utilizado e divulgado pela ESF é o HIPERDIA, que permite o cadastramento e o acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos adstritos na área de cobertura da equipe (BRASIL, 2002).

Atuando, há mais de cinco anos, como enfermeiro, membro da Equipe Saúde da Família (ESF), tenho me perguntado por que os usuários com

Diabetes *Mellitus* estão constantemente relatando intenso sofrimento e colocando-se em posição de sofrimento.

Diante da necessidade de conhecer melhor o Ser diabético é que proponho um estudo mais aprofundado para desvelar os significados e os sentimentos inerentes a cada participante desta pesquisa.

Com esta proposta pretendo desvelar onde está a fragilidade do elo supostamente visto pela equipe como um “compartilhar significados e sentimentos da pessoa portadora de Diabetes”.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Diabetes Mellitus

O Diabetes *Mellitus* (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, a hiperglicemia, que está associada ao distúrbio metabólico de carboidratos, proteínas e gorduras devido a uma deficiência na secreção de insulina pelo pâncreas ou da resistência periférica à ação deste hormônio, ou ambos, cujos efeitos crônicos relacionados ao tratamento ineficaz podem causar complicações (SOCIEDADE BRAILEIRA DE DIABETES, 2009).

A glicose é um carboidrato presente no sangue em determinadas quantidades, que possui a função de fornecer energia, através de reações bioquímicas, aos tecidos corporais. A principal fonte deste nutriente é a alimentação e o metabolismo realizado pelo fígado, a partir de outras substâncias (MATFIN; PORTH, 2011).

Não podemos nos esquecer de que o pâncreas produz dois hormônios reguladores de glicose: o glucagon, produzido pelas células alfa e a insulina,

produzida pelas células beta, que se localizam nas ilhotas de Langerhans. O glucagon é responsável pelo aumento dos níveis de glicose no sangue nos intervalos entre as refeições e nos períodos de jejum. A insulina faz o inverso, pois, reduz os níveis de glicose no sangue através do armazenamento no fígado, na forma de glicogênio e lipídios ou pelo estímulo de absorção celular a nível tecidual (BARE; SUDDARTH, 2011).

No diabetes *mellitus* o pâncreas reduz a produção de insulina ou ocorre uma resistência celular a ela, aumentando assim a concentração de glicose no sangue. A hiperglicemia prolongada provoca complicações macrovasculares (doença coronariana, doença vascular cerebral ou periférica), microvasculares (doença renal e oftalmológica) e neuropatias (doenças dos nervos) (BARBOSA; OLIVEIRA; SEARA, 2009; BARE; SUDDARTH, 2011).

No Brasil, assim como, em outros países em desenvolvimento, há uma crescente epidemia de diabetes mellitus, que está associada ao processo de urbanização acelerada, aumento da expectativa de vida e da sobrevivência dos diabéticos, melhoria nas condições de tratamento e aumento dos fatores de riscos, com obesidade, hipertensão, sedentarismo, tabagismo, hábitos alimentares irregulares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009; FARIA; BELLATO, 2010; RIBAS et al, 2013).

Estima-se que o Brasil tenha mais de 12 milhões de diabéticos se considerarem o Censo do IBGE de 2010 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012).

2.1.1 Classificação e etiologia do DM

Existem diversos tipos de diabetes mellitus e eles podem se diferenciar de acordo com a etiologia, a evolução clínica e o tratamento. Os mais conhecidos são o Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

O DM1 é menos freqüente, acomete de 5 a 10% dos casos de diabetes no Brasil, pode ocorrer de duas formas: autoimune ou idiopática. No processo autoimune ocorre a destruição das células betapancreáticas, o que impede a produção de insulina. Mas quando não há evidenciação de destruição autoimune denomina-se idiopática, sendo que esta última ocorre na minoria dos casos. A destruição autoimune é mais prevalente na infância e ocorre mais rápido neste ciclo de vida (SOCIDADE BARASILEIRA DE DIABETES, 2009; BRITO; SANTOS, 2011; BELTRAME et al, 2012).

O DM2 corresponde a quase 90% dos casos de diabetes no país e está associado ao sobrepeso, obesidade, idade adulta e ao sedentarismo. Caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. Nesta categoria insere o Diabetes Mellitus gestacional (DMG) e os outros tipos específicos de diabetes mellitus (SOCIDADE BARASILEIRA DE DIABETES, 2009; BRITO; SANTOS, 2011; BELTRAME et al, 2012).

2.1.2. Manifestações clínicas do DM

Os sinais e sintomas clínicos característicos do DM são designados como as *três polis*, que são: a polifagia (fome exagerada), a polidipsia (sede em excesso) e a poliúria (urinar muito). A poliúria e a polidipsia estão relacionadas com a perda excessiva de líquidos pelo processo de excreção de glicose na urina (glicosúria). A polifagia é decorrente do processo metabólico de proteínas e lipídeos, devido à falta de insulina (BARE; SUDDARTH, 2011).

Podem estar associadas outras manifestações clínicas como perda de peso, fraqueza, fadiga, alterações da visão, dormência ou formigamento (parestesias) das mãos e pés, ressecamento da pele, feridas de difícil cicatrização, infecção recorrente, dores musculares, dor abdominal, náuseas e vômitos (VALE, 2010; MATFIN; PORTH, 2011, BATISTA; LUZ, 2012).

2.1.3. Critérios para o diagnóstico do DM

A evolução do diabetes *mellitus* do tipo 2 (DM2) é lenta e gradual, ocorre por um determinado período de tempo, o que vai depender de cada organismo e dos fatores de riscos, aos quais ele está exposto. Porém o diabetes *mellitus* do tipo 1 é de início abrupto e com sintomas clínicos bem característicos da patologia. Para que se faça o diagnóstico seguro e eficaz é importante associar as manifestações clínicas com os resultados dos exames laboratoriais, o que reduz os riscos de complicações degenerativas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Os profissionais de saúde devem ser bem preparados para acolher de forma humanizada o cliente que recebeu o diagnóstico de diabetes mellitus e também aqueles que já se encontram em tratamento, com intuito de confortá-los e orientá-los para enfrentar a condição crônica. Lembrando que eles deverão ser classificados por risco, porém identificados pelos próprios nomes, e não pela sua patologia, evitando assim o processo de “rotulagem” (FARIA; BELLATO, 2010; BRITO; SANTOS, 2012).

Tabela 1 Valores de glicose plasmática (em mg/dL) para diagnóstico de diabetes *mellitus* (DM)

Categoria	Jejum	Duas horas após ingerido 75g de glicose	Casual
Glicemia normal	< 100	< 140	-----
Intolerância a glicose	> 100 e < 126	≥ 1140	-----
<i>Diabetes Mellitus</i>	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas clássicos

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009.

2.1.4. Tratamento do DM

O paciente precisa ser orientado para se tornar conhecedor das diretrizes que envolvem todo o tratamento do diabetes mellitus, como as dietas nutricionais, os exercícios físicos, os medicamentos e seus efeitos, a forma de prevenção de hiperglicemia ou hipoglicemia e a realizar o monitoramento glicêmico, quando necessário. Essas ações educativas implicam em educação permanente, incluindo orientações nutricionais, exercícios físicos, terapia farmacológica e monitoração, uma vez que, cada profissional atua com seu objeto de trabalho, completando uns aos outros.

Educação em saúde

O diagnóstico de diabetes normalmente apresenta a possibilidade de desenvolver conflitos de origem psicológica, como estresse físico e mental, fadiga, ansiedade, medo, depressão e desequilíbrio emocional. Esses sintomas podem interferir de forma negativa na adesão ao tratamento, bem como, na aversão ou negação da patologia (RAMOS; FERREIRA, 2011).

O diabetes *mellitus* necessita de cuidados especiais e contínuo, pois exige mudança nos hábitos diários, algo que requer tempo, paciência, conhecimento e dedicação. O cliente deve ser preparado para avaliar com habilidade as alterações glicêmicas ocorridas com ele, através da análise das mudanças de comportamento e da avaliação dos sintomas corporais, com a finalidade de reduzir as complicações a curto e longo prazo (BARE; SUDDARTH, 2011).

2.2.1. Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição consolidou-se em um processo democrático que contou com a participação popular, que rejeitava a opressão, as restrições e a centralização imposta pelo regime militar. Diante da relevância pública das ações e serviços de saúde é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (BRASIL, 2011b).

O processo de implantação do SUS começou em 1990, porém a política neoliberal do Presidente Fernando Collor de Mello não estabeleceu um compromisso com a reforma sanitária. Mas, mesmo assim, em decorrência da Constituição Federal elaborou-se a Lei 8080, de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva e a Lei 8142, de dezembro de 1990, que regulamenta a participação da comunidade no SUS (PAIM et al, 2011; BRASIL, 2011b).

Devido ao processo de instabilidade política e social a Reforma Sanitária só foi retomada no ano de 1992. Quando iniciou o processo de descentralização do modelo assistencial a saúde no Brasil e no ano de 1994 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) (PAIM et al, 2011).

2.2.2. Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Reforma Sanitária foi uma grande conquista social no Brasil, que culminou com a criação de distritos sanitários e sistemas locais de saúde. Mas o processo de descentralização não foi uniforme e satisfatório em todos os estados e municípios, não houve mudanças significativas no modelo assistencial à saúde. Ainda predominava a visão da medicina curativa e coletivista (BRASIL, 1997; CASTRO; OLIVEIRA, 2011).

Embora tenha sido rotulado como PSF, por suas especificidades, foge à concepção dos demais programas do Ministério da Saúde (MS), pois é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território estabelecido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Portanto é mais conveniente denominar o Programa como uma Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997; BRASIL, 2009).

Com a descentralização a Atenção Primária a Saúde (APS) passou a ser de responsabilidade dos Municípios através das Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta estratégia é vista como um modelo de reorientação da atenção básica a saúde, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde das famílias cadastradas (CASTRO; OLIVEIRA, 2011).

De acordo com Brasil (2011a) a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos.

Além dos cuidados primários a saúde, a ESF propõe trabalhar com o princípio de Vigilância em Saúde, com uma característica de atuar de forma multidisciplinar e com responsabilidade integral sobre as famílias da área de abrangência (BRASIL, 2009).

De acordo com a PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, a Estratégia Saúde da Família deverá ser composta, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde (BRASIL, 2011a).

A ESF é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Todas as famílias são

cadastradas na Ficha A e acompanhadas pela equipe. Essa ficha de cadastro serve para identificar dados socioeconômicos e epidemiológicos, como morbidades, agravos e riscos à saúde. Possui também a ficha B, que é usada para o cadastro e acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos, dentre outros (BRASIL, 2011b).

Diário ou mensalmente os dados coletados, os procedimentos realizados, as notificações, ou seja, as metas cumpridas pela equipe de saúde são lançadas nos Sistemas de Informações do Ministério da saúde que são: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Programa Nacional de Imunização (PNI), Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero e Câncer de Mama (SISCOLO/SISMAMA), Sistema Nacional de Pré-natal (SISPRENATAL), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema Nacional de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e diabéticos (Hiperdia) (BRASIL, 2011b).

2.3. O Sistema Hiperdia

O Hiperdia é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. O Hiperdia pode ser implantado em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde. O Sistema permite, não só o cadastro, mas o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população (BRASIL, 2002).

Em Minas Gerais foi instituído em Dezembro de 2010, o Programa Hiperdia Minas, com o objetivo de coordenar e reestruturar a Rede de Atenção à Saúde da população portadora de Hipertensão Arterial, Doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (MINAS GERAIS, 2010).

Assim, a partir do ano 2011, foram criados Centros de referência secundária em Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, situados nas cidades-polo das Microrregiões sanitárias de Minas Gerais (JÚNIOR, 2011).

A Rede Hiperdia Minas foi embasada na prática de novas diretrizes clínicas, para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) no Estado por meio de uma linha-guia que serve como protocolo assistencial às equipes de saúde para trabalhar com condições crônicas, desta forma, unificando a assistência, o tratamento, a classificação de riscos e a organização das referências e contrarreferência (JÚNIOR, 2011).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Compreender significados e sentimentos vivenciados cotidianamente pela pessoa portadora de Diabetes *Mellitus*.

3.2. Objetivos específicos

- Desvelar o mundo- vivido do Ser portador de Diabetes *Mellitus*.
- Identificar como a pessoa Diabética percebe as ações de educação em saúde, promovidas pela Equipe de Saúde da Família orientada pela política de prevenção e promoção da saúde.

4. MÉTODO

4.1. Pesquisa qualitativa

Quando iniciei o mestrado pretendia trabalhar com pessoas portadoras de Diabetes Mellitus, só não sabia como. Após as aulas de metodologia, optei pela pesquisa qualitativa.

Com as leituras sobre o método fenomenológico percebi que o mesmo responderia aos meus objetivos os quais pretendia para compreender o significado e os sentimentos vivenciados pelo Ser-diabético, visto que são particularidades inerentes a cada ser na sua existência.

Quanto ao método adotado, conclui-se que a pesquisa qualitativa com análise de fenomenologia foi a que mais se adaptou em descortinar as descrições que se mostram como o material vivido, colhido por meio de entrevista semi- estruturada da coleta de dados (BICUDO et al, 2011).

A descrição da experiência vivenciada pelo ser é considerada o ponto chave, peça fundamental para a compreensão do fenômeno que se demonstra na pesquisa qualitativa, importante no discurso do pesquisador (BICUDO et al, 2011).

A pesquisa qualitativa fenomenológica se ocupa com o estudo da relação entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre a objetividade e a subjetividade, uma vez que a experiência do ser não pode ser quantificada, apenas compreendida e qualificada, através da análise e interpretação dos significados imprimidos pelo fenômeno apresentado pelo sujeito da pesquisa (BOSI; MARTINEZ, 2004).

As características especiais do estudo qualitativo é ser interpretativo, pois estabelecem constituídos nas relações humanas em múltiplos significados respeitando a intuição existindo interação entre pesquisador e sujeitos. É experiencial de modo a focar as observações feitas considerando o que os

sujeitos veem e sentem. Situacional, entendendo que cada momento é único e possui características específicas; pois busca compreender as percepções individuais onde os pesquisadores são éticos e geralmente são os principais instrumentos de pesquisa (STAKE, 2011).

A realidade do investigado reflete diretamente em suas concepções pessoais, bem como, na maneira de agir e pensar. O pesquisador deverá estar atento ao desenvolvimento da pesquisa para compreender o desvelar do fenômeno e atingir seus objetivos propostos, visto que cada ser é uma unidade individual, mas que apresenta um conhecimento comum que é compartilhado pelo coletivo (BICUDO et al, 2011).

Segundo Gomes et al (2008), o estudo fenomenológico é importante instrumento de compreensão do processo de humanização na atenção e na gestão em saúde, já que há o resgate da importância da consciência intencional, que revela possíveis sentidos e desvela significados existentes nas relações práticas do Ser.

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás sob o numero: CAAE.00: 08880012.1.000037, aprovado em 04 de março de 2013.

O estudo foi realizado junto a 14 pessoas com Diabetes Mellitus cadastrados pela Equipe Saúde da Família (ESF) do Município de Grupiara/MG. A ESF possui o cadastro de todos os diabéticos no Hiperdia, um total de 58 usuários com diabetes cadastrados.

Os objetivos da pesquisa, as respostas às dúvidas e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram realizadas individualmente aos participantes de pesquisa, que posteriormente, o assinaram com o consentimento de gravar as entrevistas.

A entrevista é uma das etapas mais importantes na pesquisa fenomenológica, já que se refere ao momento pelo qual o pesquisador entra em contato direto com o participante da pesquisa, fase importante para alcançar os objetivos do trabalho (POPE; MAYS, 2009).

A entrevista requer do entrevistador alguns cuidados, como o planejamento, avaliação, execução e estruturação da entrevista; familiaridade com o entrevistado, conquistada através das informações fornecidas sobre o projeto e os objetivos, dos riscos/benefícios, da confiabilidade e sigilo dos dados; dos direitos ao anonimato, à desistência, ao esclarecimento de dúvidas e da não maleficência (POPE; MAYS, 2009).

A entrevista tem por finalidade coletar o máximo de dados possíveis por meio das percepções dos entrevistados acerca do fenômeno a ser pesquisado. A melhor maneira de elaborar perguntas para entrevista é fazendo questões abertas que proporcionem respostas amplas capazes de orientar o pensamento de quem está sendo questionado (MARTINS; BICUDO, 2005).

Buscando ser uma conversa informal e agradável iniciamos a conversa com duas questões norteadoras:

1. Fale para mim o que você sabe sobre o Diabetes.
2. Conte-me o que significa Ser Diabético para você.

Um gravador portátil foi o instrumento utilizado para gravação de toda a entrevista para facilitar a transcrição dos dados coletados. O encerramento da coleta de dados ocorreu no momento em que o fenômeno foi desvelado em profundidade.

Para garantir o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, seus nomes verdadeiros foram substituídos por nomes de pássaros. Todos os participantes deste estudo gostariam de “ser livres para voar”.

A análise foi realizada pelo método proposto por Bicudo et al (2011). Em que se faz uma análise do discurso fenomenologicamente em quatro momentos:

- 1) Inicialmente, fiz uma leitura das entrevistas do início ao fim, sem buscar, ainda, qualquer interpretação das falas ou sem qualquer tentativa de identificar qualquer característica ou elemento contido ali.

- 2) Em seguida, reli o texto transcrito, tantas vezes quanto foi necessário, a fim de identificar “unidades de significados” numa perspectiva psicológica, focalizando o fenômeno em estudo.
- 3) Na seqüência, cheguei a obtenção de tais unidades como, expressar o *insight* psicológico contidos nelas, mais diretamente.
- 4) Finalizando, sistematizei as unidades de significado em proposições sólidas referentes às vivências dos participantes.

Em nenhum momento houve necessidade de apoio psicológico, pois as entrevistas transcorreram sem incidentes.

Os resultados serão apresentados a seguir em três categorias temáticas.

1. O significado de ser diabético
2. Ser-Diabético é como viver em um casulo
3. O trabalho da ESF e a possibilidade de Ser diabético

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Característica da região em que se realizou o estudo

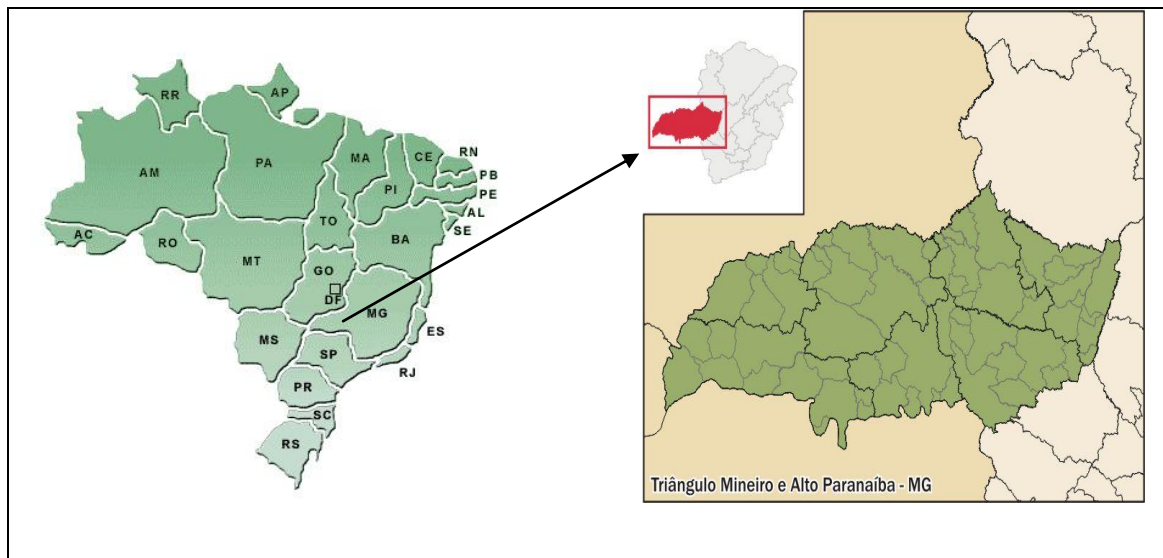
5.1.1 O Município de Grupiara/MG

A Pesquisa foi realizada na Cidade de Grupiara – MG, localizada na região do Alto Paranaíba, no Estado de Minas Gerais, na divisa com o município de Três Ranchos, Estado de Goiás. O município apresenta uma população de 1.372 habitantes (IBGE, 2010).

A história do município de Grupiara, que antes era denominado de Troncos, remonta o século XVIII, quando surgiram os primeiros moradores da cidade, atraídos pelo garimpo de diamantes. Hoje a principal economia do Município provém da agricultura, da pecuária leiteira e de recursos oriundos da União (GRUPIARA, 2012).

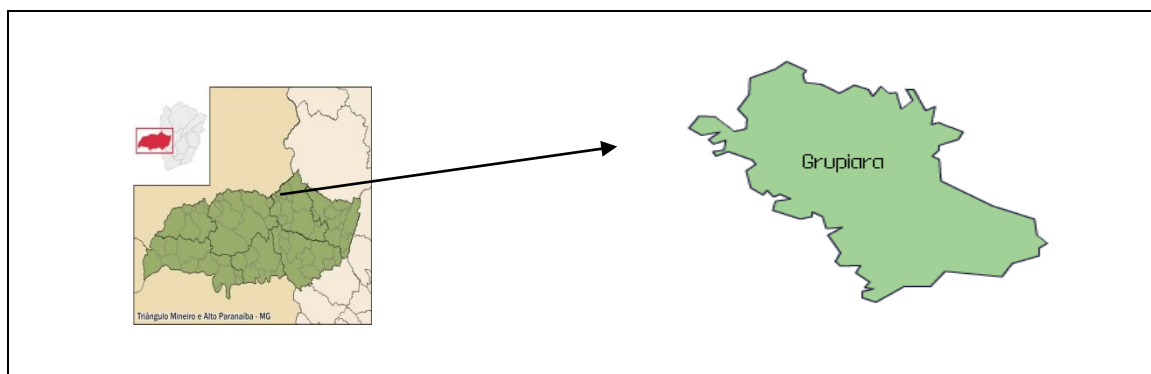
Grupiara é uma cidade pequena de costumes tradicionais, banhada pelas águas da Represa Hidrelétrica de Emborcação. Recebe turistas de várias outras cidades em busca de paz, tranquilidade e camping (GRUPIARA, 2012).

Figura 1. Mapa político do Brasil com destaque para as Regiões do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais.



Fonte: Google imagens, 2013.

Figura 2: Mapa da região do triângulo mineiro e Alto Paranaíba com destaque para o Município de Grupiara/MG.



Fonte: Google imagens e Site oficial da Prefeitura Municipal de Grupiara, 2013.

5.2. Saúde em Grupiara

A cidade possui duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que são: a UBS Central e a UBS Boa Vista. A Equipe de Saúde da Família (ESF) fica lotada na UBS Central. O Município aderiu ao Programa de Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde (MS), em 2002.

A porta de entrada ao sistema de saúde pública é a Atenção Primária, realizada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois no município de Grupiara não há Pronto Socorro ou Hospital. A Atenção secundária a urgência/emergência é realizada pelo município de Monte Carmelo/MG, a 45 km de distância. Enquanto que a Atenção Especializada e Terciária é realizada pelos municípios de Patrocínio/MG e Uberlândia/MG, todos pelo sistema de pactuações.

A UBS funciona de segunda a sexta-feira das 07h00min às 17h00min. Após esse horário, o atendimento primário e as urgências/emergências é realizado por um Técnico de Enfermagem e o Médico de Plantão. No período da manhã se realiza o atendimento à demanda espontânea, enquanto que, no período da tarde, a assistência é direcionada à demanda programada e urgência/emergência.

A agenda programada é oferecida aos clientes cadastrados pela ESF com maior risco de complicações, com sequelas ou àqueles que possuem prioridades (hipertensos, diabéticos, cardiopatas, saúde mental, trabalhadores, idosos, gestantes, crianças e àqueles com necessidades especiais). Dentro desta agenda ainda enquadra-se os grupos operativos aos hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e também as pequenas cirurgias e visitas domiciliares.

As visitas domiciliares são realizadas diariamente pelos Agentes Comunitários de saúde (ACS) e por um técnico de enfermagem, em média de uma visita/mês para cada família, e em média de três/mês para aqueles com

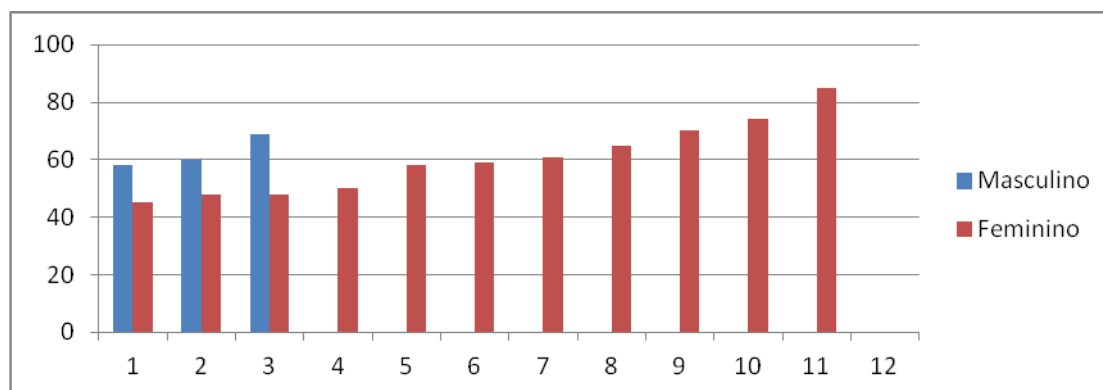
maior necessidade. O médico e o enfermeiro da ESF possuem agenda programada para visitas domiciliares, quase sempre no período da tarde.

A equipe de Apoio Interdisciplinar é composta por uma Coordenadora da Atenção Primária, uma Coordenadora de Epidemiologia e dois Agentes de Endemias, um Psicólogo, uma Nutricionista, uma Fonoaudióloga, uma Fisioterapeuta, uma Farmacêutica, uma Endodontista, uma Ginecologista/Obstetra, um Psiquiatra e um Radiologista.

5.2. Caracterização dos participantes da pesquisa

A coleta de dados foi realizada em março/2013 junto a 14 participantes convidados, residentes em Grupiara/MG, sendo 03 homens e 11 mulheres na faixa etária entre 45 a 85 anos, todos diabéticos, cadastrados no Programa Hiperdia, e acompanhados pela Equipe Saúde da Família de Grupiara. (Quadro 1)

Quadro 01: Referente ao sexo e a idade dos participantes do estudo



A partir da coleta, transcrição, leitura e releitura dos discursos e análise dos dados foi possível classificar os resultados em três grandes categorias: O significado do Ser-diabético, Ser-Diabético é como viver em um Casulo e O trabalho da ESF e a possibilidade de Ser-Diabético.

5.3. O significado de Ser-Diabético:

Ao analisar as entrevistas compreendi que o Ser-Diabético reconhece e percebe as manifestações clínicas características da patologia que, aos poucos, vão se revelando para o Ser por meio da linguagem e imagens corporais, os sintomas que são provocados pela resposta orgânica à oscilação da glicose sanguínea (glicemia), como um sinal de alerta de que algo de errado está acontecendo.

Eu sei, quando ela [Glicose] altera. Sinto uma fraqueza, uma bambeza no corpo, o corpo fica trêmulo (Curió).

O diabetes dá fraqueza, desânimo, dá até dores, dor na barriga, nos nervos, tontura, zonzeira na cabeça (Pardal).

Os diabéticos devem desenvolver habilidades de auto-cuidado diário para controlar as oscilações agudas da glicemia, assim como, a capacidade para incorporar hábitos saudáveis no seu cotidiano, evitando as complicações em curto e longo prazo (BARE; SUDDARTH, 2011).

Os participantes deste estudo revelaram diversas manifestações sintomáticas que estão diretamente relacionadas com o aumento da glicose sanguínea (hiperglicemia), como fraqueza, dores, visão turva, sonolência ou insônia, tontura, tremores, emagrecimento, fome excessiva, urina muito e boca seca.

[...] sinto dores nas pernas; a vista fica ruim, amanhece atacada, fica tudo amarelado; o corpo fica mole, sinto sonolência, dá uma fraqueza nas pernas, a cabeça fica ruim, a boca seca e amarga; urino muito (Bem-te-vi).

Ela [doença] dá fraqueza, desânimo, ela dá até dores, dor na barriga, nos nervos. Às vezes você quer fazer um serviço, aí você deixa, por causa da doença, por causa do desânimo, dá tontura, zonzeira na cabeça, fraqueza, tudo isso (Pardal).

A Associação Americana de Diabetes (ADA) recomenda que estabeleçam metas e planos de cuidados para os diabéticos a fim de manter o controle da glicemia. De maneira que: a hemoglobina glicada (HbA1) fique abaixo de 7%, a média da glicose plasmática mantenha entre 150-160mg/dl, a glicose de jejum inferior a 130mg/dl, e pós-prandial abaixo de 180mg/dl para reduzir a incidência de doenças microvasculares causadas pela hiperglicemia (INZUCCHI et al, 2012).

As alterações no organismo e no comportamento revelam o efeito da variação na concentração da glicose plasmática, a qual reflete diretamente nas reações psicossomáticas. Os participantes relataram também que são capazes de conhecer quando a glicemia abaixa (hipoglicemia) e como isso reflete na sua interação com o ambiente exterior.

Ela é assim, dá cabeça ruim, é ruim demais. Quando ela abaixa a gente fica fraco não dá conta de nem levantar (João-de-barro).

Quando eu passo da hora de comer, me dá fraqueza, o corpo fica mole, dá uma bambeza, uma tremura (Cardeal).

[...] não comer, a taxa da gente cai, aí ocê dá vontade de desmaiar, dá uma moleza, uma fraqueza e pra morrer, acaba as força dos músculos (Fogo-pagou).

A hipoglicemia indica que o consumo de glicose tecidual é maior que a sua disponibilidade no plasma. A privação contínua de glicose ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC) pode produzir alterações comportamentais, como sensação de calor, fraqueza, confusão mental, dificuldade de concentração, astenia, lipotimia, dificuldade na fala, visão turva ou distorcida e, ao nível do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) produz sudorese, fome, parestesia, tremores, xerofthalmia, palpitações, náuseas, ansiedade, agitação e nervosismo (VALE, 2010).

O tratamento do diabetes é considerado exigente e difícil, pois requer mudanças nos hábitos diários e no modo de viver para que se possam reduzir as complicações (BARE; SUDDARTH, 2011). Os entrevistados relataram que possuem dificuldades para modificar seus hábitos cotidianos, bem como, aderir a uma alimentação correta, pois parte de uma necessidade individualizada e que, dificilmente, faz parte do contexto familiar.

Não pode comer e beber as coisas que ocê tem vontade; ocê vê e não pode comer (Arara).

[...] é tanta coisa que complica: a alimentação; dá uma vontade de comer doce, sendo que não me fazia falta (Andorinha).

As consequências graves referidas ao diabetes relacionam-se a fatores de riscos modificáveis. Mudar hábitos de vida cultuados há anos exige grande esforço do cliente, apoio da família e dos profissionais de saúde. A mudança de hábitos e estilo de vida não é tão simples e fácil como parece, depende de fatores socioeconômicos, ambientais e comportamentais (BRITO; SANTOS, 2011).

Os participantes demonstraram uma preferência pelos alimentos caseiros, por serem considerados mais saborosos. Sendo assim, qualquer reunião significa deparar-se com uma mesa farta com todas as delícias da comida mineira, um atrativo irrefutável. Na perspectiva dos diabéticos, tais costumes tornam-se verdadeiras tentações que os levam a dois caminhos: participar ou isolar-se.

A maior dificuldade que encontro com o diabetes é quanto a dieta, porque quando a gente tá em casa até que é fácil, mais ocê vai em outra casa, numa festa, lá ocê não encontra nada para o diabético, aí, ocê acaba comendo, mesmo sem poder (Beija-flor).

O ato de alimentar sem restrições, fora de regras, normas, é comum nos eventos públicos e particulares. Isso é um fato histórico, cultural carregado de significados inerentes aos diferentes grupos sociais. Portanto, ao freqüentar

uma festa ou comemoração, o diabético se vê no direito de permitir a si mesmo uma licença social. Recusar as comidas e bebidas servidas é transgredir as regras de etiqueta e se excluir do contexto social (BARSAGLINI, CANESQUI, 2010).

Surge a partir deste contexto a rejeição às mudanças nos hábitos e estilo de vida, pois defronta com um fator que tem grande influência cultural. A alimentação, além de garantir a subsistência de uma população, significa também boa convivência, amizade, solidariedade e hora para fazer aquela “conversinha diária das alegrias e das tristezas do dia a dia”.

[...] ocê quer comer uma coisa diferente, não pode. Você vai numa festa, num bar e vê todo mundo comendo e ocê não pode comer (Papagaio).

[...] ocê vai numa festa e não pode comer o que gosta; vê todo mundo comendo e ocê não pode, aí, eu fico magoada (Cardeal).

[...] mas, o que ela mais prejudica é de você não ter a liberdade de comer as coisas que você gosta. O camarada perde a liberdade de comer, de beber, só isso aí já é final de papo (Fogo-Pagou).

Os estudos de Barsaglini e Canesqui (2010) e Ribas et al (2013) apontaram que a recusa das restrições alimentares é justificada pela preferência da comida caseira, usual, composta por alimentos como arroz, feijão, carnes e massas, associados à abundância na ingestão, para que se possa saciar a fome e repor as energias corporais. A quantidade dos alimentos recomendada para o tratamento do diabetes é considerada insuficiente para suprir-lhes as suas necessidades diárias e não os sustentam.

A reeducação alimentar e a redução do peso corporal para adequar aos parâmetros da normalidade, infelizmente tornou-se algo estético ligado à moda contemporânea, muitas vezes atingida a qualquer custo. Traz ao diabético a

tristeza e dor, uma vez, que para ele fazer dieta é uma necessidade e não apenas por estética.

[...] não faço dieta, faço exercícios físicos, caminhada para emagrecer, mas não é fácil (Cacatua).

Os estudos de Costa et al (2008) e Amorim (2011) corroboram com meus achados um vez que, segundo eles, para o diabético é muito importante incorporar à sua vida um hábito alimentar saudável, rico em fibras, frutas e verduras, e praticar exercícios físicos. Porém, os diabéticos demonstram grande dificuldade para incorporar novos hábitos à sua rotina diária.

As modificações de hábitos alimentares e a prática de exercícios físicos contrapõem a uma rotina tranquila e sedentária de viver em uma pequena cidade do interior mineiro.

[...] tenho muitas dificuldades para me cuidar e fazer dieta, a gente tem que fazer exercícios físicos, dá uma sensação estranha no corpo, sente tremores (Beija-flor).

Nas falas é possível perceber que a vivência dos participantes ocorreu mais precisamente em contato com o meio rural, visto que, os seus hábitos alimentares são característicos do interior.

Fui criado na roça e aprendi a comer bem, com fartura pra dá sustância, comer bastante arroz, feijão e carne (Fogo-Pagou).

[...] não tem mais prazer em viver, de comer o que ocê gosta, sempre tem que fazer dieta; não acha nada que pode comer (Papagaio).

No Brasil, cada região possui sua culinária específica, típica de cada local. Sabe-se que a comida mineira é composta por alimentos ricos em lipídeos e carboidratos, sendo que a alimentação constitui basicamente de arroz, feijão, tutu de feijão ou feijoada, leitoa pururuca, carnes vermelhas, quitandas, biscoitos de polvilho, pão de queijo, queijo, bolos, doces, compotas, derivados do milho e pamonha.

Saber que a gente tem que tirar muitas coisas da nossa vida, que você gosta de um doce, uma comida, frituras, tudo que é bom na vida. As coisas que eu gostava não pode mais, que é um doce, uma pamonha, uma pizza, eu adoro massas e doce, e não pode mais (Curió).

A adoção de hábitos alimentares saudáveis não é um problema individual ou isolado a determinado grupo de pessoas, é um problema de saúde pública coletiva, visto que a dieta traz conflitos socioculturais, uma vez que alterar hábitos interfere nas relações humanas, nas sensações, nos prazeres referentes aos alimentos e às percepções corporais (COSTA et al, 2008).

Algumas pessoas evidenciaram que não conseguem modificar a alimentação e o estilo de vida conforme o tratamento do diabetes. Portanto, este cuidado passa a ser de responsabilidade da família e dos profissionais de saúde que deverão acompanhar e orientar os mais resistentes. Para que isso ocorra é preciso que as ações sejam efetivas e tenham participação do próprio indivíduo, considerando suas necessidades e individualidades.

Para os participantes, poder trabalhar representa vitalidade, força e capacidade de sustentação. De acordo com os relatos, o diabetes é compreendido como um fator de incapacidade por apresentar os sintomas de *fraqueza, moleza e perda de forças*.

[...] não fazia nada, nem os serviços de casa, minhas vista sumia, eu ficava fraca, trêmula, tonta (Juriti).

[...] ocê enfraquece, ocê sente uma fraqueza. A diabetes, ela dá fraqueza na pessoa, mesmo que você não queira, ela dá. Tem hora que é preciso de ocê deitar por causa da fraqueza. Ela dá uma fraqueza (Papagaio).

Considerando que, no Município estudado predomina a produção agrícola, rural e o trabalho braçal diário, cuidados e limitações da doença

impedem as pessoas de cumprirem a rotina de trabalhador que precisa se ausentar e ficam desprovidos de renda afetando seu próprio sustento.

[...] eu não posso mais trabalhar, por causa das dores nas pernas, sinto minhas vistas ruim. Tem dia que a vista amanhece atacada, fica tudo amarelado. [...] aí eu fico fraco, com tremuras, vista embaralhada, aí eu acho que por causa da insulina. , eu penso pelo que passa por mim, é uma doença muito ruim, deixa a gente em dificuldades. Porque eu sou trabalhador braçal, não tem emprego fixo, agora não consigo mais trabalhar e não posso aposentar por não ter idade (Bem-te-vi).

Quando o diabético se defronta com a fraqueza e o desânimo que se opõem à força, isso o remete a um valor sociomoral, por comprometer a capacidade de trabalho e de produção. As alterações orgânicas e sensações corporais estranhas também interferem na relação homem-trabalho-família. A convivência com os limites impostos produzem sentimentos de incapacidade, diferença, ruptura, inconformismo e frustrações (BARSAGLINI, 2008; AMORIM, 2011).

Os participantes relataram uma constante preocupação com as complicações a que estão expostos por causa do diabetes. Conseqüências que acometem aqueles que negam a doença, que resistem ao tratamento e ao autocuidado.

[...] tem muitas perdas se não se cuidar, pode ficar cego (Beija-flor).

É complicado, por exemplo, não pode ter fraturas, feridas, machucados por ser de difícil cicatrização (Cacatua).

[...] o que eu sei sobre o diabetes é que ela ataca a visão (Sangue de boi).

Ao enfrentar uma doença crônica, como o diabetes, que conduz o desenvolvimento progressivo de degenerações como cardiopatia, nefropatia,

retinopatia e as neuropatias, tendo por consequências a cegueira, insuficiência renal, amputações e neuropatias debilitantes tem um impacto muito negativo na vida do diabético, da família e amigos (BARBOSA; OLIVEIRA e SEARA, 2013; BATISTA; LUZ, 2012).

O diabetes é visto pelos participantes como algo ruim, exigente que requer mudança de hábitos e estilo de vida. Que os levam a dois caminhos: viver em grande dificuldade, como dia bom e dia ruim, ou viver em “um Casulo”.

5.4. Ser-Diabético é como “viver em um Casulo”

As condutas terapêuticas adotadas para tratar o Diabetes *Mellitus* impõem determinadas restrições que o indivíduo precisa para modificar seus hábitos e modo de vida, ou seja, mudar hábitos e costumes da sua identidade cultural.

O emocional da gente fica todo abalado, sensível; a gente chora por qualquer coisa, tudo te irrita; eu era alegre; não quero conversar, ver ninguém; **tô dentro de um casulo**. A sua vida conjugal não é mais a mesma, porque a gente perde o afeto, aquele desejo (Curió).

[...] tem que fazer dieta; mudar o jeito de viver é muito ruim (Juriti).

A difícil adesão ao tratamento do diabetes normalmente esta relacionada à dificuldade de mudar hábitos adquiridos desde a infância, ainda mais, quando se trata de pessoas que convivem em municípios pequenos, com hábitos típicos do interior (BELTRAME et al, 2012).

Os participantes do estudo revelaram sentimentos de culpa, medo, negação, ansiedade, desânimo, exclusão social e até incapacidade, ao

descobrirem que são diabéticos e que precisam se tratar com o uso de medicamentos, praticar atividades físicas e fazer dietas alimentares. Principalmente, neste último caso, quando há dificuldade para realizá-las ou há a necessidade de ignorá-las e ocorre a perda do controle glicêmico, como podemos perceber nos relatos abaixo:

[...] a gente sente fraca, incapaz, muito sensível, depressiva. A gente fica sentimental; sente tremores, nervoso, estresse; interfere muito no emocional da gente, tem dia que a gente fica triste; você não tem utilidade; pode perder parte do corpo, ter que cortar um membro da gente, pode ficar cego, dá um infarto, ir para cama (Beija-flor).

Ao receber o diagnóstico de diabetes a pessoa sofre um profundo impacto. Ser obrigado a mudanças com uma disciplina rigorosa de reeducação alimentar e conviver com as complicações metabólicas é muito difícil, pode gerar sentimentos de impotência, revolta, desejos, crenças e tabus, dificultando a adesão ao tratamento, o que desestimula o processo do autocuidado, tornando-o relapso pela justificativa de que a doença só causa danos em longo prazo (ZANETTI et al, 2008).

Neste estudo percebemos alguns relatos dúbios apesar da grande maioria sofrer por consequências de fragilidade e em grandes proporções como, infarto, sofrimento intenso, medo, medo da morte, incapacidade. Há uma minoria que refere satisfação que interpretamos como “aceitar o que Deus reservou”, “foi da vontade de Deus”, mas, aprofundando, o sofrimento e a solidão estão escondidos para as horas de orações e devoção a Deus.

[...] penso que tudo é permissão de Deus, nada acontece sem a permissão do Pai. Vivo alegre, satisfeita, aceito a doença como ela é, a gente aprende as coisas que vem pra nois, principalmente se a gente confiar em Deus (Sangue de boi).

Aceitar o diagnóstico de uma doença crônica não é algo muito fácil, pois causa alterações comportamentais de diversos tipos, como medo, raiva, angústia, negação, depressão e dependendo da pessoa poderá ocorrer o

processo de aceitação e o convívio pacífico com a doença (BELTRAME et al, 2012).

A existência do Ser-Diabético é compreendida pelos atores deste estudo como uma sequência progressiva e relacionada com os aspectos degenerativos da doença sendo influenciada pelo tempo, espaço e as ações humanas; despertando o medo, exigindo tratamento, estimulando as prevenções e resgatando as responsabilidades. Características estas que propiciam o fenômeno da resiliência, já que o ser psicossocial apresenta a capacidade natural de resistir e superar os fatores adversos enfrentados ao longo do existir.

Oh, a gente vê fala muito que as pessoas que têm diabetes pode dar muitos problema [...] pode dá um infarto, pode dá uma trombose, um derrame, muitas coisas assim, muito problema por causa da diabetes (Cardeal).

Oh! Eu acho que a diabete tira um pouco com o viver, da gente viver, ocê não tem mais aquele prazer que tinha de viver, de comer aquelas coisas que ocê gostava, sê não pode mais, sabe? (Papagaio).

O existir é constituído pelo dualismo de idéias e contraposições, entre o mecanismo de luta ou fuga, aceitação ou transgressão, tratamento ou a resistência, prevenção ou consequências. Gerando transformações psicológicas que impõem determinadas condições ao Ser, devido ao processo de cronicidade da doença, como a modificação de seu cotidiano para satisfazer tais exigências ou aproximar ao máximo delas (FARIA; BELLATO, 2010).

A experiência diária do Ser ao conviver com o diabetes *mellitus* permite a formação de ideias e opiniões a respeito da doença, do tratamento e suas consequências. Sendo assim percebem a necessidade de transformar modos de vida, a aceitar a doença e o processo degenerativo da mesma.

[...] é uma doença que, se não cuidar, leva a conseqüências de muitas enfermidades, muitas doenças. Igual à perda, tem muitas perdas se não se cuidar (Beija-Flor).

[...] meu pai é relapso com a doença e o tratamento. Minha mãe é um exemplo de pessoa determinada, pois, ela tem várias complicações causadas pelo diabetes. Como perda da visão, problemas renais, cardíacos e não desiste de dedicar aos tratamentos. Serve de exemplo de vida pra mim, pois, eu também sou um pouco relapsa, não faço dieta, mas faço caminhada e procuro regularmente avaliar minha glicemia (Cacatua).

[...] eu tenho medo, eu fico triste, dá um infarto, pode dá uma trombose; ter que ficar de cama por um derrame (Cardeal).

A pessoa reorganiza seu cotidiano, o que implica inicialmente na aceitação da doença. Mais tarde, essa aceitação irá depender da experiência vivenciada pelo Ser- Diabético. Experiência que vai sendo acumulada por sentimentos de angústia, perda, sequelas, frustrações, resistência, luta e a busca pelo viver (FARIA; BELLATO, 2010).

Hoje, o fenômeno de viver com diabetes são desvelados, descortinados com intenso medo e ansiedade, é viver um dia após o outro com pouca esperança. A solidão, a fraqueza, a falta de vontade de viver, o medo pelo que já aconteceu com familiares ou com outras pessoas exprimem nos sujeitos a experiência vivenciada em seu cotidiano. É, para muitos, esperar o dia da morte.

Eu acho a diabetes uma doença muito complicada, pois, como já disse, afeta todo o organismo, mas, o pior é quando atinge a visão. O meu irmão ficou quase cego, teve que amputar um dos membros, pois era resistente ao tratamento e foi assim até à sua morte (Andorinha).

Ser diabético pra mim é ser um infeliz, a gente não pode ter a liberdade total, é uma coisa contida, regrada (Pardal).

Ser diabético é ser diferente, ocê não vive mais normal (Papagaio).

Em um estudo realizado por Marcelino e Carvalho (2008) com crianças diabéticas revelaram que muitas vezes elas se sentem sozinhas, desamparadas, retraídas, tímidas e sem liberdade. Estes sentimentos podem estar simbolizados pelo ato de Ser-Diabéticas e sentiram diferentes das outras crianças “normais”, pelo desajuste e inadequação nos contatos sociais. Apresentam ainda sentimentos de angústia, ansiedade, frustração e medo da morte. Neste estudo os adultos apresentaram sentimentos semelhantes aos destas crianças estudadas, o que permite dizer que estes efeitos são de origem psicossocial e cultural.

A solidão é um sentimento no qual nos faz sentir um vazio interior, estando ou não em isolamento social, tem sido assumida como depressão, ansiedade, medo, vazio afetivo. Um dos aspectos mais importantes para a nossa qualidade de vida é sempre estar em convívio social, seja com a família, amigos, ou até mesmo um desconhecidos.

Hoje eu sou uma pessoa triste e todo mundo nota e percebe que sou triste (Pardal).

O estudo realizado com diabéticos por Beltrame et al (2012) evidenciou sintomas de isolamento social, negação da doença, tristeza, angústia, revolta, problemas nas relações familiares, conjugais e no trabalho. Que condiz com os achados neste estudo.

Por mais misantropo que seja, o ser humano necessita em sua essência de estar em meio à sociedade. Um forte sentimento descortinado por este estudo está relacionado ao medo de dormir e não mais acordar. O “medo da morte-solitária”.

O diabetes traz muito pobrema e eu tenho medo. Medo de comer isso ou aquilo e subir demais e a gente dá um infarto,

fica aí de cama com um derrame, né? Eu tenho medo, eu tenho medo do diabetes (Cardeal).

[...] tenho medo de perda a visão, de problemas renais, cardíacos (Cacatua).

O existir é artigo filosófico que sempre foi questionado, desde o surgimento do pensar sobre a vivência e sua facticidade cotidiana, principalmente quando não se consegue enfrentar um problema imediato. O que produz sentimentos de medo, temor, angústia, incapacidade, padecimento e até mesmo fuga da realidade (BENEDETTI et al, 2013).

O medo da morte é um processo natural em todo ser vivo, mas é também a única certeza que temos. Não tendo nada que a afaste de cada um de nós, não tendo como postergá-la ou extingui-la. *Ela é tão ruim que às vezes eu desejei até a morte a ter que depender de outras pessoas.* Pode-se perceber nitidamente o medo da morte que é justificado pelas consequências degenerativas causadas pela doença, que é algo perceptível a todos os diabéticos, visto que, a todo o momento. Estas informações chegam a eles, sejam nos jornais, revistas, amigos, familiares, educação em saúde e pela própria experiência de vida.

[...] dá um infarto, ir para cama e aí não consegue mais fazer as coisas que a gente quer. [...] a gente sente muito sensível, depressiva, é uma coisa difícil de se lhe dar. A gente fica sentimental, qualquer coisinha ocê fica triste, é ruim. O diabetes interfere muito no emocional da gente, tem dia que a gente fica triste, só de uma pessoa olhar para você, imagina que tá sendo excluída (Beija-flor).

[...] tô aí, pelejando, lutando para vê se vivo mais uns dias. Ela é tão ruim que às vezes eu desejei até a morte a ter que depender de outras pessoas [...] perdi o interesse, o prazer pelas coisas, como passear, viajar. [...] sobre o dia-a-dia, se analisar direitinho, eu preferia a morte do que essa enfermidade (Pardal).

A morte é um acontecimento natural que acompanha toda a existência do Ser, porém tornou-se ao longo da história algo místico, mágico, religioso, espiritual cultuado pelas diversidades culturais, que na verdade opõem-se ao fato de morrer (BENEDETTI et al, 2013).

Assim, ao final deste estudo, pode-se afirmar que existem pessoas com diferentes estilos de vida, modo de viver e forma de encarar a realidade, compreendo que existem alguns sensíveis; outros resistentes, uns dedicados; outros não, aqueles que se importa com a doença e o tratamento e aqueles que são apáticos a tudo que lhes é exterior.

5.5 O trabalho da ESF e as possibilidades do Ser-Diabético

Para os integrantes do estudo, o diagnóstico de diabetes mellitus é acompanhado de sofrimento, dor e revolta. Essa é uma oportunidade para que a equipe de saúde acolha o cliente de forma humanizada e organizada com o intuito de minimizar os danos psicológicos, trabalhar a aceitação e estimular o autocuidado.

A pessoa que tem diabetes muda sua vida bastante, muda seus hábitos, isso é difícil (Arara).

[...] nunca pensei que um dia, eu poderia ter essa doença; eu sofri muito, fiquei desesperada, moro de medo de agulhas, eu quase entrei em parafuso, quase fiquei louca (Juriti).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui particularidades assistenciais que permitem aos profissionais da saúde de estarem sempre em contato com as famílias. Esse contato direto estabelece vínculos com os clientes, o que facilita o acolhimento ao diabético, assim como, na adesão ao tratamento e do autocuidado (BRITO; SANTOS, 2011).

Ao conviver com a doença os diabéticos relataram que percebem quando ocorre alteração da glicose sanguínea. Esse conhecimento adquirido pela experiência permite a compreensão das complicações agudas. Esta percepção pode ser usada pela equipe de saúde para auxiliá-los no tratamento, evitando as complicações agudas e crônicas.

[...] se comer muito passa mal, se não comer, pode dá desmaio por causa da insulina (Bem-te-vi).

[...] quando ela cai ou sobe [glicose] ocê tem alteração no corpo é diferente, ocê percebe na hora (Arara).

[...] não posso ficar muito alegre, que ela sobe; não posso ficar muito triste que ela sobe. (Papagaio).

A medida que a pessoa convive com o diabetes vai aprimorando seus conhecimentos e adequando sua rotina. Percebe que determinados alimentos e quantidade faz a glicemia aumentar, enquanto que os esforços físicos, o trabalho a fazem abaixar. Isso a auxilia no controle glicêmico diário, evitando as complicações agudas (BARSAGLINI, 2008).

Os pontos positivos daqueles clientes que têm mais tempo de experiência com o diabetes devem ser trabalhados nos grupos operativos para motivar os que estão no início da doença ou a rejeitam.

[...] eu consigo controlar a minha com dieta; eu tive que excluir muita comida e muita bebida da minha vida, como: refrigerante, doce, massas, gordura e vivo bem (Saracura).

[...] tenho que ter uma alimentação correta; fazer dieta; fazer caminhada, mudar meu modo de vida, isso faz bem para qualquer um, não é o que se vê na TV (Juriti).

A cada consulta ou encontro com o diabético o profissional de saúde deve aproveitar a oportunidade de reorientar quanto ao tratamento e ao autocuidado. Por mais repetitivo que o pareça, há sempre alguma novidade.

[...] tenho diabetes há 20 anos. De uns tempos pra cá é que fiquei sabendo que o arroz e o macarrão, metade deles é açúcar e é o que a gente mais come. O macarrão, por exemplo, foi minha janta por muitos anos, eu fazia uma panelada e lambia aquilo tudo sozinho (Fogo-pagou).

O diabetes mellitus, assim como as outras doenças crônicas, não tem cura, porém existe tratamento e controle. O diabético deve ser orientado e motivado sobre a responsabilidade e a importância do autocuidado para prevenir as complicações e manter uma vida saudável.

[...] a gente tem que encarar a doença como uma pessoa normal, só que tem algumas restrições. A gente sabe o que pode ou não comer. Aí, vai do controle e da consciência de cada um. Então eu aceitei a doença e tenho consciência disso, pois se eu considerar ela como uma inimiga, certamente, ela sairá ganhando (Saracura).

Hoje, eu como e bebo de tudo, basta ter controle do que vou comer (Fogo pagou).

Ser diabético não quer dizer que a pessoa não possa ter uma vida normal. Muito pelo contrário: é ter uma vida equilibrada a partir da incorporação de hábitos mais saudáveis. Manter uma educação nutricional é saber se alimentar bem, com qualidade, com a finalidade de se nutrir e evitar os excessos para satisfação dos desejos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalização desta pesquisa permitiu compreender os objetivos propostos, significados e sentimentos vivenciados por pessoas Diabéticas; desvelar o mundo- vivido do Ser portador de Diabetes *Mellitus*. Identificar como a pessoa Diabética percebe as ações de educação em saúde, promovidas pela Equipe de Saúde da Família orientada pela política de prevenção e promoção da saúde.

Os resultados foram esclarecedores e muito ricos em informações. As entrevistas foram marcadas pela intensidade emocional de cada participante. Inicialmente, fiquei surpreso com os relatos. Não esperava que os Diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família necessitassem tanto de falar e ser ouvidos.

O início da coleta das informações foi difícil e, somente consegui caminhar, quando me despi do Ser-enfermeiro e passei a somente ouvir. O revelado nos discursos sempre sobressaía os sentimentos e significados de ser uma pessoa “diferente” das outras.

Diante da riqueza de conteúdos dos discursos e da fraqueza no que se refere ao Ser-diabético há o sentimento de intenso sofrimento. Os resultados sugerem a necessidade de humanização do atendimento com a melhoria das ações em saúde prestadas pelos profissionais envolvidos na Atenção Básica estudada.

Todos os sentimentos e significados do ser portador de doença crônica, como o Diabetes Mellitus, foram revelados com intensa dificuldade, associada com dor, solidão, fraqueza, medo, falta de esperança, despreparo físico e sofrimento com a dieta, dentre outros.

Nesse sentido é preciso que gestores e trabalhadores do SUS repensem o significado de cuidar com ênfase, nos princípios da equidade, integralidade e universalidade.

A saúde é um direito do cidadão e dever do Estado. O Direito Constitucional à saúde é soberano em nosso país. Os profissionais de saúde devem criar caminhos de prevenção de doenças e promoção da saúde que propiciem melhor qualidade de vida aos usuários da ESF e do SUS.

Sendo assim, fica evidente que compreender o significado de Ser-diabético é importante para o aprimoramento da forma de acesso às famílias pelos profissionais. É necessária uma equipe multidisciplinar que esteja atenta a cuidar de cada usuário, atento ao seu modo de viver, de existir, respeitando seus costumes, saberes, cultura. Também saber ouvir, conhecer seu ambiente familiar, sua comunidade, planejar ações compartilhadas com a família para que possam ser cumpridas.

Finalizando, este estudo abriu espaço para que os portadores de diabetes pudessem revelar suas reais necessidades, no que se refere ao tratamento, as complicações e as possibilidades para minimizar o sofrimento e a dor, proporcionando melhor qualidade de vida a todos os membros da família.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. A. Representações sociais da alimentação das pessoas com diabetes mellitus. **XI CONLAB: Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais**. Salvador: 07 a 10 de Agosto de 2011. Disponível em: <<<http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306935337arquivoartigocongressolusobrasileiro.pdf>>>. Acesso em 18 de Abril de 2013

BARBOSA, J. H. P.; OLIVEIRA, S. L. do; SEARA, L. T. Produtos da glicação avançada dietéticos e as complicações crônicas do diabetes. **Revista Nutrição Campinas, 229(1): 113- 124, Jan/Fev. 2009**. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n1/11.pdf>>>. Acesso em 10 de Abril de 2013.

BARE, B. G.; SUDDART, D. S. **Brunner Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Guanabara Koogan, 2011.

BARSAGLINI, R. A. Análise socioantropológica da vivência do diabetes: em estudo de caso. **Interface Comunicação Saúde e Educação; v.12, n. 26, p. 563-77, jul/set. 2008**. Disponível em: << [ww.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a09.pdf)>>. Acesso em 10 de Abril de 2013.

BARSAGLINI, R. A.; CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde Sociedade São Paulo, v. 19, n. 4, p. 919-932, 2010**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010412902010000400018&script=sci_arttext>> Acesso em 10 de Abril de 2013.

BATISTA, N. N. L. de A. L.; LUZ, M. H. B. de A. Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília: 2012 mar/abr; 65(2): 244-50**. Disponível em: << <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a07.pdf>>>. Acesso em 10 de Abril de 2013.

BELTRAME, V.; BRUGNEROTTO, M.; TRENTINI, M.; MADUREIRA, V. S. F. A convivência com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Interdisciplinar: Saúde e Meio Ambiente**. Disponível em: << <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/170>>>. Acesso em 20 de Junho de 2013.

BENEDETTI, G. M. dos S.; OLIVEIRA, K. de; OLIVEIRA, W. T. de; SALES, C. A.; FERREIRA, P. C. Processo morte/morrer para acadêmicos ingressantes no

curso de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2013, 34(1): 173-179. Disponível em:

<<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/29703>>>. Acesso em 20 de Abril de 2013.

BICUDO, M. A. V. et al. **Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica**. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSI, M. L. M.; MARTINEZ, F. J. M.(ORG.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: um modelo de reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. **HiperDia- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 Anos**. Brasília-DF: CONASS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2488 De 21 de Outubro de 2011**. Brasília: DF; 2011a. Disponível em:<<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>>. Acesso em 01 de Agosto de 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília-DF: CONASS, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **VIGITEL: Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, 2012. Disponível em :<< >>. Acesso em 05 de Junho de 2013.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. dos. Percepção de homens hipertensos e diabéticos sobre a assistência recebida em Unidade Básica de Saúde. **Revista Eletrônica Enfermagem**. 2011, out/dez, 13(4): 639-47. Disponível em: << http://www.fen.ufg.br/phen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a07.pdf>>. Acesso em 10 de Abril de 2013.

CASTRO, M. M. de C.; OLIVEIRA, L. M. L. de. Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para serviço social. **Textos e Contexto**. Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 26-43, jan/jul, 2011. Disponível em: <<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7649/6437>>>. Acesso em 15 de Abril de 2013.

CAMPOS, A. **Saúde: Diabetes aumenta e doentes perdem, em média, sete anos potenciais de vida**. ARS NORTE: Administração Regional de Saúde Norte. Press Book, 2013 Disponível em: <<<http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Revista%20Imprensa/19-02-2013.pdf>>>. Acesso em 15 de Abril de 2013.

COSTA, J. de A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. de C. G.; COTTA, R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência e saúde Coletiva**, **16(3)**, 2011. Disponível em: <<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n3/34.pdf>>>. Acesso em 10 de Abril de 2013.

COTTA, R. M. M.; BATISTA, K. C. S.; REIS, R. S.; SOUZA, G. A. de; DIAS, G.; CASTRO, ALFENAS, R. de C. G. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no Município de Teixeira, MG. **Ciências & Saúde Coletiva**, **14(4)**: 1251-1260, 2009. Disponível em: << <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a26v14n4.pdf> >>. Acesso em 19 de Abril de 2013.

FALCATO, A. Tradutor de: **O meu caminho na Fenomenologia de Martin Heidegger**. Lusosofia: Press, Covilha, 2009.

FARIA, A. P. S. de; BELLATO, R. A compreensão do fenômeno condições crônicas por diabetes mellitus a partir da experiência de adoecimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**: 2010, **12(3)**: 520- 7. Disponível em: <<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a15.htm>>>. Acesso em 16 de Abril de 2013.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Editora Positivo, 2011.

GOMES, A. M. de A.; PAIVA, E. S.; VALDÉS, M.T.M.; FROTA, M.A.; ALBUQUERQUE, C. de M. Fenomenologia, Humanização e Promoção da saúde: uma proposta de articulação. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.17, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100013>>. Acesso em 26 de maio de 2012.

GRUPIARA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Operacional Padrão**. Unidade Básica de Saúde: UBS/SMS, 2012.

INZUCCHI, S. E.; BERGENSTAL, R. M.; BUSE, J. B.; DIAMANT, M.; FERRANNINI, E.; NAUCK, M.; PETERS, A. L.; TSAPAS, A.; WENDER, R.; MATTHEUS, D. R. Gerenciamento da hipoglicemia do diabetes tipo 2. Abordagem centrada no paciente. **Posicionamento da American Diabetes**

Association (ADA) e da European Association for the study of Diabetes (EASD). Diabetes clínica, n.5, 2012.

JÚNIOR, A. C. A.; **Consolidando a Rede de Atenção às condições crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: << http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Inovacao_na_gestao_SUS-Rede-Hiperdia.pdf>>. Acesso em 25 de Junho de 2013.

MATFIN, G.; PORTH, C.M. **Fisiopatologia.** 8 ed. Guanabara Koogan, 2011.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. de B. Aspectos emocionais de crianças diabéticas: experiência de atendimento em grupo. **Psicologia em Estudo, Maringá, v.13, n.2, p.345-50, abr/jun, 2008.** Disponível em: << <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a17v13n2.pdf> >>. Acesso em 10 de Abril de 2013.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos.** 5 ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do adulto hipertensão e diabetes.** 2. ed. Belo Horizonte: SES/MG, 2007.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES N. 2.606, de 7 de Dezembro de 2010.** Belo Horizonte: SES/MG, 2010.

PAIM, J.; TRVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Disponível em: << <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> >>. Acesso em 02 Agosto de 2012.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PORTH, C. M. **Fisiopatologia.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004.

RAMOS, L.; FERREIRA, E. A. P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 21(3), 2011.** Disponível em: << <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/20039/22137>>>. Acesso em 15 de julho de 2013.

RIBAS, C. R. P.; SANTOS, M. A. dos; ZANETTI, A. C. G.; ZANETTI, M. L. Representações sociais de pacientes com diabetes mellitus sobre o atendimento por profissionais de saúde. **PSICO: v. 44, n. 1, pp. 139- 149, Jan-Mar, 2013.** Disponível em: << <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11039> >>. Acesso em 15 de Abril de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3 ed. Itapevi/SP, 2009.

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP : documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT) / Sistema Integrado de Bibliotecas da USP**. Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, coordenadora et al. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, 2009. 102 p. (Cadernos de Estudos; 9).

STAKE, R.E. **Pesquisa Qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011.

VALE, B. M. do. **Hipoglicemias: causas, diagnóstico e abordagem terapêutica**. ICBAS: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2010. Disponível em:
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52846/2/Hipoglicemias.pdf>.
Acesso em 05 de Abril de 2013.

ZANETTI, M. L.; BIAGG, M. V.; SANTOS, M. A dos; PÉRES, D. S.; TEIXEIRA, C. R. de S. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2008, mar/abr; 61(2): 186-92**. Disponível em: << <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf> >>. Acesso em 10 de Abril de 2013.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário para coleta dos dados

1. Identificação

Endereço:

Data de Entrevista:

Horário:

Local:

2. Questões norteadoras:

2.1 Fale para mim o que você sabe sobre o Diabetes.

2.2 Conte-me o que significa Ser Diabético para você.

ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido

“O SER DIABÉTICO: SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS”

Instituição dos pesquisadores: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

Professora Orientadora: Dra. Lícia Maria Oliveira Pinho

Pesquisador responsável: Mestrando Adriano Borges Ferreira

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), sob o número do CAAE: 088812.1.0000.0037, telefone (062) 3946 1346 ou (62) 3946 1403, email: mestrado.cas@pucgoias.edu.br.

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar, por livre e espontânea vontade. Antes de aceitar o convite leia este Termo para decidir se deseja ou não participar desta pesquisa. Em caso de dúvida solicite ao pesquisador para que o esclareça.

Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre “Ser diabético: significados e sentimentos”, que tem como principal objetivo Compreender significados e sentimentos vivenciados cotidianamente pela pessoa portadora de Diabetes *Mellitus*. Sendo que sua participação é voluntária, não remunerada e de suma importância para o desenvolvimento do projeto, no desvelar deste fenômeno.

A coleta dos dados será através entrevista aberta cujo roteiro consta de três questões norteadoras, mas que serão complementadas no decorrer da entrevista a critério e necessidade do pesquisador. As suas falas, sim o permite, serão gravadas e, posteriormente, transcritas para análise e posterior publicação. A presente pesquisa não implica riscos físicos, no entanto pode te causar desconforto de ordem psicológica ao realizar a descrição de fatos de sua realidade em relação ao fenômeno abordado. Se isto ocorrer suspenderemos o estudo e será encaminhado (a) para avaliação clínica com Clínico Geral e Psicólogo da Equipe Saúde da Família de Grupiara - MG.

Sua participação é voluntária e, caso queira se retirar em qualquer etapa da pesquisa, não haverá nenhum dano ou prejuízo. Conforme previsto pela resolução

196/96 que regulamenta sobre a participação com seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo. O (a) Sr. (a) tem acesso a qualquer etapa do estudo, bem como, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Com relação ao processo indenizatório, caso a Senhora ou o Senhor se sinta lesado ou prejudicado, deverá buscar a Justiça. O que for decidido por ela será acatado pelo Pesquisador.

O principal responsável por esta pesquisa é o Enfermeiro Adriano Borges Ferreira, Especialista em Saúde da Família e Mestrando em Ciências Ambientais e Saúde, pela PUC-GOIÁS, que reside em Grupiara - MG, no endereço: Avenida Sílvio José de Oliveira, 483, Centro; CEP 38470-000 e Telefone: (34) 8875-1887.

Se o Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a Ética da Pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), localizado na praça Universitária nº144, setor Leste Universitário. Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. O material com as suas informações da entrevista ficará guardado sob a responsabilidade do pesquisador, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, sendo destruído após a finalização da pesquisa.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

DECLARO TER SIDO SUFICIENTEMENTE INFORMADO A RESPEITO DAS INFORMAÇÕES QUE LI OU QUE FORAM LIDAS PARA MIM. CONCORDO VOLUNTARIAMENTE EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO E PODEREI RETIRAR O MEU CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO SEM QUALQUER DANO OU PREJUÍZO.

Eu, _____,

RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Grupiara, ____ de _____ de 2013.

Participante da Pesquisa

ANEXO C- Carta de aceite institucional

Ao: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Grupiara - MG, 17 de Setembro de 2012.

Prezado Senhor

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:

Eu, Joana Pereira de Oliveira, Gestora de Saúde de Grupiara – MG, através desta carta, venho informar que estou ciente e de acordo com a realização do estudo com os nossos clientes diabéticos cadastrados pela Equipe de Saúde da Família, que optarem em participar da pesquisa intitulada “O SER DIABÉTICO: SIGNIFICAÇÕES E SENTIMENTOS” sob a responsabilidade do pesquisador Adriano Borges Ferreira que será realizada após a aprovação deste renomado Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta instituição está ciente do estudo que o pesquisador fará com os diabéticos cadastrados pela Equipe Saúde da Família de Grupiara - MG, que optarem em participar por livre e espontânea vontade da pesquisa, desde que o pesquisador resguarde todos os direitos previstos na Resolução do CNS 196-96 e que apresente o **PARECER de APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**. Esta instituição é consciente de sua co-responsabilidade do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

O pesquisador responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS nº 196/96, e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após a aprovação do projeto por parte deste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FASB e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, se houver também necessidade.

Joana Pereira de Oliveira

Gestora Municipal de Saúde de Grupiara – MG

ANEXO D - Carta referente ao apoio psicológico

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Grupiara-MG, 01 de Setembro de 2012.

Prezado Senhor

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:

Declaro ter lido e concordo com o projeto de pesquisa **“O SER DIABÉTICO: SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS”** de responsabilidade do pesquisador **Adriano Borges Ferreira**, e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Estou ciente de minhas corresponsabilidades como Psicólogo coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de meu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de apoio clínico necessário para a garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente de que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Desta forma, ofereço de maneira gratuita e interessada em auxiliar o pesquisador a assistir os possíveis desconfortos psicológicos que, porventura possam surgir com o denominado estudo. Fato que acredito que seja difícil de ocorrer. Por ser tratar de um estudo simples que não influirá muito no íntimo do pesquisando.

Washington Luis de Deus

Psicólogo da UBS de Grupiara

ANEXO E - Carta referente ao apoio do Clínico Geral

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Grupiara-MG, 18 de Novembro de 2012.

Prezado Senhor

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:

Declaro ter lido e concordo com o projeto de pesquisa **“O SER DIABÉTICO: SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS”** de responsabilidade do pesquisador **Adriano Borges Ferreira**, e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Estou ciente de minhas corresponsabilidades como Clínico Geral coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de meu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de apoio clínico necessário para a garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente de que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Desta forma, ofereço de maneira gratuita e interessada em auxiliar o pesquisador a assistir os possíveis desconfortos sócio-psicológicos que, porventura possam surgir com o denominado estudo.

Dr. Haroldo José de Almeida

Médico da Estratégia Saúde da Família
de Grupiara-MG