

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL**

**“CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE MULHERES  
PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS NO  
CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**

**WARLEY AGUIAR SIMÕES**

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, Janeiro de 2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



## DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

“CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE MULHERES  
PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS NO  
CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

WARLEY AGUIAR SIMÕES

**Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.  
**2012**

### CIP - Catalogação na Publicação

Simões, Warley Aguiar

Concepções e práticas de mulheres portadoras de diabetes mellitus no contexto da atenção primária à saúde / Warley Aguiar Simões. -- 2012.

128 f.

Orientadora: Daniela Riva knauth.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Diabetes. 2. Mulheres. 3. Concepções. 4. Práticas. 5. Atenção Primária à Saúde. I. knauth, Daniela Riva, orient. II. Título.

## **BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Camila Giugliane. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Profa. Dra. Andréa Fachel Leal. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Profa. Dra. Ana Maria Borges Teixeira, Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

*“É fazendo que se aprende a fazer aquilo que se  
deve aprender a fazer.”*

Aristóteles (384 a.C – 322 a.C)

## *A*GRADECIMENTOS

*A* Deus, autor da minha fé, pela conquista de mais essa etapa.

*A*o Ministério da Saúde que financiou o Mestrado Profissional, ao Grupo Hospitalar Conceição e à UFRGS, em especial ao PPG da epidemiologia, que apostaram na capacitação de profissionais comprometidos com a saúde pública do Brasil.

*A*os coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que permitiram conciliar estudo e trabalho, reconhecendo a importância dessa pesquisa.

*A*os professores e aos colegas de turma que demonstraram uma postura acolhedora e amiga nessa trajetória que juntos percorremos em busca da excelência da Atenção Primária à Saúde no Brasil;

*A* minha orientadora Dra. Daniela Riva Knauth, sempre disposta a ouvir e solícita às minhas demandas, apresentando-me o ensinamento Aristotélico de que é fazendo que se aprende a fazer aquilo que se deve aprender a fazer;

*A*s mulheres com diabetes que se disponibilizaram a participarem deste estudo, contribuindo para a construção coletiva do conhecimento;

*A*os amigos que incondicionalmente demonstraram apoio no cumprimento das metas para alcançar a conclusão do mestrado, em especial ao Fernando Tupinambá de Vasconcelos Rocha, que sempre trouxe uma palavra de ânimo nos momentos difíceis;

*A* minha família, que torce pelas conquistas das metas pessoais, acadêmicas e profissionais, em especial à minha querida mãe, não mais presente entre nós, que sempre me inspirou na busca do conhecimento.

## SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS .....	6
RESUMO.....	7
SUMMARY .....	9
LISTA DE QUADROS .....	11
LISTA DE TABELAS .....	12
LISTA DE FIGURA.....	13
1. APRESENTAÇÃO .....	14
2. INTRODUÇÃO .....	15
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	18
3.1 Atenção Primária à Saúde e Promoção em saúde .....	18
3.2 A abordagem Diabetes Mellitus como meta da APS no Brasil .....	20
3.2.1 <i>Modelo de cuidados crônicos</i> .....	22
3.2.2 <i>As tecnologias que podem ser utilizadas pelo profissional da saúde que atua na APS para abordagem de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus</i> .....	27
3.3 Grupos Operativos (GO) como tecnologia na abordagem de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus.....	28
3.4 Grupo Operativo segundo Pichon-Rivière.....	32
3.5 As três dimensões da doença: disease, illness e sickness .....	34
3.7 Conhecimentos, representações de saúde e experiência da doença em mulheres portadoras de Diabetes Mellitus.....	37
4. OBJETIVOS .....	39
Objetivo Geral .....	39
Objetivos Específicos .....	39
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40
6. ARTIGO.....	45
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	73
8. APÊNDICES.....	75
A. Roteiro de entrevista.....	75
B. Categorização das entrevistas.....	77
C. Características socioeconômicas gerais das mulheres participantes do estudo .....	125
9. ANEXOS .....	127
I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	127
II. Aprovação do Comitê de ética em pesquisa .....	128

## ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	-	Acquired immune deficiency syndrome
APS	-	Atenção Primária à Saúde
AVD's	-	Atividades de Vida Diárias
CS	-	Centro de Saúde
DM	-	Diabetes Mellitus
ATT - 19	-	Diabetes Mellitus Attitude
DKN-A	-	Diabetes Mellitus Knowledge
DCNT	-	Doença Crônica Não Transmissível
GO	-	Grupos Operativos
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	-	Human immunodeficiency virus
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
HIPERDIA	-	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PBH	-	Prefeitura de Belo Horizonte
PSF	-	Programa de Saúde da Família
SMSA	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SBD	-	Sociedade Brasileira de Diabetes
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	-	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
WHO	-	World Health Organization



## RESUMO

O aumento da incidência e prevalência do Diabetes Mellitus (DM) em todo mundo se deve a vários fatores, dentre eles: envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade.

Os avanços, no que se refere às tecnologias leve-duras e duras, aumentaram a habilidade dos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família nos cuidados com as pessoas com diabetes, no entanto, essas pessoas apresentam controle glicêmico subótimo, com complicações agudas e crônicas

A presente pesquisa tem por objetivo compreender as concepções e práticas de mulheres portadoras de Diabetes Mellitus (DM) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Foi utilizada uma metodologia qualitativa, com o privilégio da técnica de entrevista semi-estruturada. Foram entrevistadas 15 mulheres portadoras de DM atendidas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Belo Horizonte. As entrevistas foram transcritas, categorizadas e analisadas a partir do referencial teórico de representação social.

Os resultados evidenciaram que as mulheres apresentam concepções diversas sobre a doença. Algumas manifestam uma concepção “biologicista” da doença, que privilegia aspectos biológicos do processo saúde-doença. Contudo a maioria das entrevistadas apresenta uma concepção bastante próxima ao “senso comum”, entendendo a doença simplesmente como a presença de *açúcar no sangue*. Coerente com esta concepção a maioria das entrevistadas relaciona as causas da doença com a alimentação, e mais especificamente, a um comportamento inadequado em termos alimentares. Esses dados indicam que o tempo de diagnóstico (média de 8 anos) e o convívio com o profissional médico para o acompanhamento do diabetes, não proporcionaram às mulheres um entendimento mais aprofundado sobre a fisiopatologia da doença. Esta falta de orientação por parte do serviço de saúde é manifestada pelas mulheres entrevistadas quando se referem, sobretudo, à alimentação e ao manejo da doença visto afirmarem não saber o que pode ou não pode ser feito. A gestão

cotidiana da alimentação parece ser, assim, o principal impacto da doença na vida das mulheres com diabetes.

Incorporar a lógica da redução de danos talvez seja uma estratégia para lidar com doenças crônicas como o diabetes. Esta pode ser uma forma de obter um ponto de consenso entre os atores sociais envolvidos no processo.

**Palavras-Chave:** Diabetes; Concepções e Práticas; Atenção Primária à Saúde.

## SUMMARY

The increasing incidence and prevalence of diabetes mellitus (DM) worldwide is due to several factors, including: aging population, increasing urbanization and the adoption of unhealthy lifestyles such as sedentary lifestyle, poor diet and obesity.

Advances in technology with regard to soft-hard and hard, increased the ability of the professionals who make up the Family Health Team in caring for people with diabetes, however, these people have suboptimal glycemic control, with acute and chronic.

This research aims to understand the concepts and practices of women with diabetes mellitus (DM) in the context of Primary Health Care (PHC). We used a qualitative methodology, with the privilege of the technique of semi-structured interview. We interviewed 15 women with DM seen at a Family Health Unit of the Municipality of Belo Horizonte. The interviews were transcribed, categorized and analyzed from the theoretical framework of social representation.

The results showed that women had different conceptions about the disease. Some express a concept "biological" disease, which focuses on biological aspects of health-disease process. Yet most of the interviewees have a design very close to the "common sense", understanding the disease just as the presence of blood sugar. Consistent with this view, most women surveyed lists the causes of the disease with nutrition, and more specifically, inappropriate behavior in food. These data indicate that the time of diagnosis (mean 8 years) and living with a medical professional to monitor diabetes, women did not provide a deeper understanding of the pathophysiology of the disease. This lack of guidance from the health service is manifested by the women interviewed as they relate mainly to food and disease management seen claiming not to know what can or can not be done. Daily management of feeding seems to be, well, the main impact of illness on the lives of women with diabetes.

Incorporate the logic of harm reduction may be a strategy for dealing with chronic diseases like diabetes. This may be a way to get a point of consensus among the social actors involved in the process.

**Key words:** Diabetes; Concepts and Practice; Primary Health Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.....	19
Quadro 2 – Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção.....	30

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 - Prevalência de diagnóstico médico auto-referido de diabetes na população igual ou maior de 18 anos nas regiões brasileiras, 2008.....	22
--	----

## LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas.....	24
---	----

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Concepções e práticas de mulheres portadoras de Diabetes Mellitus no contexto da Atenção Primária à Saúde”, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Janeiro de 2012. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que se segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos: Aprovação pelo CEP, TCLE, Roteiro de entrevista, Categorizações das entrevistas, Aspectos socioeconômicos gerais da população em estudo.



## 2. INTRODUÇÃO

Atualmente, o Diabetes Mellitus (DM) configura-se como uma epidemia mundial. O aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo mundo se deve a vários fatores, dentre eles: envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade (BRASIL, 2009).

A primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e de amputações de membros inferiores é devida ao DM e à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que também são responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2009). O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia (aumento das taxas de glicose no sangue) e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas, resistência e / ou distúrbios da secreção à ação da insulina, entre outros (BRASIL, 2006). Em especial nos países em desenvolvimento há previsão de um expressivo crescimento do DM, onde as maiores prevalências dessa doença se encontram na faixa etária dos 45 a 64 anos (WILD; ROGLIC; GREEN, 2004). O número de pessoas portadoras de Diabetes em todo mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) era de 177 milhões no ano de 2.000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas no ano de 2.025.

A Atenção Primária à Saúde (APS) prioriza práticas de saúde que tem o foco na promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a assistência, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2007a). Esse conjunto de ações, no que tange uma doença crônica, como o DM, apresenta-se como um desafio para os sistemas de saúde de todo mundo, por se tratar de uma epidemia mundial. Observa-se que a análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM estabelece a necessidade de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, de

suas famílias e de seus amigos, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida.

Em 21 de outubro de 2011 foi aprovada a Portaria n. 2.488 que trata sobre a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Dentre as várias estratégias adotadas pelo Ministério da saúde podemos destacar: “... *IV – Coordenar a **integralidade** em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das **ações de promoção à saúde**, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e **manejo das diversas tecnologias de cuidado** e de gestão necessárias a estes fins e à **ampliação da autonomia dos usuários e coletividades**; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a **gestão do cuidado integral do usuário** e coordenando-o no conjunto da rede de atenção (...). Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um **processo centrado no usuário**, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (...)* *V – estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua **autonomia e capacidade na construção do cuidado** à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais **centradas no usuário**...”* (grifo nosso). Tal portaria reitera que o Ministério da saúde tem priorizado, além do acesso, ações que visem a educação e informação para o alcance da promoção do autocuidado, alinhando-se aos objetivos na abordagem das pessoas portadores de doenças crônicas como o DM (BRASIL, 2007b).

Ressaltamos nesse estudo, a importância do conhecimento das concepções e práticas da comunidade sobre a doença para se ter processos de educação em saúde que façam sentido de fato para as pessoas e que promovam autonomia. No caso de problemas de saúde, os modelos explicativos que os pacientes utilizam para compreender o que aconteceu e orientar seus comportamentos pode ter pouca relação com os da profissão médica, trazendo importantes implicações clínicas (BLAXTER; PATERSON;

1980; HELMAN, 1980, 1978; KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978; SNOW; JOHNSON, 1977; SNOW; JOHNSON; MAYHEW, 1978).

Diante do exposto, a presente pesquisa visa conhecer as concepções e práticas de mulheres portadoras de diabetes no que tange ao conhecimento sobre a doença, práticas em relação aos medicamentos, estratégias acionadas para controle do DM e cuidados com a doença. Pretende, desta forma, contribuir para uma reflexão sobre as estratégias mais adequadas para um melhor manejo da doença.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Atenção Primária à Saúde e Promoção em saúde

O conceito de saúde como “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1947) impõe transformação nas ações dos profissionais que se propõem a trabalhar no campo da saúde. Essa perspectiva provocou enorme repercussão e desencadeou uma série de iniciativas lideradas pela OMS, que teve seu início com a Assembleia de Alma Ata (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1978), da qual resultou a *Declaração de Alma Ata*. Essa preconizava a saúde para todos no ano 2000 e a importância da atenção básica como recomendação chave, ressaltando também a necessidade da participação comunitária e a intersectorialidade para a saúde.

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi uma etapa importante de um processo de articulação nacional, promovido por atores os mais diversos. Foi considerada um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde, ao aprovar as diretrizes básicas da reforma sanitária brasileira a ser implementada com o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. O SUS tem como um dos seus principais objetivos a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

É diante da proposta de novas modalidades de saber na saúde que surge no cenário, o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado pelo Ministério da Saúde. O PSF tem o objetivo de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos ao indivíduo e à família, como alternativa para mudança do modelo assistencial. Trata-se de uma estratégia que tem o trabalho preventivo como o alicerce para atenção básica à saúde.

O termo “promoção da saúde” inicialmente caracterizava um “nível de atenção” da medicina preventiva (LEAVELL; CLARK, 1965). Ao definir as quatro tarefas essenciais da medicina, quais sejam a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, Sigerist

(1946), foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo Promoção da Saúde. Antes disso, Winslow (1920, p. 23) afirmou que:

A promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e **os programas educativos** para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma “maquinaria social” que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde (grifo nosso).

O conceito de promoção da saúde é utilizado por Leavell e Clark (1965) para a ‘construção’ do modelo da história natural da doença, que contempla três “níveis de prevenção” (Quadro 1), sendo que nestes níveis existiriam cinco componentes distintos onde se poderiam aplicar medidas preventivas, considerando o grau de conhecimento da história natural da doença.

Promoção da saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação da invalidez	Reabilitação
Prevenção primária		Prevenção secundária		Prevenção terciária

Quadro 1 – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença

Fonte: Leavell e Clark, 1965

Os autores Leavell e Clark (1965) destacam a **educação** e a motivação sanitárias como elementos importantes para a prevenção primária, afirmando que para que a mesma ocorra, deve-se incluir **o aconselhamento e educação adequados em atividades individuais ou em grupo** (grifo nosso). Tais ações devem ser realizadas em qualquer oportunidade de contato entre o médico e o paciente, com extensão ao resto da família, tratando-se, portanto, de um enfoque centrado no indivíduo, com uma projeção **para a família ou grupos**.

O significado de promoção à saúde foi adquirindo um “foco” político e técnico em todo processo saúde-doença-cuidado (CZERESNIA; FREITAS, 2009), haja vista que na Carta de Otawa, em 1986 a Promoção da Saúde, está associada inicialmente a um “conjunto de valores”: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. O termo promoção da saúde, a partir de então, refere-se também a uma

“combinação de estratégias”: políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, de desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais (BRASIL, 2002). Entende-se promoção da saúde como:

(...) o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre e melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem estar (SIMON, 1983).

Vale salientar que está na base conceitual da promoção da saúde a grande valorização do “conhecimento popular” e da participação social (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

### **3.2 A abordagem Diabetes Mellitus como meta da APS no Brasil**

Atualmente, o **Diabetes Mellitus** configura-se como uma epidemia mundial. O aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo mundo se deve a vários fatores, dentre eles: envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade (BRASIL, 2009).

A Atenção Primária à Saúde (APS) prioriza práticas de saúde que tem o foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2007a). Esse conjunto de ações, no que tange uma doença crônica, como o DM, apresenta-se como um desafio para os sistemas de saúde de todo mundo, por se tratar de uma epidemia mundial. Observa-se que a análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM estabelece a necessidade de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, de

suas famílias e de seus amigos, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida.

A primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e de amputações de membros inferiores é devida ao DM e à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que também são responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2009).

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia (aumento das taxas de glicose no sangue) e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas, resistência e / ou distúrbios da secreção à ação da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

Em especial nos países em desenvolvimento há previsão de um expressivo crescimento do DM, onde as maiores prevalências dessa doença se encontram na faixa etária dos 45 a 64 anos (WILD; ROGLIC; GREEN, 2004). O número de pessoas portadoras de Diabetes em todo mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) era de 177 milhões no ano de 2.000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas no ano de 2.025.

A Índia e China continuarão como países com maiores taxas de diabetes em 2030; o Brasil passará da oitava posição, 4,6% em 2000, para a sexta posição, 11,3% da população em 2030 (WILD; ROGLIC; GREEN, 2004).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), num estudo de 1988, demonstrou que uma média de 7,2% da população maior de 30 anos no Brasil tinha já naquela época, ou seja, há mais de 20 anos, o diagnóstico de Diabetes. Desde 2006 o Ministério da Saúde (MS) através da Secretaria de Vigilância à Saúde, vem realizando o VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas - os dados de 2008 evidenciaram uma prevalência de diagnóstico médico autorreferido de diabetes de 5,2% (com maior prevalência entre as mulheres) na população igual ou maior de 18 anos, sendo distribuído nas regiões brasileiras da seguinte maneira:

TABELA 1

Prevalência de diagnóstico médico autorreferido de diabetes na população igual ou maior de 18 anos nas regiões brasileiras, 2008

Região brasileira	Prevalência de diabetes (%)
Sudeste	5,6
Sul	5,1
Nordeste	5,0
Norte	4,1
Centro Oeste	4,1

Fonte: Coelaho, Buchele, Calvo, 2009.

Se pensarmos em números absolutos isso representa cerca de 7.500.000 portadores de diabetes autorreferidos no Brasil em 2008.

Apesar dos crescentes conhecimentos científicos sobre o diabetes, bem como diversas ações como propostas de prevenção, divulgações de informações sobre o DM e seu tratamento, essas medidas não tem sido suficientes para superar as dificuldades na realização do controle da doença. Faz-se necessário que o SUS busque a diminuição das diferenças entre subgrupos populacionais. Para que isso ocorra, o sistema de saúde deve focar a saúde das pessoas, considerando alguns determinantes do meio social no qual elas vivem e trabalham e não apenas sua enfermidade individual (STARFIELD, 2002). No entanto, a maioria dos serviços de cuidados primários tem enfoque no cuidado agudo e episódico (NUTTING; GOODWIN; FLOCKE, 2003).

### **3.2.1 Modelo de cuidados crônicos**

Neste contexto, a implementação de um **Modelo de Cuidado Crônico**, que aumente os esforços para a realização de abordagens pró-ativas, planejadas e baseadas na população, pode ser útil na melhoria da saúde de pessoas com DCNT, incluindo o Diabetes Mellitus (NUTTING; GOODWIN; FLOCKE, 2003).

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções



sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2007).

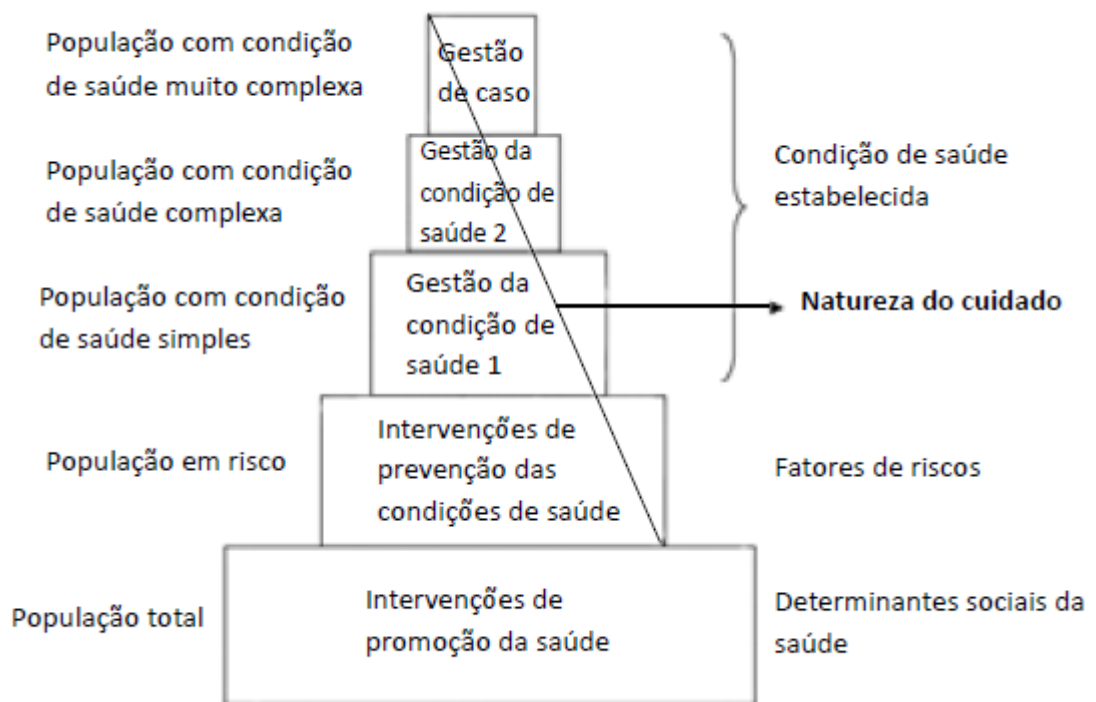
Os componentes do “**Modelo da Atenção Crônica**”, do qual derivam quase todos os demais definidos com base em evidências, são: os recursos e as políticas comunitárias, a organização da atenção à saúde, o desenho do sistema de prestação de serviços, o **autocuidado** apoiado, o sistema de apoio às decisões e os sistemas de informações clínicas. Esse modelo tem sido exaustivamente avaliado. Uma revisão sistemática desenvolvida pela Colaboração Cochrane sobre centenas de artigos sugeriu um efeito sinérgico quando os componentes do modelo são combinados e um estudo avaliativo da Rand Corporation, realizado em mais de 40 organizações que implementaram o modelo nos Estados Unidos, concluiu que ele leva a melhores processos e resultados da atenção à saúde, incluindo resultados clínicos, satisfação dos pacientes e custos (SHORTELL et al., 2004); além disso, uma meta-análise (Tsai et al., 2005) feita com 112 estudos concluiu que a adoção de, pelo menos, um dos componentes do modelo da atenção crônica promove melhorias nos processos e resultados da atenção em diabetes.

A Organização Mundial da Saúde (2003) preconiza o **modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas**, com suas origens no **modelo de atenção às condições crônicas**, mas que se propõe a melhorar a atenção à saúde em três níveis: o nível micro (indivíduos e famílias), o nível médio (organizações de saúde e comunidade) e o nível macro (políticas de saúde).

Há evidências de que a aplicação do modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas, como o **diabetes**, tem impacto em alguns processos e resultados sanitários (SING; HAM, 2006).

Mendes (2007) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no SUS que tem sido discutido na proposta de redes de atenção à saúde de Minas Gerais.

Esse modelo está representado na figura seguinte.



**Figura 1:** Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Fonte: Mendes, 2007

O modelo de atenção às condições crônicas, estrutura-se em cinco níveis e em três componentes articulados: a população, os focos das intervenções de saúde e as intervenções de saúde.

No **primeiro nível**, opera-se com a população total de uma rede de atenção à saúde, com o foco nos determinantes sociais da saúde e por meio de **intervenções de promoção da saúde**. Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre, ou seja, como as causas das causas (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007). Os principais determinantes sociais da saúde a serem considerados são: a acumulação de riscos no curso da vida, o emprego, a renda, a educação, a raça/etnicidade, a coesão social, o ambiente, a localização geográfica, os estilos de vida, a violência e a alimentação e têm como pano de fundo a questão da equidade (OMS, 2003; VICTORA, 2006).

As intervenções de promoção da saúde apresentam sinergias entre si, o que significa que devem ser realizadas sob a forma de projetos intersetoriais, sustentados pela vigilância dos determinantes sociais da saúde.

No **segundo nível**, opera-se com uma subpopulação da população total que está submetida a algum de fator de risco, entendido como uma característica ou atributo cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. Os principais fatores de riscos para as condições crônicas são: a idade, o tabagismo, o gênero, o sobrepeso ou a obesidade, o sexo inseguro, o uso abusivo de drogas, o estresse, a hipertensão arterial, a **intolerância à glicose** e a depressão (BRASIL 2005; OMS, 2003). As principais intervenções de prevenção das condições de saúde são: a vigilância dos fatores de risco; as medidas de prevenção específica, como as imunizações; o rastreamento de doenças; a vigilância ativa de certas doenças, como o câncer de próstata; os exames periódicos de saúde; as intervenções de manejo do estresse; as mudanças de estilo de vida e o controle de fatores de risco por medicamentos (PORTER, 2007).

Até o segundo nível **não há uma condição de saúde estabelecida**. Somente a partir do terceiro nível do modelo é que se vai operar com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade que apresenta a condição de saúde estabelecida, definirá as intervenções de saúde. Por isso, a partir do terceiro nível exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, o que convoca as tecnologias de gestão da clínica. São duas as tecnologias de gestão da clínica utilizadas no modelo: a gestão da condição de saúde e a gestão de caso.

No **terceiro nível**, opera-se com uma subpopulação da população total que apresenta uma condição de saúde simples (de baixo ou médio risco), em geral mais de 70% dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde.

No **quarto nível**, opera-se com a subpopulação com condição de saúde complexa (de alto ou muito alto risco), também por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. O que justifica essa divisão entre gestão da condição de saúde 1 e 2 é a natureza da provisão do cuidado. No nível 3, vai-se operar, basicamente, com o **autocuidado apoiado**; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado multiprofissional. A

diagonal que cruza a figura, desde o topo até as intervenções de prevenção das condições de saúde, representa isso; **o que fica acima da linha é cuidado multiprofissional, o que fica abaixo é autocuidado apoiado.**

**No nível 5**, opera-se com uma subpopulação da população total que apresenta uma condição de saúde de muito complexa. Essa subpopulação é aquela que, segundo a lei da concentração da severidade das condições de saúde e dos gastos da atenção à saúde, atinge de 1% a 5% da população total e que chega a consumir mais da metade dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde (BERK; MONHEINT, 1992). As intervenções em relação a essa subpopulação são realizadas por outra tecnologia da gestão da clínica, a gestão de caso.

A operacionalização desse modelo de atenção às condições crônicas exige mudanças nos componentes da rede de atenção à saúde, o que é feito segundo as **diretivas do modelo da atenção crônica** (WAGNER et al, 1998). Isso significa mudanças nas relações com a comunidade: o encorajamento dos usuários das redes para participarem de programas comunitários e as parcerias da rede de atenção à saúde com organizações comunitárias; mudanças na organização da atenção à saúde: o desenvolvimento de uma cultura de integração e de coordenação da atenção à saúde e a institucionalização de incentivos para a qualidade da atenção; as mudanças no desenho do sistema de prestação de serviços: a clara definição dos papéis das equipes multiprofissionais na atenção à saúde e a oferta de gestão de casos a portadores de condições de saúde muito complexas; a implantação de sistema de apoio às decisões: a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências, a educação permanente para os profissionais, a educação em saúde para os usuários e a integração da atenção primária e especializada; o **fortalecimento do autocuidado** apoiado: a colocação do usuário como o centro da atenção à saúde, a elaboração colaborativa do plano de cuidado pela equipe multiprofissional e o usuário e a **utilização de tecnologias de autocuidado** apoiado como técnicas de solução de problemas e definição de metas no plano de cuidado e seu monitoramento; as mudanças nos sistemas de informações clínicas: implantação de prontuários eletrônicos que incluam planos de cuidados, identificação de subpopulações para o cuidado proativo,

provisão de alertas e lembretes para os profissionais de saúde e usuários e compartilhamento das informações entre a equipe multiprofissional e o usuário.

O que parece ser um dos pilares na reversão da situação atual é o envolvimento do profissional de saúde e o seu **compromisso com a educação para o autocuidado**

### ***3.2.2 As tecnologias que podem ser utilizadas pelo profissional da saúde que atua na APS para abordagem de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus***

O profissional de saúde, no desenvolvimento do seu trabalho, dispõe de tecnologias as mais variadas, das quais poderíamos fazer analogias com valises:

Uma vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, outra, presente no espaço relacional trabalhador–usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato (MERHY, 2000).

A utilização de tecnologias leves na abordagem de doenças crônicas como DM, vem agregar às outras ações terapêuticas, a possibilidade de promoção do autocuidado e com isso o empoderamento dos pacientes na autogestão da saúde. Há um claro reconhecimento do papel limitado das estratégias educativas centradas na transmissão de informação e conhecimento para as pessoas com DM (BRASIL, 2009).

Os processos de formação de profissionais de saúde na atenção a essas pessoas devem incorporar teorias que considerem o protagonismo dos sujeitos. Sendo assim, a formação deve ir para além da transmissão verticalizada de informação e conhecimento; deve consistir em estratégias que problematizem o adoecimento e a saúde, o cuidado com a própria vida, ampliando a comunicação e o contato entre as pessoas.

Desde 2007, com esse pressuposto, o Ministério da Saúde reconhecendo a relevância de estratégias efetivas para abordagem das

peças com diabetes, vem apostando em Estratégias Nacionais para Educação em Saúde buscando promover o autocuidado em Diabetes. Uma das primeiras atividades dessa iniciativa foi o Seminário Nacional “Programa Nacional de Educação em Saúde para Diabetes: princípios, diretrizes e modos de fazer”, realizado em dezembro de 2007, em Brasília-DF, na sede da Organização Pan-Americana de Saúde. Tal programa desenvolveu-se em decorrência da lei n. 11.347 de 27 de Setembro de 2006, regulamentada pela portaria n. 2.583, de 10 de outubro de 2007, que dispõe sobre o fornecimento de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e monitoramento da glicemia capilar (BRASIL, 2007c).

Sendo assim, o desenvolvimento dessa estratégia nacional tem como linha norteadora que a **educação em saúde faça parte tanto da promoção da saúde como também parte do tratamento do DM.**

### ***3.3 Grupos Operativos (GO) como tecnologia na abordagem de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus***

A partir do movimento de prevenção das DCNT, a promoção da saúde passou a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre **estilos de vida**, não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias.

A proposta da utilização da metodologia de Grupos Operativos (GO) na promoção do autocuidado para pessoas com diabetes vem ao encontro da definição dada à promoção da saúde através da Carta de Otawa como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002, p.19).

A estratégia de utilização da metodologia de GO elaborada por Pichon-Rivière, visando a promoção da saúde, também encontra respaldo na conceituação de promoção dada por Gutierrez et al (1997, p.117):

... conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais que **favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida a nível individual e coletivo.** (grifo nosso)

As práticas educativas em saúde, e aqui destacamos os GO, vem ao encontro dos vários objetivos que a promoção à saúde visa alcançar: assegurar a igualdade de oportunidades e “proporcionar meios (capacitação)” que permitam todas as pessoas realizarem completamente seu potencial de saúde. A oportunidade de fazer escolhas mais saudáveis está entre os principais elementos capacitantes (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Um dos objetivos a serem alcançados com a metodologia de GO para pessoas portadoras de diabetes está justamente no desenvolvimento de ‘habilidades pessoais’ e no reforço da ‘ação comunitária’, que compõem os cinco campos centrais de ação propostos pela Carta de Otawa, onde os outros três são a ‘elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis’, a ‘criação de ambientes favoráveis à saúde’ e a ‘reorientação do sistema de saúde’.

O enfoque da promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo de saúde-doença, e buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Já a prevenção das doenças buscaria que os indivíduos fiquem isentos das mesmas. Como a saúde não é apenas a ausência de enfermidades, os indivíduos sem evidências clínicas poderiam progredir a estados de maior fortaleza estrutural, maior capacidade funcional, maiores sensações subjetivas de bem-estar e objetivas de desenvolvimento individual e coletivo. Esta é, em essência, o verdadeiro sentido da promoção da saúde propriamente dita por GUTIERREZ et al( 1997).

Para a prevenção, o objetivo final é evitar a doença, logo, não ter doença seria um objetivo suficiente. Já para a promoção da saúde, um nível ótimo de vida e de saúde contínuos constitui seu objetivo. Por esta razão, a ausência de doenças não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias (GUTIERREZ et al, 1997).

A promoção do autocuidado e da autonomia do sujeito como um dos objetivos a serem alcançados com a utilização de GO's, vem ao encontro de outra definição de promoção da saúde:

... o processo de capacitar indivíduos e comunidades para aumentar o controle sobre determinantes da saúde, assim, incrementar sua saúde (...), devendo para isto um indivíduo ou grupo ser capaz de

identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou controlar o ambiente. (BRASIL, 2002, p.19).

O esquema abaixo, elaborado por Stachtchenko e Jenicek (1990) mesmo apresentado de forma sintética, é bastante útil para diferenciar promoção de prevenção:

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e Complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadas e persuasivas
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvo
Objetivo dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais, nacionais etc.	Profissionais da saúde

Quadro 2 – Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção

Fonte: adaptado de Stachtchenko e Jenicek, 1990

Percebe-se que a metodologia de GO, transita entre a prevenção da saúde e sua promoção e há que se considerar que a promoção da saúde está para além da produção de procedimentos técnicos, há que se focar a produção de cuidados. Muitos são os conceitos de cuidado, entre os quais se encontram assistir, vigiar, ajudar. Uma das primeiras discussões de cuidado surgiu em 1971, inspirado no conceito do cuidado como um ideal filosófico (MAYEROFF, 1971). Conceituado também como mais do que um ato, uma **atitude** de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo (BOFF, 2003). É no cuidado que se identificam os princípios, os valores e as



atitudes que fazem da vida um bem-viver, o que em última instância representa o atual conceito de saúde da OMS.

Observa-se que a formação dos profissionais de saúde, não se constrói na lógica da produção de cuidado. O modelo predominante nas ações de saúde observado no Brasil tem sido o da lógica da produção de procedimentos. O aprendizado e treinamento acadêmicos estão voltados ao processo de adoecimento, refletindo-se na forma como este trabalhador reconhece o que é problema e como ele pensa que deve abordá-lo, e, traduzindo-se em uma organização dos processos de trabalho orientada aos elementos que lhe são próprios, como, por exemplo, consultas, visitas domiciliares, aplicações de vacinas ou curativos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

O que se vê atualmente é uma relação estabelecida entre profissionais e usuários, em que o usuário chega ao serviço com uma queixa, passa por diferentes trabalhadores, tais como porteiro, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, cada um fazendo uma parte do atendimento até chegar ao médico. Como aponta Fortuna et al (2005), a queixa é decodificada e transformada numa conduta exclusivamente curativa, sendo prescritos remédios e atitudes individuais descontextualizadas, que nem sempre são seguidas e nem sempre impactam positivamente na saúde daquela pessoa ou daquelas pessoas que vivem e moram na área de abrangência da unidade básica de saúde.

A qualidade de saúde e de vida dos diferentes sujeitos atendidos está diretamente relacionada à ação, à postura destes na vida. O que chega hoje para o atendimento é um sujeito, marcado e introduzido na cultura a partir do seu modo particular de estruturação, um sujeito que está para além, somente de uma queixa clínica, mas sim amparado por questões pluridimensionais. O que está em jogo não é a questão do sujeito da verdade, mas sim, a verdade do sujeito, o homem enquanto ser singular (FORTUNA et al, 2005).

Então, onde é acolhido este sujeito que se apresenta para atendimento? A atenção básica é reconhecida como a rede de centros de saúde que se configuram como a porta de entrada preferencial para a população aos serviços de saúde, e, que realizam diversas ações, que buscam a atenção integral aos indivíduos e comunidade (BRASIL, 2007a).

### **3.4 Grupo Operativo segundo Pichon-Rivière**

O trabalho com grupos foi incorporado como uma das ações das Equipes de Saúde da Família, inclusive sendo sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde como no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA). No plano do HIPERDIA contém a indicação de que o profissional de saúde deve realizar atendimento grupal com diabéticos como estratégia que favorece a **adesão** ao tratamento (controle e prevenção de complicações). Já em relação às atribuições do médico, há uma indicação que ele aplique junto à equipe, estratégias para **educação do paciente**.

Na APS, o trabalho com grupos, provavelmente está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Na literatura e na prática encontramos várias nomenclaturas para designar o trabalho com grupos: grupo temático, oficina de dinâmica de grupos, grupo de adesão ao tratamento, grupo de promoção da saúde, entre outros. Vale reiterar que não é só uma questão de nomenclatura; há modalidades e referenciais teóricos diferentes, sendo algumas subcategorias de outras.

Considerando os objetivos dessa dissertação, daremos ênfase a duas vertentes amplas: grupos sócio-educativos (que estão mais voltados aos aspectos socioculturais que interferem na condição de saúde e doença) e grupos psicoeducativos (que remetem aos processos psíquicos). Ambos são organizados tendo como pressuposto o **processo educativo** com a intenção de possibilitar a aprendizagem para aquisição do sujeito da autonomia trazendo com isso mudança de atitude, de hábitos de vida e discussão de processos para autocuidado.

Segundo critérios de finalidade, Zimerman (2007) classifica os grupos em operativos e psicoterápicos. Os grupos operativos são ainda subdivididos em quatro campos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos, no entanto, pode-se afirmar que há tendência dos profissionais de saúde em denominar e generalizar toda atividade de grupo como **grupo operativo** (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

O termo GO não se refere apenas a uma técnica específica ou a um tipo de grupo, é antes de tudo uma abordagem teórica, que se fundamenta na psicologia social de Pichon-Rivière, centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa. Tal abordagem tem sido muito utilizada para trabalhar com pessoas que precisam ser preparadas para o autocuidado no manejo de doenças crônicas, como no Diabetes Mellitus.

O GO para Pichon-Rivière cumpre um papel terapêutico, uma vez que se caracteriza por se centrar explicitamente em uma tarefa, a qual constitui sua finalidade ou objetivo, que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades etc. Pichon-Rivière definiu “grupo” como um conjunto de pessoas ligadas no tempo e no espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunha explícita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo para isso em uma rede de papéis, com estabelecimento de vínculos entre si (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

De acordo com o referido autor o grupo se reúne em torno de uma “tarefa” que é compreendida no nível consciente, mas que também traduz uma dimensão afetiva existente em seu inconsciente. Desta forma, há um nível de funcionamento do grupo que é lógico e relacionado à tarefa e outro está envolvido com as suas emoções e com sua dinâmica psíquica, seus desejos, medos, fantasias etc.

Assim, a **tarefa externa** está delimitada pelos objetivos conscientes do grupo. Já a **tarefa interna** trata-se de trabalhar com os processos que dificultam ou mesmo impedem a realização da **tarefa externa** e até mesmo o funcionamento do grupo – em níveis conscientes e inconscientes (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

Três momentos marcam a dinâmica de um grupo: pré-tarefa, tarefa e projeto. A seguir abordaremos cada um desses momentos, a saber:

**Pré-tarefa:** momento em que predominam defesa dos sentimentos de culpa e ambivalência, dificuldades de tolerância, frustração e de postergação. Todo grupo, ao formular seus objetivos, se propõe a uma mudança ou realização. Mas, também, apresenta um grau menor ou maior de resistência a essa mudança. Diante da possibilidade dela ocorrer, deixa evidentes os medos básicos de perda e de ataque, isto é, o medo de perder o que já tem- inclusive a própria identidade- e que se manifesta por ansiedade. Por outro lado há o

medo do desconhecido, que se liga a uma ansiedade paranóica ou persecutória. Tal resistência à mudança provoca entraves psíquicos e afetivos à aprendizagem e à comunicação intragrupo (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

**Tarefa:** é o momento que se rompe a estereotipia, e os sentimentos que surgem no momento da pré-tarefa, avançando na consecução de seu objetivo. Para o grupo, significa trabalhar sobre o objeto-objetivo (tarefa externa/explicita) e sobre si (tarefa interna/implícita). Neste instante, alcança-se mais operatividade e criatividade, podendo-se sistematizar objetivos e realizar as tarefas propostas (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

**Projeto:** Trata-se do momento em que, uma vez alcançado um nível de **operatividade**, o grupo pode planejar (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000; PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1989). Desta forma, a **operatividade** está relacionada com o processo de mudança, da operação de transformação da realidade.

Os momentos da **pré-tarefa**, **tarefa** e **projeto** não seguem uma lógica cumulativa e linear, isso quer dizer que o grupo está continuamente se reorganizando e se recriando: é o que acontece quando o sujeito está exercitando a **mudança de hábitos**. Pichon-Rivière enfatiza, então, uma “recriação do objeto destruído”, isto é, a recuperação de uma imagem do grupo e de seus objetivos, mas sempre de forma renovada (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

### **3.5 As três dimensões da doença: *disease*, *illness* e *sickness***

Os termos *disease* e *illness* são utilizados pela antropologia médica, para descrever as diferentes visões que um mesmo problema de saúde pode assumir se tomarmos como a perspectiva médica e a perspectiva do paciente e seus familiares. A distinção entre os dois termos foi realizada por diversos autores (CASSEL, 1978; EISENBERG, 1977; FABREGA, 1973, 1975; FOX, 1968; KLEINMAN, 1980; KLEINMAN, EISENBERG, GOOD, 1978). No caso de problemas de saúde, os modelos explicativos que os pacientes utilizam para explicarem o que aconteceu e que determinam o seu comportamento podem

ter pouca relação com os do profissional médico (CASSEL, 1978; EISENBERG, 1977; FABREGA, 1973, 1975; FOX, 1968; KLEINMAN, 1980; KLEINMAN, EISENBERG, GOOD, 1978).

O termo *disease* refere-se ao diagnóstico médico de um problema de saúde tal como é apreendido pelo modelo biomédico (como, por exemplo, o Diabetes Mellitus). A *disease* é identificada e descrita por referências e evidências químicas, biológicas; tomada como uma entidade abstrata e universal em sua etiologia, sinais e sintomas, fisiopatologia, prognóstico e tratamento, em qualquer cultura individual ou grupo em que ocorrem (CASSEL, 1978; EISENBERG, 1977; FABREGA, 1973; KLEINMAN, 1980). A universalidade da forma de uma doença está relacionada com as definições do modelo biomédico de saúde e de normalidade. Utilizam-se certos parâmetros físicos e bioquímicos tais como peso, altura, nível de hemoglobina glicosilada, glicemia, os níveis de eletrólitos ou hormônios, pressão arterial, entre outros, que presumem a 'normalidade'. Para cada mensuração há um intervalo numérico no qual o indivíduo é considerado normal e saudável. A *disease* é vista como um desvio a partir desses valores normais, acompanhada por alterações da função e estrutura dos órgãos e sistemas.

Esse modelo de doença (*disease*) assume que a Diabetes Mellitus num paciente da periferia das cidades brasileiras é a mesma diabetes de um paciente que vive nos Estados Unidos, ou numa tribo africana, enquanto suas glicemias (taxas de glicose no sangue) forem idênticas. O modelo da *disease* não dá conta dos fatores pessoais, culturais e sociais dos problemas de saúde, que são mais bem entendidos a partir da perspectiva do *illness*.

Cassel (1978) utiliza o termo *illness* para significar "o que o paciente sente quando vai ao médico". A *illness*, que tem sido traduzida como perturbação, refere-se à resposta subjetiva do paciente e de sua rede de relações próximas a um mal-estar. Compreende as explicações sobre a origem e o significado desse evento, bem como as implicações desse no cotidiano e nos relacionamentos sociais do doente. Nesta perspectiva, é a partir da percepção da *illness* que serão definidas as estratégias e recursos a serem acionados a fim de remediar essa situação (EISENBERG, 1977; KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978). *Illness* inclui não só a experiência do outro sobre um problema de saúde, mas o significado que ele dá a essa experiência.

Portanto, a *illness* é a perspectiva do paciente sobre o seu problema de saúde, uma perspectiva que pode ser muito diferente da do modelo da “história natural da doença“. Uma das observações feitas por Fox (1968) foi a de que “as particularidades e nuances do significado emocional de uma doença para um indivíduo e da natureza de sua resposta afetiva ao seu estado e os sintomas, são profundamente influenciados por seu contexto social e cultural, bem como pela sua personalidade.” Mesmo respostas a sintomas físicos, tais como dor, podem ser influenciadas por fatores sociais e culturais” (ZBOROWSKI, 1952), estes fatores podem afetar por sua vez a apresentação dos sintomas e do comportamento do sujeito e de sua família (CHRISMAN, 1977; GUTTMACHER; ELINSON, 1971).

Algumas teorias sobre as causas de problemas de saúde fazem parte de amplos modelos conceituais usados para explicar os infortúnios em geral (FABREGA, 1973; HELMAN, 1980). A doença seria uma má sorte, que traria questionamentos, tais como: “Por que isso aconteceu comigo?”. Segundo Helman (1981) o surgimento da doença e o comportamento do paciente e daqueles que estão à sua volta, dependem das respostas às seis perguntas:

- 1) O que aconteceu?
- 2) Por que isso aconteceu?
- 3) Por que comigo?
- 4) Por que agora?
- 5) O que aconteceria se nada fosse feito à respeito?
- 6) O que devo fazer em relação e à quem devo consultar para obter mais ajuda?

Como as perguntas são respondidas e o comportamento que seguem, constituem o modelo explicativo da doença. (SNOW; JOHNSON, 1977; HELMAN, 1978). A resposta às seis perguntas acima determinam como os problemas de saúde são interpretados e quais recursos que serão acionados (HELMAN, 1981).

Sickness diz respeito ao processo através do qual os signos biológicos e comportamentais e os significados culturais e pessoais são socializados (Young, 1982).

### **3.7 Conhecimentos, representações de saúde e experiência da doença em mulheres portadoras de Diabetes Mellitus**

Para uma maior efetividade das intervenções que visam à abordagem de mulheres portadoras de DM é fundamental conhecer as representações sobre a saúde/doença que muitas vezes são diferentes das concepções que os profissionais de saúde possuem (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

O estudo de Peres, Franco e Santos (2008) sobre as representações de saúde em mulheres com diabetes evidenciou que a doença encontra-se associada à capacidade de trabalhar. Para os indivíduos de camadas populares, “ficar doente” traz um significado de perda, perda do único recurso que se tem para sobreviver, ou seja, o próprio corpo. Nesta concepção, a saúde garante o trabalho e este, por sua vez, permite satisfazer algumas necessidades básicas como alimentação e moradia. Este trabalho evidencia ainda que para algumas mulheres portadoras de diabetes há uma associação entre dor e doença, visto que a dor impede o trabalho. Os depoimentos demonstraram uma ausência de sintomas quando a glicemia está elevada e uma dificuldade na compreensão dos sinais emitidos pelo próprio corpo. A atenção ao corpo, muitas vezes, é dada somente quando há sintomas que dificultam a execução das atividades de vida diárias (AVD's). A saúde, frequentemente, está associada à falta de sintomas, dessa forma, muitos pacientes não seguem o tratamento por se sentirem saudáveis (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Um dos maiores problemas encontrados pelos profissionais de saúde no atendimento a pacientes com diabetes é a baixa adesão ao tratamento (GIMENES, 2006). O que pode oferecer subsídios para o entendimento da baixa adesão ao tratamento dessa enfermidade é uma compreensão das representações de saúde referidas por mulheres com diabetes. Quando os profissionais atuam de modo que os pacientes possam falar, opinar e se emocionar, as representações sobre o processo saúde doença ficam explícitas.

As concepções de saúde-doença tem características que variam de acordo com o contexto sócio-cultural (CAMPOS-NAVARRO; TORREZ; ARGANIS-JUÁREZ, 2002). As concepções e práticas populares de saúde e doença são compartilhadas pelos pacientes no cotidiano, sendo comum a

equipe de saúde ignorar esses saberes populares, considerando o conhecimento técnico científico como o único válido e correto (TORRES-LÓPEZ; SANDOVAL-DÍAZ; PANDO-MORENO, 2005).

É sobre os grupos socialmente vulneráveis (como os étnicos e religiosos), que incide com maior frequência a desqualificação sistemática do saber. Esse processo sistemático de desvalorização atinge também o gênero feminino, submetido historicamente a práticas de exclusão, discriminação e silenciamento (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Os estudos de gênero e diabetes demonstram a necessidade de se considerar as peculiaridades da mulher no que se refere à produção do autocuidado. A mulher recorre com maior frequência do que o homem aos serviços de saúde, busca ajuda e tem uma relação de maior intimidade com o próprio corpo e sua saúde. No entanto, o exercício do papel de cuidadora – do lar, do marido, dos filhos – muitas vezes a fazem negligenciar os cuidados de si, priorizando os outros em detrimento de seu próprio bem-estar (PÉRES et al, 2008). Nesse sentido, é relevante investigar as condições de produção das representações de saúde na mulher que convive com uma condição crônica como o diabetes (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Herzlich (2005) salienta que a doença, por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social, e, portanto, o equilíbrio coletivo, sempre desencadeia uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira. Ainda conforme a autora, "... essa forte exigência de discurso interpretativo me parece ser uma das condições de cristalização de uma representação estruturada..." (HERZLICH, 2005, p.66).



## **4. OBJETIVOS**

### ***Objetivo Geral***

Compreender as concepções e práticas de mulheres portadoras de Diabetes Mellitus (DM) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

### ***Objetivos Específicos***

- Conhecer as percepções que as mulheres com diabetes têm sobre a doença;
- Identificar as práticas das mulheres com DM em relação aos medicamentos;
- Compreender quais as formas de controle do DM bem como os cuidados com a doença tomados pelas mulheres com diabetes no contexto da APS;
- Refletir sobre quais estratégias mais adequadas na abordagem do manejo do DM.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berk ML, Monheint AC. *The concentration of health expenditures: an update*. Health Affairs 1992; 11:145-9

Berstein M. Contribuições de Pichon-Rivière a Psicoterapia de Grupo. In: Osório LC, et al. Gruposoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.

Blaxter M, Paterson E. Attitudes to health and use of health services in two generations of women in social classes 4 and 5. Report to DHSS/SSRC Joint Working Party on Transmitted Deprivation. Unpublished. 1980.

Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para educação em saúde para o autocuidado em Diabetes Mellitus. Coelho EBS, Büchele F, Calvo MCM (org.). Florianópolis: SEAD/UFSC; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 02 de outubro de 2007. Trata sobre a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. 2007b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2488.htm>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.583, de 10 de outubro de 2007. Dispõe sobre o fornecimento de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e monitoramento da glicemia capilar. 2007c. Disponível em: <[http://dtr.2004.saude.gov.br/dab/docs/legislação/lei\\_11347\\_27\\_09\\_06.pdf](http://dtr.2004.saude.gov.br/dab/docs/legislação/lei_11347_27_09_06.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis*: DNCT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://www.saude.gov.br/bvs/conf\\_tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html)>. Acesso em: 09 set. 2011.

Campos-Navarro R, Torrez D, Arganis-Juárez EN. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crônicas: un estudio en la Ciudad de México. Cad SaúdePública 2002; 18(5): 1271-9.

Cassell EJ. *The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship*. Harmondsworth: Penguin Books; 1978.

Coelaho EBS, Buchele F, Calvo MC. (Org.). *Estratégia Nacional para Educação em Saúde para o autocuidado com Diabetes Mellitus*. Florianópolis: SEAD/UFSC; 2009. 127 p.

Comission on social determinants of health. *A conceptual framework for action on social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, Discussion paper for Comission on Social Determinants of Health; 2007.

Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. Czeresnia D, Freitas CM (org.). Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz; 2009.

Chrisman NJ. (1977). The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Culture, Med Psyc*.1977; 1:351-77.

Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Med Psyc*.1977; 1:9-23.

Fabrega H. The need for an ethnomedical science. *Science*. 1975; 189: 969-975.

Fabrega H. *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical Analysis*. Stanford: Stanford University Press, 1973.

Fortuna C. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. In: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13(2).

Fox R. Illness. In *International Encyclopaedia of the Social Sciences*, ed. Sills, D. L. 7, 90-96. New York: Free Press! Macmillan; 1968.

Gimenes HT, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. O conhecimento do paciente diabético acerca dos antidiabéticos orais. *Ciência Cuidado e Saúde* 2006; (5): 319-27.

Guttierrez ML et al. La promocións di salud. In: Arroyo, HV, Cerqueira MT (Orgs.) *La promoción de la salud y la educación para a la salud en américa Latina*. San Juan: Edtora de la Universidad di Puerto Rico; 1997.

Gutmacher S, Elinson. Ethno-religious variations in perceptions of illness. The use of illness as an explanation of deviant behaviour. *Social Scie Med*. 1971; 5:117-25.

Helman CG. Disease versus illness in general practice. *Journal Royal College Gen Pract*. 1981; 548-51.

Helman CG. 'Feed a cold, starve a fever': folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. *Culture Med Psyc*. 1978; 2:107-37.

Helman, C. G. Lay and medical attitudes to illness. MIMS Magazine. 1980; 15:51-9.

Herzlich C. A problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da doença. Rev. Saúde Coletiva; 2005; 15(suplemento):57-70.

Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Annals of Internal Medicine. 1978; 88:251-58.

Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.

Leavell H, Clark EG. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. New York: McGraw-Hill; 1965.

Mayeroff M. On caring. New York: Harper Perennial; 1971.

Mendes EV. *Os modelos de atenção à saúde*. Belo Horizonte, mimeo, 2007.

Merhy E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Interface. 2000:109-16

Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? Ann Fam Med. 2003; 1(3): 149-55.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

Paim J S, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública [online]. 1998; 32(4): 299-316.

Péres DS et al. Social representations of low-income diabetic women according to the health-disease process. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2008; 16(3): 389-95.

Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Representações de saúde de mulheres com diabetes tipo 2. Cienc Cuid Saúde. 2008; 7(3): 295-303.

Pichon-Rivière E. O processo grupal. (El proceso grupal). Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

Portarieu ML, Tubert-Oklander J. Grupos operativos. In: Osório LC, et al. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Porter M. *Population care and chronic conditions: management at Kaiser Permanente*. Oakland, Kaiser Permanente; 2007.

Shortell SM et al. The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. Med Care 2004; 42: 1040-8.

Sigerist H. The social sciences in the medical school. In: Sigerist H. (org.) The University at the Crossroad. New York: Hery Schumann Publisher; 1946.

Simon R. Algumas observações sobre grupos psicoterápicos, operativos e psicoterapia breve em instituições. Bol. Psiquiat. 1983; 6(4):161-208.

Sing D, Ham C. Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham, Institute for Innovation and Improvement/University of Birmingham; 2006.

Snow LF, Johnson S M. Modern day menstrual folklore: some clinical implications. Journal American Med Assoc. 1977; 237:2736-9.

Snow LF, Johnson SM, Mayhew HE. The behavioural implications of some old wives' tales. Obstet Gynaec. 1978; 51:727-32.

Stachtchenko S, Jenicek M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. Can J Public Health. 1990; 81: 53-9.

Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994; 344(8930):1129-33.

Torres-López TM, Sandoval-Díaz MS, Pando-Moreno M. Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en um barrio de Guadalajara, México. Cad Saúde Pública 2005; 21(1):101-10.

Tsai AC et al. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. Am. J. Manag. Care 2005, 11: 478-88.

Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares SM. Módulo 4: Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.

Victoria C. *Avanços no conhecimento sobre determinantes sociais da saúde no Brasil*. Brasília, 1ª Reunião Nacional da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde; 2006.

Wagner et al. *Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness ?* Eff. Clin. Pract 1998; 1:2-4.

Wild S, Roglic G, Green A. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5):1047-53.

Wislow CE. A. The untilled fields of public health. Science. 1920; 51 23.

World Health Organization (WHO). Constitution of the WHO. Chronicle of the WHO. 1947; 1(3):1-5.

World Health Organization/ United Nations Children's Fund (WHO/UNICEF). Primary Health Care: report of the International Conference on PHC. Alma-Ata, USSR. Geneva: WHO. 1978; 6-12

Zborowski M. Cultural components in responses to pain. *Journal Social Issues*. 1952; 8(4):16-30.

Zimerman D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. *Vínculo [on line]*. 2007; 4(4): 1-16.

## 6. ARTIGO

“CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE MULHERES PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

Autores:

(\*) Warley Aguiar Simões

(\*\*) Daniela Riva Knauth

(\*) Mestrando em Epidemiologia pela UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Médico Especialista em Saúde da Família e Comunidade (Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade/ UFMG), médico de família e comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

(\*\*) Profa. Dra. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência:

Rua General Dionísio Cerqueira 631/302, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30430-140.

Fone: (31) 32939149/99252585

E-mail: waguisi@hotmail.com

**A ser enviado à Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**

## “CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE MULHERES PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

### **Resumo**

O presente artigo se propõe a compreender as concepções e práticas das mulheres portadoras de Diabetes Mellitus (DM) no contexto da Atenção Primária à Saúde. A metodologia utilizada é de cunho qualitativo, sendo entrevistadas 15 mulheres portadoras de DM atendidas em Centro de Saúde do município de Belo Horizonte, em junho 2010, através de uma entrevista semi-estruturada. O referencial teórico adotado foi a teoria das representações sociais. Os registros audiografados e transcritos foram submetidos à análise temática de conteúdo. Os dados indicam que o tempo de diagnóstico e o convívio com o profissional médico para o acompanhamento do diabetes, não proporcionaram às mulheres um entendimento mais aprofundado sobre a fisiopatologia da doença. Esta falta de orientação por parte do serviço de saúde é manifestada pelas mulheres entrevistadas quando se referem, sobretudo, à alimentação e ao manejo da doença visto afirmarem não saber o que pode ou não pode ser feito. A gestão cotidiana da alimentação parece ser, assim, o principal impacto da doença na vida das mulheres com diabetes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Concepções e Práticas; Diabetes; Mulheres.



"CONCEPTIONS AND PRACTICES OF WOMEN WITH DIABETES MELLITUS  
IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE “

**Abstract**

This article aims to understand the concepts and practices of women with diabetes mellitus (DM) in the context of Primary Health Care. The methodology used is qualitative character, and interviewed 15 women with DM seen at the Health Centre in the city of Belo Horizonte, in June 2010, through a semi-structured interview. The theoretical reference was the theory of social representations. Recorded and transcribed records were submitted to thematic content analysis. The data indicate that the time of diagnosis and living with a medical professional to monitor diabetes, women did not provide a deeper understanding of the pathophysiology of the disease. This lack of guidance from the health service is manifested by the women interviewed as they relate mainly to food and disease management seen claiming not to know what can or can not be done. Daily management of feeding seems to be, well, the main impact of illness on the lives of women with diabetes. Key words: Primary Health Care; Concepts and Practice; Diabetes; Women.

## "CONCEPTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MUJERES CON DE DIABETES MELLITUS EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD"

### **Resumen**

Este artículo tiene como objetivo entender los conceptos y prácticas de las mujeres con diabetes mellitus (DM) en el contexto de Atención Primaria de Salud. La metodología utilizada es de carácter cualitativo, y entrevistó a 15 mujeres con DM atendidos en el Centro de Salud en la ciudad de Belo Horizonte, en junio de 2010, a través de una entrevista semi-estructurada. La referencia teórica fue la teoría de las representaciones sociales. Registros grabados y transcritos fueron sometidos a análisis de contenido temático. Los datos indican que el momento del diagnóstico y la vida con un profesional médico para controlar la diabetes, las mujeres no proporcionan un conocimiento más profundo de la fisiopatología de la enfermedad. Esta falta de orientación de los servicios de salud se manifiesta por las mujeres entrevistadas, ya que se refieren principalmente a la alimentación y manejo de la enfermedad visto alegando que no sabe lo que puede o no puede hacer. Gestión diaria de la alimentación parece ser, así, el principal impacto de la enfermedad en la vida de las mujeres con diabetes.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Conceptos y Práctica; Diabetes; las mujeres.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o Diabetes Mellitus (DM) configura-se como uma epidemia mundial. O aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo mundo se deve a vários fatores, dentre eles: envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade (Brasil, 2009).

A primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e de amputações de membros inferiores é devida ao DM e à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que também são responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (Brasil, 2009). O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia (aumento das taxas de glicose no sangue) e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas, resistência e / ou distúrbios da secreção à ação da insulina, entre outros (Brasil, 2006). Em especial nos países em desenvolvimento há previsão de um expressivo crescimento do DM, onde as maiores prevalências dessa doença se encontram na faixa etária dos 45 a 64 anos (Wild, Roglic, Green, 2004). O número de pessoas portadoras de Diabetes em todo mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) era de 177 milhões no ano de 2.000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas no ano de 2.025.

A Atenção Primária à Saúde (APS) prioriza práticas de saúde que tem o foco na promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a assistência, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 2007a). Esse conjunto de ações, no que tange uma doença crônica, como o DM, apresenta-se como um desafio para os sistemas de saúde de todo mundo, por se tratar de uma epidemia mundial. Observa-se que a análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM estabelece a necessidade de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, de

suas famílias e de seus amigos, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida.

Em 21 de outubro de 2011 foi aprovada a Portaria n. 2.488 que trata sobre a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Tal portaria reitera que o Ministério da saúde tem priorizado, além do acesso, ações que visem à educação e informação para o alcance da promoção do autocuidado, alinhando-se aos objetivos na abordagem das pessoas portadores de doenças crônicas como o DM (Brasil, 2007b).

A fim de que os processos de educação em saúde façam sentido e promovam autonomia, é fundamental que considerem as concepções e práticas sobre a doença. Os modelos explicativos acionados pelos pacientes para identificar, dar sentido e orientar as práticas, podem ter pouca relação com o modelo médico, com importantes implicações clínicas. (Blaxter, Paterson, 1980; Helman, 1978, 1980; Kleinman, Eisenberg, Good, 1978; Snow, Johnson, Mayhew, 1978; Snow, Johnson, 1977). É neste contexto que o presente artigo visa compreender as concepções e práticas de mulheres portadoras de diabetes no que tange ao conhecimento sobre a doença, prática em relação aos medicamentos, formas de controle do DM bem como os cuidados com a doença. Busca, em última instância, refletir sobre as estratégias mais adequadas para o alcance do seu melhor manejo.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Os dados apresentados no artigo resultam de um projeto de pesquisa mais amplo que teve por objetivo avaliar a metodologia de grupos operativos como prática educativa para promoção do autocuidado em mulheres portadoras de diabetes. O projeto maior incluiu três etapas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada com as participantes, realização de cinco sessões do grupo operativo e avaliação do desenvolvimento do grupo por meio da técnica de grupo focal.

As mulheres que participaram do estudo foram selecionadas através de um convite dirigido àquelas que atendiam os seguintes critérios de inclusão: ter

no mínimo 18 anos; ser cadastrada pelo Centro de Saúde (CS); não apresentar comorbidades que impossibilitassem a participação das entrevistas programadas; possuir diagnóstico de Diabetes Mellitus (segundo diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD).

Para o presente artigo foram analisados apenas os dados coletados na primeira etapa, ou seja, os dados das entrevistas semi-estruturadas. O roteiro de entrevista foi elaborado a partir de instrumentos validados para avaliação de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus (TORRES, HORTALE, SCHALL, 2005). Foram entrevistadas quinze mulheres que atenderam aos critérios de elegibilidade, no período de junho de 2010. As entrevistas foram realizadas por duas entrevistadoras de nível superior, treinadas previamente pelo pesquisador responsável. O roteiro de entrevista foi pré-testado e adaptado para sua versão final.

As entrevistas foram todas gravadas em áudio e posteriormente transcritas. A fim de preservar a identidade das participantes da pesquisa, foram utilizados nomes fictícios durante a transcrição. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram sistematizados em cinco categorias: concepções sobre a doença, concepções e práticas sobre os medicamentos, concepções e práticas sobre forma de controle do diabetes, cuidados com a doença e compreensão dos termos *diet* e *light*. Após as categorizações foram realizadas subcategorizações e identificadas as principais características sócio-demográficas do grupo de mulheres pesquisadas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH), respeitando assim, os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e as determinações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

## **RESULTADOS**

A maioria das mulheres entrevistadas (oito) estava na faixa entre 50 e 60 anos de idade. Foram também entrevistadas mulheres mais jovens e mais velhas, variando dos 31 aos 88 anos.

Em termos de escolaridade, seis entrevistadas possuíam 4 anos de estudo, quatro possuíam ensino fundamental completo e três concluíram o ensino médio. Uma entrevistada era analfabeta (sabia apenas ler e escrever o próprio nome) e uma tinha apenas 3 anos de escolaridade.

Quanto ao tempo de diagnóstico de DM, a média foi de 8 anos, sendo que a entrevistada com menor tempo de descoberta do DM tinha 1 ano de diagnóstico e a que apresentava diagnóstico por maior período descobriu ser portadora de diabetes há 17 anos.

Em relação à ocupação, cinco entrevistadas exerciam alguma atividade remunerada (feirante, confeitadeira, manicure, balconista de padaria e cuidadora de idosos), cinco estavam aposentadas, duas desempregadas e três se intitularam “do lar”.

Já quanto à situação conjugal, a maioria (oito) era casada, três eram viúvas, uma separada e três solteiras, sendo que estas moravam sozinhas.

Todas as mulheres entrevistadas moravam em um bairro popular da periferia de Belo Horizonte e eram atendidas pelos serviços de saúde pública do município. Cabe destacar que o município possui uma cobertura de atenção primária à saúde de quase 80% da população.

### **Concepções sobre a doença**

Quando solicitadas a definir o que é Diabetes Mellitus, as entrevistadas apresentam duas definições bastante distintas. Algumas manifestam uma concepção “biologicista” da doença, que privilegia aspectos biológicos do processo saúde-doença, reproduzindo o discurso médico através da utilização de termos como *pâncreas*, *insulina*. As falas abaixo evidenciam esta concepção:

É o excesso de açúcar no sangue e a falta então da insulina que o pâncreas, né, deveria de produzir e não produz... (Paula – 50 anos, 8 anos de escolaridade e há 10 anos com o diagnóstico).

Uai, diabetes pra mim é uma doença que... como se diz, dizem que é do pâncreas, né, que não produz a insulina de acordo... (Joana – 50 anos, 4 anos de escolaridade e há 2 anos com o diagnóstico).

Mas a maioria (nove) das entrevistadas apresenta uma concepção bastante próxima ao “senso comum”, entendendo a doença simplesmente como a presença de açúcar no sangue.

Coerente com esta concepção a maioria das entrevistadas relaciona as causas da doença com a alimentação, e mais especificamente, a um comportamento inadequado em termos alimentares, como ilustram as entrevistas abaixo:

...foi uma alimentação desregrada, e não tava cuidando muito bem da minha saúde... (Carla - 41 anos, 11 anos de estudo, diagnóstico há 1 ano e meio)

Alimentação ruim... o que foi, onde foi que eu errei? Eu não sei, não sei mesmo... (Jane - 67 anos, 4 anos de estudo, diagnóstico de DM há 10 anos).

Ainda em relação à causa do diabetes, é possível identificar, além da alimentação, outras duas categorias acionadas para explicar a origem da doença: a hereditariedade e as emoções. O *emocional* é referido tanto como fator coadjuvante, como fator principal da doença, como evidenciam os relatos abaixo:

Eu acho que foi mais um distúrbio de nervoso. [...] psicológico né [...] não foi tanto uma coisa orgânica não... (Paula - 50 anos, 8 anos de escolaridade, há 10 anos com diagnóstico de DM)

Vem também do emocional da pessoa. A minha pelo menos, eu acho que é do emocional mesmo... (Taís - 66 anos, 4 anos de estudo, diagnóstico de DM há 12 anos).

O fator hereditário é mencionado por poucas entrevistadas e, em geral, está vinculado à explicação biologicista da doença. Aparece sempre através do relato de que outros membros da família possuem a doença, como demonstram as falas abaixo:

Eu acho que foi é genético [...] porque a minha mãe era diabética... (Maria - 58 anos, 8 anos de escolaridade, diagnóstico há 4 anos).

Então meus pais eles foram diabéticos, que já são falecidos, e os irmãos todos a partir de 50, 40 e poucos vão entrando nessa fase... (Cláudia - 54anos, 8 anos de estudo, diagnóstico de DM há 4 anos).

Por outro lado, chama atenção que apesar de várias entrevistadas mencionarem terem familiares também portadores da doença, não evocam a hereditariedade como causa:

Ah tá, então, eu sei muito bem o que é que causa, inclusive papai é diabético e ele já tá cego de uma vista [...] no meu caso eu acho que foi mais um distúrbio de nervoso. [...] psicológico né [...] não foi tanto

uma coisa orgânica não... (Paula - 50 anos, 8 anos de escolaridade, 10 anos com diagnóstico de DM)

Há ainda um conjunto de entrevistadas que não conseguem identificar a causa da doença:

Então é isso que eu to procurando: entender a causa do diabetes. Até pra gente poder é... saber lidar, né?... (Jane - 67 anos, 4 anos de estudo, diagnóstico de DM há 10 anos).

Ah, não sei a causa do diabetes não... (Joana - 60 anos, 4 anos de escolaridade, casada há 36 anos, 3 filhos, 2 anos de diagnóstico).

## **Concepções e práticas sobre os medicamentos**

Quando perguntadas sobre a medicação que utilizam, algumas das entrevistadas não sabiam informar o nome de todos os medicamentos, outras não se lembravam de nenhum nome e sequer da posologia. A medicação é descrita por suas características, como tamanho e cor e não pelo nome, como demonstram os relatos abaixo,

Eu tomo um, aquele comprimido grandão que eu nunca sei dizer o nome dele. (Maria - 58 anos, 8 anos de escolaridade, diagnóstico há 4 anos).

Mas eu esqueci o nome né, trouxe a caixa... (Kátia - 56 anos, 11 anos de escolaridade, 13 anos de diagnóstico).

O fato de não saberem o nome é atribuído ao esquecimento, mas também à dificuldade de compreensão da prescrição médica, como expressa uma das entrevistadas:

...tive dificuldade de entender a receita... (Ana - 59 anos, 8 anos de escolaridade, 14 anos de diagnóstico).

Outra entrevistada demonstrou conhecer os nomes dos fármacos, mas torna-se evidente que se trata de um conhecimento superficial e confuso quanto às doses e unidades de medidas, apesar de 10 anos de diagnóstico, como evidenciado no seu depoimento:

Eu fiquei só com o metformim e a insulina. Ah, 800... é 800 ou 850? 800... 850 né?... Tomo de manhã (insulina) faço meu café e aí depois eu aplico né, aplico 30 miligramas... (Paula - 50 anos, 8 anos de escolaridade, há 10 anos com diagnóstico de DM).



Das quinze mulheres entrevistadas, com uma média 8 anos de diagnóstico, nove mulheres sabiam informar a medicação e posologia que utilizavam sem dificuldades, ou seja, mais de um terço das entrevistadas não possuía informações adequadas sobre a terapêutica.

### **O manejo cotidiano da doença**

Os resultados evidenciam que a maioria das mulheres diabéticas entrevistadas demonstrou grande preocupação com os valores referenciais da glicemia. No entanto, também explicitam que não há entre elas um consenso de quais seriam os valores associados a uma taxa de glicose baixa, adequada ou aumentada além de remeterem a idéia da falta de consenso dentro da própria academia:

É, os valores, os valores mudaram né. Dizem (se referindo aos profissionais de saúde) que mudaram de uns tempos pra cá né, mas então, dizem que agora é 99, chegando nos 100 assim diz que já tem que ter cuidado... 99, 100, cento e poucos já é diabético. Quando tá em jejum!... (Paula - 50 anos, 8 anos de escolaridade, há 10 anos com diagnóstico de DM).

O normal eles falam que é 98, né, abaixo de 90 né? E passando de 90 já tá alterada... E a minha vai 106. Depois do almoço, 126 e de manhã deu 106... Taxa alta: É... acima dos, dos 98, de 90, de 100, né? Que 100 já é, já é... (Joana - 60 a, 4 anos de escolaridade, diagnóstico há 2 anos).

Uai, eu acho que tem que dar o mínimo, menos de 100 né, mas a minha, a última que eu tirei deu 130(...) Eu acho que mais de 200 já está alta... (Taís - 66 anos, 4 anos de estudo, aposentada, sem filhos, solteira, mora só, trabalha em comércio, Diagnóstico de DM há 12 anos).

Os dados indicam ainda que a maior parte das entrevistadas consegue identificar sintomas relacionados apenas à hipoglicemia e quase um terço delas admite não saber identificar sintomas de hipo ou de hiperglicemia:

Quando ela tá alterada (Diabete), a gente fica normal, quando ela abaixa, a gente sente tonteira... (Taís - 66 anos, 4 anos de estudo, diagnóstico de DM há 12 anos).

Hiperglicemia... a alta... eu nunca tive assim, eu pelo menos nunca sei se tá. É isso, mas da alta não sinto nada não. Nunca prestei atenção não... quando tá baixa mesmo, que dá tremedeira e suador... (Paula - 50 anos, 8 anos de escolaridade, há 10 anos com diagnóstico de DM).

...mas não sinto nada... da glicose eu não sinto nada... ( Lúcia - 59 a, 4 anos de estudo , diagnóstico há 1 ano).

Vejo que está alterada às vezes, quando eu faço exame, por exemplo, de glicose, em jejum... quando está alta não sinto nada...não tenho prestado atenção não...( Márcia - 66a, 4 anos de estudo, diagnóstico de DM há 8 anos).

Chama atenção também que alguns termos que fazem parte do cotidiano dos portadores de diabetes, tais como glicemia capilar, glicemia e glicosímetro, parecem não fazer sentido na experiência de doença das mulheres. Das quinze entrevistadas, apenas duas souberam responder adequadamente quando perguntadas sobre os termos acima.

Glicemia Capilar: Então, já. No posto é o que eles medem. No dedo, que fura no dedo [...] glicemia é... Eu sei que a glicemia de jejum que fala, é aquele exame que faz de sangue, que o médico pede. Isso eu sei assim, não sei se eu estou certa, mas eu acho que é isso mesmo... (Lúcia - 59 anos, 4 anos de estudo, “do lar” diagnóstico há 1 ano).

Glicemia capilar é aquela que você vê no dedo, né (...). Tenho o aparelho em casa (glicosímetro)... Eu consegui aqui no posto. [...] Depois da gravidez eu tive que fazer um controle mais rígido e pedi pro posto que me cedesse um aparelho (...) glicemia é o açúcar no sangue... (Simone - 31anos, 11 anos de estudos, diagnóstico há 17 anos).

Três mulheres entrevistadas relacionaram o termo de glicemia capilar às experiências e produtos utilizados no tratamento do cabelo:

Já (ouviu falar)...é a que faz a queda do cabelo não é? [...] a cabeça fica sempre molhada, suando, e o cabelo cai...” (Marta - 59a, 3a escolaridade ,diagnóstico há 10 anos)

Capilar pode ser, pode ser o que? Queda de cabelo?... (Márcia - 66a, 4 anos de estudo,diagnóstico de DM há 8 anos).

Queda do cabelo? Porque eu notei assim que eu tenho muita queda de cabelo, entendeu? Notei que tem uns, uns três anos, muita queda mesmo... (Kátia - 56 anos, 11 anos de escolaridade, 13 anos de diagnóstico).

Ainda em relação aos conceitos tão corriqueiros para os profissionais de saúde, duas pacientes elaboraram um conceito bem diverso sobre o que seria glicemia, que é coerente com a concepção de doença como *açúcar no sangue*, acionando aqui o sentido inverso da doença, como evidenciam as falas que seguem:

...ela ( a glicose) baixa né?...”(Kátia – 56 anos, 11 anos de escolaridade, 13 anos de diagnóstico)

[...] é a glicose invertida, a pessoa que não tem açúcar no sangue [...] (Taís - 66 anos, 4 anos de estudo, diagnóstico de DM há 12 anos).

## Cuidados com a doença

A análise dos dados revela que para a maioria das mulheres com diabetes entrevistadas, o controle da doença reside, principalmente, no controle alimentar. É importante ressaltar que o cuidado é dispensado com a alimentação em geral, e não apenas com o que é doce. As alterações percebidas na taxa de glicose são justificadas por um comportamento alimentar inadequado, como expressam as entrevistas a seguir:

Quando eu era mais jovem, bem jovem, eu me lembro já falavam de não comer doce... (Ana - 59 anos, 8 anos de escolaridade, diagnóstico há 14 anos).

Subiu, eu sei que é porque eu comi uma coisa assim que eu não podia... (Maria -58 anos, 8 anos de escolaridade, diagnóstico há 4 anos)

Deixei de comer aquilo que eu achei que poderia ser aquilo que eu tinha comido. Por exemplo, uma carne de porco, naquele mês eu tinha comido macarrão, que eu amo macarrão, tinha deixado de comer um tempão... (Márcia - 66a, 4 anos de estudo , diagnóstico de DM há 8 anos).

Além do cuidado com a alimentação, outra estratégia de cuidado com a doença acionada pelas entrevistadas é o aumento da ingestão de líquidos. O hábito de ingerir líquidos é percebido como uma forma de “controle” do diabetes descompensado. A ingestão de líquido aparece vinculada aos sintomas atribuídos à doença, como a *sede*, *boca seca*, mas também é percebida como uma forma de limpar o corpo

O médico fala que é bom tomar muita água. Eu tomo muita água, porque eu não sou muito de tomar líquido, refrigerante. Agora eu tomo água, água, água... você elimina...( Ana- 59 anos, 8 anos de escolaridade, diagnóstico há 14 anos).

E também tomar bastante líquido, tomar muito líquido, pela questão dos rins e andar, caminhada, o exercício físico... (Paula - 50 anos, 8 anos de escolaridade, há 10 anos com diagnóstico de DM).

Os cuidados com o controle da doença são bastante valorizados pelas entrevistadas em razão das representações que possuem sobre sua evolução. É muito forte no imaginário sobre a doença manifestado pelas mulheres, a idéia de que DM provoca mutilações :

Tenho medo de cortar a unha do meu pé, porque sempre, sempre a unha do meu pé está dolorida... tenho mais medo de amputar... (Ana - 59 anos, 8 anos de escolaridade, 14 anos de diagnóstico).

...às vezes um pequeno corte pode causar uma amputação, né, do membro (Carla - 41 anos, casada, 11 anos de estudos, 1 ano e meio de diagnóstico) .

... mutilação... o sangue não circula... então ele dá, tipo como quase uma gangrena... então tem que ir tirando o dedo, a perna, o pé... (Taís - 66 anos, 4 anos de estudo, diagnóstico de DM há 12 anos).

Essa concepção sobre a gravidade da doença se apresenta também através de um sentimento de medo que permeia o cotidiano dessas mulheres. O medo está presente em questões básicas como alimentação e quais as atitudes corretas a serem tomadas a fim de controlar a progressão da doença, com demonstra o depoimento abaixo:

Você vai fazer uma viagem, você fica assim com medo “ah será que eu vou encontrar coisas que eu posso comer... eu preocupo na hora de sair de casa, porque eu nunca passei mal com negócio de diabete não, mas eu vejo pessoa passar mal, tremer, né. Eu, eu nunca vi ninguém desmaiar, mas eu sei que tem gente que desmaia. Eu procuro comer pouco pra não engordar. Eu tenho medo de quebrar osso, tenho medo de cirurgia, porque inclusive eu tenho pedra na vesícula e eu faço de tudo pra não ter crise, porque eu tenho medo de cirurgia...” (Maria - 58 anos, 8 anos de escolaridade, casada, 4 filhos, diagnóstico há 4 anos)

É recorrente em todas as entrevistas o medo da perda da visão. Contudo, embora a *cegueira* seja percebida como um risco, ela é projetada para o futuro. É neste sentido que, para algumas mulheres, as restrições alimentares - que na maioria das vezes é referida como *regime*, pelo fato de muitas vezes deixarem de comer – que estão colocadas no presente, aparecem como mais *terríveis* que a própria possibilidade de perder a visão:

Primeiro a cegueira né... Segundo, o cuidado com os pés... O mais terrível ainda, né, é que você vê tudo e não pode comer quase nada... (Jane - 67 anos, 4 anos de estudo, diagnóstico de DM há 10 anos).

Como o regime para emagrecer é muito parecido com o regime para o diabético... (Paula - 50 anos, 8 anos de escolaridade, há 10 anos com diagnóstico de DM).

As mulheres demonstram em seus depoimentos também o medo do acometimento de órgãos alvo, o que aparece na maioria das entrevistas:

Cegueira é horrível. Se pode amputar um membro, é horrível, e os rins então? Que hemodiálise é muito triste. Então eu acho que, não sei escolher qual que é o pior, porque hemodiálise é um sofrimento, é uma morte já, a cegueira, deve ser outra... (Marta - 59a, 3a escolaridade, diagnóstico há 10 anos).

...é visão... eu acho que é a pressão também... É as paradas assim dos órgãos, né?... (Cláudia - 54anos, 8 anos de estudo, diagnóstico de DM há 4 anos).

A interferência do diabetes no convívio social também é freqüente nos relatos das mulheres:

Então eu vou na festinha no sábado aí durante a semana eu já não como nada doce sabe. Se eu tomo lá um refrigerante que não é o diet eu já durante a semana já evito o máximo... (Paula - 50 anos, 8 anos de escolaridade, há 10 anos com diagnóstico de DM).

Para que a doença não limite de forma dramática sua participação em eventos sociais, as entrevistadas reduzem o consumo de alimentos ou acionam a *estratégia da compensação*. Ou seja, quando identificam que se *excederam* no consumo de doces ou bebidas em algum evento social, buscam compensar este excesso com restrições alimentares no dia seguinte, como evidenciam as próprias falas:

Nas festas eu como, mas não como desregrado. Como pouco, porque às vezes você tá numa festa e não comer nenhum docinho, nem um pedacinho de bolo? Então aí eu como. Aí nos próximos dias eu procuro não comer mais nada de açúcar, que contém açúcar... (Carla - 41 anos, 11 anos de estudo, um ano e meio de diagnóstico).

Em festas, ah... isso aí eu diariamente eu nem vou, eu nem preocupo com isso. E se eu for também em alguma festinha, alguma coisa assim eu procuro comer nada que tá ali que não me agrada, bolo, refrigerante, fritura, não como não. Eu já vou bem alimentada de casa. (Márcia - 66 anos, 4 anos de estudo, 8 anos de diagnóstico DM).

Dentre as dificuldades na adoção das medidas de controle da doença encontradas pelas entrevistadas, estão ainda as questões financeiras e o papel

de cuidadora desempenhado pelas mulheres. A falta de recursos financeiros para a aquisição dos alimentos prescritos e tidos como ideais, leva muitas vezes a uma alimentação inadequada. E, enquanto cuidadoras reconhecem que apesar de se preocuparem com os outros, pouco tempo possuem para preocupar-se consigo mesmas, como indica a fala de uma das entrevistadas:

Só que eu não tenho muito, assim, financeiramente... como menos, eu era muito comilona....diminui a comida.... nas festinhas então eu já pego só um pedacinho daquele doce. Mas consciente que vou me sentir mal. Não vou me sentir bem... (Ana - 59 anos, 8 anos de escolaridade, diagnóstico há 14 anos).

Cuido das minhas netinhas: a Sofia com 1 ano e 3 meses a Laura, que ta com 3 anos. Então, mora eu, meu marido, o Rafael, que é pai da Sofia, a Débora, que é minha filha caçula e eu posso falar que a Daiane também, a minha nora, mora também, porque ela fica lá direto, né. E a Sofia. O Rafael (filho) esta com 22 anos e a Débora com 17anos. É uma convivência boa..., a gente tem que ter mais cuidado sim, eu sei que falta, falta muito da minha parte... (Paula - 50 anos, 8 anos de escolaridade, há 10 anos com diagnóstico de DM).

### **Informações sobre a doença e acompanhamento no serviço de saúde**

Dentre as informações apreendidas pelas mulheres com diabetes, a diferenciação entre alimentos *light* e *diet* parece ser a melhor compreendida. Das quinze mulheres entrevistadas nove apresentaram um conceito correto, ou seja, quase dois terços das entrevistadas sabiam a diferenciação dos termos. Eis uma definição dada por uma paciente que tem diagnóstico de diabetes há um ano e meio:

Que o light, ele tem açúcar. Ele é mais para quem ta querendo perder peso. E o diet ele não tem açúcar, então é indicado especificamente pras pessoas que tem problema de diabete... (Carla - 41 anos, 11 anos de estudos, diagnóstico de DM há 1 ano e meio).

Por outro lado, várias entrevistadas manifestaram o desejo e, portanto, a falta de informações mais precisas sobre a doença, sobretudo, no que diz respeito aos alimentos adequados para a pessoa com diabetes. Referem que as informações que recebem são muito genéricas e que possuem dificuldade no cotidiano em identificar o que podem ou não consumir e fazer.

Precisa de mais informação né, porque, eu não tenho muita informação sobre a doença do diabetes... (Kátia - 56 anos, 11 anos de escolaridade, 13 anos de diagnóstico).

Chama atenção ainda nos dados, que a mesma entrevistada do depoimento anterior, apesar de ter o diagnóstico há 13 anos, refere não ter recebido nenhuma orientação de como proceder em relação à doença:

Não, orientação assim, não... ela (médica) só falou comigo assim que era pra mim tirar o açúcar né?

Apesar de todas as entrevistadas estarem inseridas num contexto em que a atenção primária à saúde é eixo norteador das políticas em saúde do município, percebe-se que as mulheres portadoras de diabetes sentem falta de um dos princípios da APS que é a integralidade do cuidado. Em alguns relatos é mencionada a necessidade de acesso de outras categorias profissionais, como maneira de melhorar o autocuidado, como vemos nos relatos a seguir:

Agora que eu to sendo obrigada, então eu to com a nutricionista... (Paula - 50 anos, 8 anos de escolaridade, há 10 anos com diagnóstico de DM)

O que poderia me ajudar é seguir o médico, ir numa psicóloga... o que eu achei assim, levei fé, porque eu nunca tinha tratado com nutricionista nenhuma, gostei, vim com a minha tabelinha pra casa, tranqüila... (Marta - 59a, 3a escolaridade, diagnóstico há 10 anos).

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A análise dos dados evidencia que não há, por parte das pacientes, a compreensão da concepção médica sobre a etiologia, forma de ação e medidas adequadas de controle do DM. A maioria das entrevistadas entende a doença como *açúcar no sangue*, concepção recorrente no senso comum. Mesmo aquelas entrevistadas que manifestam uma concepção mais “biologicista” da doença, referem uma explicação superficial, sem detalhes sobre a fisiopatologia do pâncreas e a deficiência na produção de insulina. Da mesma forma, a maioria das entrevistadas manifesta baixa compreensão sobre os medicamentos e sua posologia, taxas de glicemia e termos corriqueiramente utilizados no controle do diabetes (como glicemia capilar e glicosímetro).

Esses dados indicam que o tempo de diagnóstico (média de 8 anos) e o convívio com o profissional médico para o acompanhamento do diabetes, não proporcionaram às mulheres um entendimento mais aprofundado sobre a

fisiopatologia da doença. Esta falta de orientação por parte do serviço de saúde é manifestada pelas mulheres entrevistadas quando se referem, sobretudo, à alimentação e ao manejo da doença visto afirmarem não saber o que pode ou não pode ser feito.

O baixo impacto do serviço de saúde sobre o conhecimento das mulheres com diabetes é ainda mais significativo quando consideramos que as entrevistadas residem num município que tem cobertura de quase 80 % de atenção primária à saúde, ou seja, onde há a garantia do acesso ao serviço de saúde, sendo que todas as entrevistadas são cadastradas e acompanhadas por uma Equipe de Saúde da Família.

A falta de informações mais precisas sobre a doença traz implicações importantes para o cotidiano dessas mulheres, que precisam administrar esta falta de informação com seu envolvimento diário com a alimentação, seja na escolha dos alimentos que consomem, seja na preparação dos mesmos no âmbito familiar. A gestão cotidiana da alimentação parece ser, assim, o principal impacto da doença na vida das mulheres com diabetes.

O precário conhecimento que dispõem sobre a doença e suas formas de controle gera ainda nas mulheres, um permanente sentimento de medo. Medo da progressão da doença, medo dos “excessos” alimentares que cometem e suas conseqüências, medo de não conseguir “se controlar”. A imagem da mutilação é emblemática deste medo e remetem a metáforas já utilizadas para se referir a outras doenças, como a tuberculose, a sífilis e, mais recentemente, o câncer (Sontag, 2003, Carrara, 1996). A imagem da mutilação materializa também, de certa forma, nas práticas e discursos presentes tanto do meio médico quanto do senso comum que acionam o terror como uma estratégia pedagógica (Sontag, 2003; Carrara, 1996).

A dificuldade, manifestadas pelas entrevistadas, na definição dos valores referenciais de glicemia, demonstra que esses parâmetros frisados pelo discurso médico pouco fazem sentido para elas. Os depoimentos indicam ainda certa desconfiança em relação aos números, visto que não reconhecem consenso nem mesmo dentro do próprio meio da saúde.

Este questionamento sobre os parâmetros considerados adequados, aliados a não compreensão de conceitos e termos usualmente utilizados no acompanhamento da doença, pode auxiliar na compreensão das dificuldades



que se apresentam às mulheres na adesão ao tratamento, o uso inadequado ou não uso da medicação. Ora, uma vez que a medicação tem como objetivo abaixar as taxas de açúcar no sangue, não faz sentido tomá-los, já que a glicemia pode ser entendida como *falta de açúcar no sangue*, ou seja, se não tenho açúcar no sangue, porque tomar algo que reduz o que já não existe? Conforme sinaliza Boltanski (1989), a apreensão de termos médicos pelos membros dos grupos populares se dá, em geral, a partir de uma lógica distinta da lógica médica, implicando, muitas vezes, em sentidos completamente diversos.

A identificação dos sintomas apenas relacionados à hipoglicemia encontrada entre as mulheres entrevistadas concorda com os achados de Péres et al. (2008). De acordo com os autores, a não identificação da hiperglicemia encontra-se relacionada à dificuldade em compreender os sinais emitidos pelo próprio corpo, sendo a atenção dada apenas quando os sintomas dificultam a execução das tarefas diárias. Conforme Torres-López, Sandoval-Díaz, Pando-Moreno (2005), o significado que as pessoas dão aos seus sintomas e a resposta emocional está influenciado por sua própria história e personalidade, bem como seu contexto cultural, social e econômico.

De acordo com Fox (1968, p.94), “as particularidades e nuances do significado emocional de uma doença para um indivíduo e da natureza de sua resposta afetiva ao seu estado e os sintomas, são profundamente influenciados por seu contexto social e cultural, bem como pela sua personalidade.” Mesmo respostas a sintomas físicos, tais como dor, podem ser influenciadas por fatores sociais e culturais” (Zborowski, 1952), estes fatores podem afetar por sua vez a apresentação dos sintomas e do comportamento do sujeito e de sua família (Chrisman, 1977; Guttmacher, Elinson, 1971).

A complexidade de cuidar de pessoas com DM é acrescida de outros fatores que influenciam em suas decisões, além dos cuidados indicados e priorizados pelos profissionais de saúde. Em alguns casos, o controle glicêmico, que é um dos focos da atenção dos profissionais de saúde, não é a prioridade para as pessoas com DM. Em muitas situações, as portadoras de DM estão mais preocupadas com seus trabalhos domésticos, em ter condições financeiras para sustentarem suas famílias, do que controlar seus níveis glicêmicos. Em outras situações as mulheres adotam práticas caseiras para

controlar a doença, tal como a ingestão de líquidos para limpar o corpo ou ainda adotam estratégia de compensação como uma forma de redução de danos de algum excesso alimentar.

Os modelos explicativos acionados pelos pacientes para explicar a doença e definir as estratégias a serem adotadas, apresentam pouca relação com os da profissão médica (Blaxter, Paterson, 1980; Helman, 1978, 1980; Kleinman, Eisenberg, Good, 1978; Snow, Johnson, Mayhew, 1978), Snow, Johnson, 1977; o que pode ter importantes implicações clínicas. Vários autores já salientaram que a percepção e experiência da doença, identificada pelo ter *illness* é, em grande parte das vezes, bastante diversa da percepção médica da mesma – *disease* (Kleinman, 1980; Cassel, 1978; Eisenberg, 1977; Fabrega, 1973).

O modelo da *disease* assume que a Diabetes Mellitus num paciente da periferia das cidades brasileiras é a mesma diabetes de um paciente que vive nos Estados Unidos, ou numa tribo africana, enquanto suas glicemias (taxas de glicose no sangue) forem idênticas. O significado da doença (*illness*) para os pacientes e as estratégias adotadas para lidar com ela, podem ser muito diferentes nos dois casos.

Incorporar a lógica da redução de danos talvez seja uma estratégia para lidar com doenças crônicas como o diabetes. Esta pode ser uma forma de obter um ponto de consenso entre os atores sociais envolvidos no processo, obtendo o que alguns autores denominam como *sickness*. (Young, 1982; Helman, 1980; Kleinman, 1980). Campos, Barros e Castro (2004) sugerem a articulação dos conceitos de promoção da saúde e de **redução de danos** como forma de contemplar as expectativas e prioridades dos profissionais da saúde e dos pacientes:

... para criarmos outras maneiras de trabalhar entre o respeito às opções individuais e o compromisso com a saúde coletiva (...) pensar em redução de danos é pensar num modo de lidar com os riscos que não signifique abrir mão de nossos conhecimentos técnico, clínico e epidemiológico e, concomitantemente, não signifique o aprisionamento da vida em mecanismos disciplinares e higienistas... (p.746).

O fato das entrevistadas se identificarem como portadoras da doença, mesmo quando não reconhecem os sintomas, e acionarem um conjunto de práticas e estratégias cotidianas em função deste diagnóstico, indica que há

um nível de confluência entre a perspectiva médica e a experiência da doença. Ou seja, há o reconhecimento comum de que a diabetes é um problema que merece atenção. O comprometimento do convívio social que o DM pode trazer para as mulheres portadoras da doença, como no caso de convites às festas já analisado, materializa a doença no cotidiano das entrevistadas, como afirmam Adam e Herzlich (2001, p. 75):

... Vivenciar uma doença é relacionar-se de forma conflituosa com o social, pois o doente irá se sentir doente, quando deixar de realizar suas atividades que lhe permitem pertencer ao contexto em que vive...

Ou seja, a redução da sociabilidade pode ser uma realidade vivenciada pelas mulheres portadoras de DM.

É interessante notar, entretanto, que se por um lado as entrevistadas manifestam um profundo desconhecimento da fisiopatologia da doença, das taxas de controle e uso de medicação, por outro, algumas informações passadas pelos profissionais da saúde são plenamente apreendidas, como a diferença entre *diet* e *light* ou mesmo sobre a gravidade da doença.

Tais dados remetem a possibilidade de que algumas informações já foram exaustivamente trabalhadas em detrimento de outras, não menos importantes, como as orientações relacionadas aos alimentos em geral, apontando que, talvez, o foco das ações educativas deva ser direcionado para outros aspectos na abordagem das mulheres com diabetes.

Outro elemento que deve ser considerado na abordagem das mulheres com DM é o papel de cuidadoras desempenhado por elas. Vários estudos já observaram o fato das mulheres serem as principais produtoras de cuidados sanitários dentro e fora da família (Amossé, 2004; Cresson, 1991). A boa saúde familiar é de responsabilidade da mulher e começa no cotidiano: preparo da alimentação, da ida ao médico, da higiene. A eleição do universo das mulheres diabéticas se justifica pelo fato de que os estudos de gênero e diabetes demonstram a necessidade de se considerarem as peculiaridades da mulher no que se refere à produção do autocuidado. A mulher recorre com maior frequência do que o homem aos serviços de saúde na busca de ajuda e tem uma relação de maior intimidade com o próprio corpo e sua saúde. No entanto, o exercício do papel de cuidadora do lar, do marido, dos filhos, muitas vezes a fazem negligenciar os cuidados de si, priorizando os outros em detrimento de

seu próprio bem-estar (Péres et al., 2008). Nesse sentido, é relevante investigar as condições de produção das representações de saúde na mulher que convive com uma condição crônica como o diabetes.

Dentre os dados apresentados, várias mulheres Identificam necessidade de integralidade no cuidado (nutricionista, psicólogo), evidenciando uma deficiência desse princípio doutrinário do SUS na atenção primária à saúde, contexto em que estão inseridas.

A integralidade do atendimento em saúde aparece no texto constitucional, no artigo 198, como uma das diretrizes do sistema único, expressa no atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1988). Carvalho e Santos (1995 p.72), lembram que “a prioridade constitucionalmente dada às atividades preventivas [...] indica o novo enfoque pelo qual as ações e serviços de saúde devem ser vistos e tratados”, de acordo com a ampliação do conceito de saúde expressa nos textos legais, que é a base do conceito de integralidade. De acordo com estes autores, a integração da assistência e da prevenção sinaliza a necessidade de não separar as duas modalidades de proteção da saúde.

Entendemos que outros elementos se incorporam à discussão do conceito de integralidade, especialmente com vistas à promoção da saúde, como os de intersetorialidade e participação social. Além de pensar o indivíduo como um todo, é preciso pensá-lo inserido na comunidade, no próprio município/cidade e no país.

Os nossos resultados indicam que embora essas mulheres estejam sendo assistidas nos serviços de saúde, elas não recebem um atendimento integral, tanto no sentido de consideração das diferentes dimensões da pessoa, quanto no difícil acesso às outras categorias profissionais que fazem parte do SUS. Diante dessa discussão, poderíamos conceituar integralidade como um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde.

Os benefícios da integralidade estão relacionados com àqueles gerados pelas ações preventivas e com efetividade alcançada quando as ações estão alinhadas com as reais necessidades da população (Barbosa et al., 2009). A estratégia de saúde da família, ao atuar numa população adscrita, tendo responsabilidade sanitária sobre o espaço de atuação, sobre os indivíduos e a coletividade, tendo como atribuição fomentar a participação popular, o controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, tem plenas condições de efetivar a integralidade. Porém, do discurso para a prática, da norma para a real efetivação das ações há um longo caminho, tendo como resultado a reprodução de práticas assistencialistas, compartimentalizadas e medicalizantes pelas equipes de saúde da família (Albuquerque, Stoz, 2004).

Nossos resultados corroboram com estudo de análise das dimensões que compõem os princípios norteadores da APS no município de Belo Horizonte (Barbosa et al., 2009) onde a orientação comunitária obteve escores baixos referentes ao processo de trabalho e a satisfação dos usuários. Esse estudo evidenciou que as equipes tem dificuldade em planejar ações para as comunidades nas quais se inserem, podemos incluir nessas ações voltadas para as comunidades as práticas educativas em saúde visando a promoção do autocuidado. Uma vez que o planejamento destas atividades é escasso, a percepção da população em relação às ações da equipe fica comprometida.

Todas as mulheres entrevistadas têm um diagnóstico de DM, referem algumas das complicações devido à progressão da doença (como a questão da *cegueira*), mas demonstram não saberem muito bem qual a origem do DM de forma clara, elas desconhecem a melhor forma do manejo. O que elas relatam é que tem que *cortar* o açúcar, mas seus relatos evidenciam questionamentos ainda em busca de respostas, tais como: o que é o açúcar de fato? Onde que encontramos o açúcar? O que podem comer ou não?

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados da presente pesquisa evidencia que tem havido um maior foco na assistência relacionado aos atributos essenciais da APS, principalmente o relacionado à acessibilidade, em detrimento aos atributos, não menos importantes, designados como **atributos derivados**, quais sejam:

orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Shi, Starfield, Jiahong, 2001).

Dessa forma, durante o acompanhamento da pessoa com DM, aparecem outras dimensões e, para responder ao alcance das chamadas metas de tratamento, a Equipe de Saúde da Família necessita estar preparada para realizar a escuta dos sujeitos, dar voz a eles, é necessário romper as barreiras institucionais, buscando-se o desenvolvimento das ações de articulação intra e intersectorial (Starfield, 1994). Uma das estratégias propostas que pode ser utilizada pelos profissionais da saúde no contexto da APS a fim de se estabelecer uma escuta qualificada do sujeito e dessa forma trazer uma relação dialógica no manejo do diabetes tendo o indivíduo como o foco, é a utilização da metodologia dos Grupos Operativos conforme preconizado pelo Pichón-Riviére,, trazendo melhoria no entendimento da doença e atendendo o ser quanto aos problemas que interferem no tratamento e, como este pode ter uma atitude diante da doença. Não podemos deixar de conhecer o ser como indivíduo, que imprime ao mundo sua própria percepção, percepção essa que deve ser considerada no momento de tomada de decisão, trazendo um caráter de decisão compartilhada, fortalecendo as decisões do paciente (Stewart, M. et al. 2010, ).

Importante salientar que há políticas públicas voltadas para as pessoas com diabetes com o propósito de garantia do fornecimento de insumos, terapêuticas e extensão propedêutica. No entanto, o que a pesquisa aponta é que a política existe mas não é implementada na prática, o que nos remete a rever nossos processos de trabalho.

Por fim, destacamos a importância de desenvolvermos nos profissionais e serviços de saúde a noção de competência cultural. Esta noção implica no reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência pelas características étnicas, raciais, ou outras características culturais especiais, o que acaba resultando na adoção de estratégias pouco eficazes para o acompanhamento e controle do DM. Compreender as concepções e práticas das mulheres portadoras de DM a fim de termos uma abordagem para melhor manejo da doença, necessariamente perpassa por uma competência cultural a ser apreendida pelos profissionais de

saúde para que as orientações e informações às mulheres portadoras de DM sejam efetivas e resultem na promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ADAM, P; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc; 2001.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.

AMOSSÉ, T. Professions au Féminin. **Travail, Genre et sociétés**, n.11, 2004.

BARBOSA, A. C. Q.; RODRIGUES, J. M.; SILVA, N. C.; ROCHA, T. A. H. **Proposição de metodologia de avaliação de desempenho das equipes de saúde família e satisfação de usuários**: um desenho elaborado a partir de cidades de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatórios de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/ UFMG, 2009.

BLAXTER, M.; PATERSON, E. **Attitudes to health and use of health services in two generations of women in social classes 4 and 5**. Report to DHSS/SSRC Joint Working Party on Transmitted Deprivation. Unpublished, 1980.

BOLTANSKI L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 02 de outubro de 2007**. Trata sobre a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para educação em saúde para o autocuidado em Diabetes Mellitus**. Coelho EBS, Büchele F, Calvo MCM (org.). Florianópolis: SEAD/UFSC. 2009.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CARRARA, S. **Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1996. 339p.



CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CASSELL, E. J. **The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship**. Harmondsworth: Penguin Books, 1978.

CHRISMAN, N. J. The health seeking process: an approach to the natural history of illness. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 1, p. 351-377, 1977.

CRESSON G. "La santé, production invisible des femmes". *Recherches Féministes*, v. 1, n. 4, 1991.

EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 1, p. 9-23, 1977.

FABREGA, H. **Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical Analysis**. Stanford: Stanford University Press, 1973.

FOX, R. Illness. In **International Encyclopaedia of the Social Sciences**, ed. Sills, D. L. 7, 90-96. New York: Free Press! Macmillan, 1968.

GUTTMACHER, S.; ELINSON,. Ethno-religious variations in perceptions of illness. The use of illness as an explanation of deviant behaviour. **Social Science and Medicine**, v. 5, p. 117-125, 1971.

HELMAN, C. G. 'Feed a cold, starve a fever': folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 2, p.107-137, 1978.

HELMAN, C. G. Lay and medical attitudes to illness. **MIMS Magazine**, v.15 April, p. 51-59, 1980.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Culture**. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of Internal Medicine**, 88, p. 251-258, 1978.

PÉRES, D. S et al Social representations of low-income diabetic women according to the health-disease process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 389-395, 2008

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Fam Pract**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

SNOW, L. F.; JOHNSON, S. M. Modern day menstrual folklore: some clinical implications. **Journal of the American Medical Association**, v. 237, p. 2736-2739, 1977.

SNOW, L. F.; JOHNSON, S. M.; MAYHEW, H. E. The behavioural implications of some old wives' tales. **Obstetrics and Gynaecology**, v. 51, p. 27-732, 1978.

SONTAG, S. **La Enfermedad y Sus Metáforas El Sida y Sus Metáforas**. Editora Taurus, 2003.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 2ª ed. Editora Artmed, 2010.

TORRES, H.C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários DKN-A) e Atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005.

TORRES-LÓPEZ, T. M.; SANDOVAL-DÍAZ, M. S.; PANDO-MORENO, M. Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en um barrio de Guadalajara, México. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 101-110, 2005.

WILD, S; ROGLIC, G. GREEN, A. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, 2004.

YOUNG, A. The anthropologis of illness and sickness. **Annal Revist Anthropologis**, v.11, 1982.

ZBOROWSKI, M. Cultural components in responses to pain. **Journal of Social Issues**, v. 8, n. 4, p. 16-30, 1952.

## 7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidencia que não há uma compreensão adequada sobre o diabetes mellitus pelas mulheres que participaram da pesquisa, elaborando as mesmas uma explicação superficial, sem detalhes sobre a fisiopatologia do pâncreas e a deficiência na produção de insulina. Percebe-se que as mulheres portadoras de diabetes ouvidas nesse estudo, manifestam baixa compreensão sobre os medicamentos e sua posologia, bem como termos corriqueiramente utilizados no controle do diabetes apesar do tempo de diagnóstico (média de 8 anos). O convívio com o profissional médico para o acompanhamento da doença, não proporcionou às mulheres um entendimento mais adequado sobre a mesma, no entanto, durante as entrevistas, evidenciou-se nos discursos uma “lacuna” sobre o protagonismo de outros profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, tais como os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB), Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes Comunitários de Endemias (ACE), dentre outros, refletindo uma visão “médico centrada” em relação ao cuidado pelas mulheres entrevistadas. De qualquer forma, os resultados apontam que, talvez, os profissionais de saúde devam repensar a forma de orientação quanto às terminologias utilizadas no manejo da saúde dessas mulheres.

A gestão cotidiana da alimentação parece ser o principal impacto da doença na vida das mulheres com diabetes. Há um explícito sentimento de medo, pois de certa forma lidam com o desconhecido, mais uma vez remetendo a falta de orientações e esclarecimentos sobre aqueles aspectos da doença (alimentação e atitudes corretas). As metáforas expressas nas falas das mulheres, que é comum acontecerem em outras doenças que carregam o peso opressivo da metáfora, como acontecia com a Tuberculose e como nos dias atuais acontece com o câncer e com a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), talvez se deva ao fato de não entenderem a causa da doença, trazendo um mistério e medo que se tornam literalmente contagiosos.

Provavelmente esse entendimento possa explicar o fato da não adesão ao tratamento com o uso inadequado ou não uso da medicação. Esta falta de orientação por parte do serviço de saúde, sobretudo, em relação à alimentação e ao manejo da doença, evidencia uma fragilidade dos atributos derivados da

APS (orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural) no município de Belo Horizonte (com quase 80% de cobertura da população), mesmo com a garantia da acessibilidade aos serviços de saúde, cadastramento e acompanhamento (longitudinalidade e coordenação do cuidado) por uma Equipe de saúde da Família. Embora essas mulheres estejam sendo assistidas nos serviços de saúde públicos, elas apontam uma deficiência no que diz respeito ao princípio da integralidade do cuidado, tanto no sentido de consideração das diferentes dimensões da pessoa, quanto no difícil acesso às outras categorias profissionais que fazem parte do SUS.

Os dados reforçam a necessidade de se adotarem estratégias e ações que devam incluir **o aconselhamento e educação adequados em atividades individuais ou em grupo** bem como a garantia de que **todos os atributos da APS** sejam contemplados. Tais ações devem ser realizadas em qualquer oportunidade de contato entre o médico e o paciente, com extensão ao resto da família, tratando-se, portanto, de um enfoque centrado no indivíduo, com uma projeção **para a família ou grupos**.

## 8. APÊNDICES

### A. Roteiro de entrevista

#### 1. Dados sócio-demográficos:

- Idade:
- Escolaridade (série concluída, interrupções nos estudos, dificuldades, projetos):
- Profissão e ocupação (e rendimento):
- Situação conjugal (casada ou mora com parceiro, solteira, viúva, teve outros relacionamentos conjugais, separações).
- Com quem mora
- Filhos (número de filhos, idade, vivem com a paciente, relacionamento com os filhos).
- 
- 2. Concepções sobre a doença
- Na sua visão, o que é o diabetes?
- Qual a origem ou de onde vem este problema?
- O que o diabetes causa no corpo da pessoa?
- Desde quando a sra sabe que tem este problema?
- Tem outras pessoas da família ou conhecidos que tem este mesmo problema?
- Por que a sra. acha que tem diabete?
- 
- 3. Concepções e práticas sobre os medicamentos
- A sra. utiliza algum medicamento para tratar o diabetes? Quais? Como a sra. utiliza estes medicamentos (todos os dias? horários?)
- Na sua visão, estes medicamentos tem ajudado no tratamento da diabetes? Eles causam algum problema para a sra.?
- A sra. tem alguma dificuldade para utilizar estes medicamentos? Quais?
- 
- 4. Concepções e práticas sobre formas de controle do diabetes
- Como a sra. identifica que sua diabetes está alterada? Tem algum sintoma, sensação que sinaliza para a sra. esta alteração?
- A sra. já ouviu falar sobre glicemia capilar? Na sua visão, o que é glicemia capilar?
- A sra. tem algum aparelho em casa para medir a taxa de açúcar? Consegue utiliza-lo ou tem alguma dificuldade? Qual? Confia neste método?
- Quando a sra. utiliza o aparelho?
- Quando a sra. se preocupa com os resultados? Qual a taxa que a sra. acha normal?
- Na sua visão, o que é glicemia?

- Quando a sra. identifica alteração da glicose, o que costuma fazer? Isto funciona?
- 5. Cuidados com a doença
- Na sua visão, quais os principais problemas causados pelo diabetes?
- A sra. tem algum cuidado específico com alguma parte do corpo (pés)? Por que?
- A sra. recebeu orientações de como deve se cuidar em relação ao diabetes? De quem? Quais orientações a sra. recebeu?
- Em termos de alimentação, a sra. tem algum cuidado especial? Quais?
- A sra. sabe o que são alimentos *light* e *diet*? Utiliza algum destes alimentos? Quais? Como identifica que é um alimento que pode consumir?
- Tem situações que a sra. abre mão deste controle por alguma razão (tipo festas) ? Como faz nestas situações?
- A sra. costuma utilizar alguma bebida alcoólica? Qual? Com que frequência e dose?
- A sra. fuma? Desde quando? Em que situações fuma mais?
- A sra. pratica alguma atividade física? Qual? Com que frequência e regularidade?
- Na sua visão, a sra. considera que cuida bem da sua saúde? O que faz ou não faz que deveria ser feito para este cuidado? Precisaria de ajuda? Quem poderia, na sua visão, auxiliar neste cuidado?

## B. Categorização das entrevistas

N. Entrevistada	Dados sócio-demográficos	Concepções sobre a doença	Concepções e práticas sobre os medicamentos	Concepções e práticas sobre formas de controle do diabetes	Cuidados com a doença	Diet e light
01 L.H.	09/08/52 - Ginásio cobradora e encarregada de limpeza. Atualmente trabalha em feira. Viúva, 1 ½ SM, 3 filhos. Mora com filho (28) e neto (12)	Diagnóstico com cerca 14 anos – “me proibiram não comer doce, massa. Eu sempre fui muito comilona” sempre fui gordinha - muita gente as vezes me comentava como se sentia, eu não sentia nada, nada sobre isso. - O que eu sinto mesmo, às vezes, é assim, uma dor de cabeça muito ou na nuca ou na testa - lábios, secura. Secura de secar mesmo. - sei que a Diabetes ataca as	Glibenclamida! Tem um outro aqui, que eu posso mostrar a receita, porque eu mesma, <b>porque eu mesma não consegui entender</b> ( Metformina) - toma outros medicamentos “Só quando eu como muita coisa. Normal. - Colega morreu de diabetes:. <b>Ele começou a tomar um remédio e emagreceu muito, mas muito mesmo.</b> Mas só que ele reclamava que ele tinha dor na perna, não tinha mais disposição mais. Tem horas que dá	- olha...que eu tomo remédio, que eu tomei consciência mesmo, deve fazer sete anos. Porque quando eu era mais jovem, bem jovem, eu me lembro já falavam de não comer doce  - Como identifica que está alta: a dor de cabeça! A dor de cabeça vem mesmo! É tão forte que fica até zonha...a dor de cabeça.	- Fazia caminhadas, parou pelo horário do trabalho - Só não bebo, bebida alcoólica, mas gosto - Não tem cuidado com pés: tenho medo de cortar a unha do meu pé, porque sempre, sempre a unha do meu pé está dolorida - eu sei que a Diabetes pode causar muitos problemas, mas eu tenho mais medo de amputar. - O médico fala que é bom tomar muita água. Eu tomo muita água. Porque eu não sou muito de tomar liquido, refrigerante. Agora eu não tomava mais, eu tomo água, água, água. Tu elimina, tira as rugas... - eu teria que ter assim, comer mais verduras de folha e legumes que não tenham muitas calorias. Só que eu não tenho muito, assim, financeiramente, - Mas, adoro feijão, adoro arroz! Mas agora como menos arroz. Macarrão também eu como menos, eu era muito comilona....diminuí. - eu abro mão, mas eu sei que não posso. <u>Porque eu sinto que não posso mesmo!</u> Eu tenho certeza que não posso. Às vezes tu passou na festinha, tem aqueles docinhos lá pequenininho, aí tu já fica babando que nem criança. Então eu já pego só um pedacinho daquele doce. Mas consciente que <u>vou me sentir mal.</u> Não vou me sentir bem. Nossa, dor de cabeça. Não como muito, - Não bebe há mais de um ano	- eu sei que <b>light é pra quem quer emagrecer e o diet é para diabético, né?!</b> Mas, como eu tenho muita ansiedade de comer doce, eu tenho muita ansiedade de comer doce, então o doce, aí <u>eu já vou no diet!</u> Entendeu?! Porque eu tenho ansiedade com doce. Aí, o light, às vezes tu chega num bar e quer tomar um refri, chega lá, tem o refrigerante diet? Não tem! Tem o refrigerante light! Aí vou tomar o light, porque não tem o diet.

		<p>vistas. Eu sei de gente que teve Diabetes e teve que amputar, às vezes, alguma parte do corpo. Minha sogra teve Diabetes, ela teve problema na visão. Ela morreu antes, mas ela também já tava...e ela era uma mulher muito bonita, sabe?!</p> <p><b>Bonita, fortuna.</b></p> <p>- a urina da pessoa diabética. Eu tenho pavor</p> <p>Aí, a urina dá um cheiro tão forte...</p>	<p>uma dor na nuca...</p> <p>- Eu gostaria de tomar um remédio que me moderasse um pouquinho a minha ansiedade. Porque a ansiedade faz eu comer... demais!</p>			
2 M.C. C.C.	58 anos - 8ª série. Costureira. Casada. Primeiro casamento. Eu moro com meu marido só. 4 filhos.	<p>Acho que a diabetes é <b>um distúrbio do organismo da gente</b>, né [...] acho que não fabrica acho que é a insulina suficiente.</p>	<p>eu tomo um, aquele comprimido grandão que eu nunca sei dizer o nome dele. Chama é... <b>metformina</b>? Um comprimido por dia. Todo dia. Eu não to tomando</p>	<p><i>Quando glicose está alta</i> - Eu sinto uma coceira em volta do nariz assim e a minha visão fica muito ruim. Eu começo a sentir a visão lenta, baixa.</p> <p><i>O que faz</i> - Aí eu</p>	<p><i>Problemas causados por diabetes</i> – [...]traz consequências muito ruins. Você vai fazer uma viagem, você fica assim com medo “ah será que eu vou encontrar coisas que eu posso comer?”. E também eu já notei uma coisa, se a pessoa tiver nervosa, a glicose aumenta. O estresse nervoso aumenta a glicose. Eu chego no supermercado já cobrando “cadê os produtos dos diabéticos? Não tem nada? . Então assim, eu preocupo na hora de sair de casa,</p>	<p>Agora sei (<i>diferença</i>), porque doutor. Warley me explicou o que é. Ele disse que é assim: “light, é aquela pessoa que quer estar leve, emagrecer, aí é light”</p>



<p>Idades: homens 28, 27, 26 e uma moça de 25.</p> <p>[...]a gente tem um relacionament o bom [...]Todo mundo é tranquilo, assim, os filhos tudo conversam um com o outro, são amigos.</p>	<p>No faltar isso aí vai dando outros problemas né[...] mas eu sei que tudo isso é devido a pessoa não olhar, não cuidar, não ver como é que ta .</p> <p>Porque eu sempre tenho a minha mais ou menos controlada. Mas a minha nunca passou de cento e vinte, cento e trinta, acho que no máximo cento e cinquenta.</p> <p>Eu acho que foi é <b>genético</b>[...] porque a minha mãe era diabética .</p> <p><i>Efeitos no corpo</i> - estômago da gente fica muito alto, parece que retém os líquidos. As pernas da gente fica fina.Tem umas</p>	<p>dois porque na minha cabeça era assim: eu vim no médico “ah, aumenta mais um comprimido”. Eu falei “nossa, não vou tomar não. Daqui a pouco ele ta mandando eu tomar três, quatro...” e eu pensava que era assim.</p> <p>Tem médico que a gente tem até medo de conversar com ele.</p> <p>Mas esses de antigamente aí “Ow! Faz o favor, fica calada aí que eu to escrevendo!”. Nossa, eu fico constrangida com uma pessoas dessas, chego lá e nem falo nada, passo minha receita, pego e vou embora, nem</p>	<p>sei que tipo assim, quer ver, subiu, eu sei que é porque eu comi uma coisa assim que eu não podia. Por exemplo, um café com açúcar. Eu sinto na hora que ela subiu. Mas eu não faço nada não. Espero até chegar a hora deu tomar o remédio e tomo.</p> <p><i>Glicemia capilar</i> - Não, não sei <i>idéia</i>? Não tenho.</p> <p><i>Glicemia</i> - Não, não sei . [...]não sei se é glicemia que abaixa muito a glicose, ou coisa assim e a pessoa dá tremedeira, dá não sei o que lá, sua frio, Mas eu nunca tive nada disso.</p> <p><i>Não tem aparelho</i></p>	<p>porque eu nunca passei mal com negócio de diabete não, mas eu vejo pessoa passar mal, tremer, né.Eu, eu nunca vi ninguém desmaiar mas eu sei que tem gente que desmaia.Eu procuro comer pouco pra não engordar.Eu tenho medo de quebrar osso, tenho medo de cirurgia, porque inclusive eu tenho pedra na vesícula e eu faço de tudo pra não ter crise, porque eu tenho medo de cirurgia. Porque eu já vi pessoas fazer cirurgia com diabetes que fica muito tempo aberto, sem fechar a... a... a cirurgia. Que eu acho que o açúcar não deixa fechar, não sei... Eu tenho medo dessas coisas.</p> <p><i>Cuidados partes do corpo</i> – [...]eu tenho muito cuidado com meus pés, né, que a maioria das pessoas que eu conheci, que eu vi com problema de diabetes começaram nos pés. [...] eu quase não faço unha, não deixo ninguém ficar tirando minhas cutículas.Eu evito de andar com sandálias, sandálias que não dá conforto, eu prefiro andar mais de tênis.</p> <p><i>Orientações</i> - Não, nunca (<i>recebeu</i>) A única coisa que eu procuro me informar sobre a diabetes é quando sai coisa em revista, quando na televisão ta falando de alguma coisa eu to sempre ligada, pra ver alguma coisa, que eu não posso comer, que eu tenho que ta fazendo. Porque outras coisas eu não tenho onde. Onde a gente vai buscar? Agora eu não entro em internet. Ele (<i>médico</i>)disse assim “tire o açúcar... Tire o açúcar!” Só isso. Depois aí até eu fui em outro médico, que eu não sei se foi até médico particular que eu perguntei ele “o que que o diabético pode comer?”</p>	<p>E o diet é diabético, vamos dizer. Mas eu não sabia a diferença não. Pra mim o diet, o light... eu já uso pouco, de medo, mas mesmo assim usava os dois, tanto o diet quanto o light. Que todos são muito ruins.</p> <p>Eu já procuro ver se é diet, se é light, Eu só tomo refrigerante se eu tiver num lugar que não tem outra opção. Aí eu procuro ver se acho o zero açúcar porque ta lá escrito e bebo, pouco. Só pra não ficar sem, né, participar das coisas, mas eu evito tomar.</p>
--	---	---	--	--	---

		<p>peças que fica com as pernas pretas. [...]eu noto que vai dando manchas[...] a visão fica ruim dá dor nas pernas também.</p> <p><i>Tempo de diagnóstico</i> - 4 anos mais ou menos.</p> <p><i>Pessoas que conhecer ter a doença</i> - Ah, <b>muitas pessoas. Inclusive na minha família.</b> [...]tenho muitos irmãos assim. Tenho um que até amputou um pedaço do dedo já. De tanto problema. Minha mãe amputou também um pedaço do dedo, de tanta glicose alta.</p>	<p>pergunto. Então você vai tomar uma coisa com dúvida. Graças a Deus que entrou um médico aí um dia desses que eu consultei e falei “Gente! Primeira vez na vida que eu vejo um médico conversar comigo desse jeito”. Eu fiquei impressionada</p> <p><i>Efeitos medicação</i> O meu não faz não. Algumas mulheres do grupo já falaram que provoca dor de barriga nelas.Sinceramente me dá umas dores de barriga, mas eu acho que nem é dor de barriga. É tipo assim, uma disenteria. Mas eu, eu, eu nem atribuo isso ao comprimido. Dor</p>	<p><i>para medir glicemia</i> - Não sei se aquilo é 100% legal, ou se não é... Não dá pra saber. Eu não confio porque eu nem tenho, né.</p> <p>Olha, sempre que eu faço, que eu faço um exame eu me preocupo. Assim, se eu ver que passou.</p>	<p><i>Alimentação</i> – Tenho(<i>cuidado</i>), mas eu tenho certeza que eu como muita coisa que eu não posso ainda por falta de... de não ter muita coisa assim pra gente. Porque a dona de casa faz é feijão, arroz todo dia, macarrão, carne. Agora, por exemplo carne, eu já diminui carne, como mais verdura, procuro comer menos, menos arroz, menos macarrão.</p> <p>Então eu como, eu acabo comendo. Agora é lógico que eu evito. Assim, mas eu tento. Mas a alimentação deixa a desejar. Então a gente tem sofrido por aí viu? Sai num lugar, chega lá e não tem nada! Tenho, mas eu tenho certeza que eu como muita coisa que eu não posso ainda por falta de... de não ter muita coisa assim pra gente. Porque a dona de casa faz é feijão, arroz todo dia, macarrão, carne. Agora, por exemplo carne, eu já diminui carne, como mais verdura, procuro comer menos, menos arroz, menos macarrão.</p> <p>Então eu como, eu acabo comendo. Agora é lógico que eu evito. Assim, mas eu tento. Mas a alimentação deixa a desejar. Então a gente tem sofrido por aí viu? Sai num lugar, chega lá e não tem nada! Eu diferencio assim, igual eu te falei. Eu vou olhando as... O que eu vejo em jornal, o que eu vejo em televisão.</p> <p>Olha, todas as festas que a gente vai não tem nada pra diabético né? Então se eu vou pruma festa que eu achar que lá não vai ter nada pra mim beber assim, eu as vezes tomo um copo d’água, tomo meio copo de refrigerante, ou levo um refrigerante pra mim. Mas eu evito, em festa eu quase não como. Porque o povo vai numa festa, só tem salgado frito, essas coisas que a gente, que já tem</p>	
--	--	--	--	--	--	--

			<p>de barriga é uma coisa que dói né, mas disenteria é outra coisa, desencadeia o intestino pra ele ficar solto. Então eu não considero dor de barriga.</p> <p>Eu acho que ta sim( funcionando) porque sinto alteração quando minha glicose ta alta.</p>		<p>que evitar por causa do colesterol. Aí já... só salgado frito. E só refrigerante... Então ah,,, essas festinhas já não ta mais interessando pra mim.</p> <p><i>Bebida alcoolica</i> - Cerveja, vinho, mas tudo muito pouco. Não passa de uma taça de vinho, cerveja máximo dois copos. Ah, muito raro, só se for assim, raro, se for numa pizzaria num aniversário,</p> <p><i>Não fuma e nunca fumou.</i></p> <p><i>Atividade fisica</i> -Pois é, eu agora to caminhando mais às vezes ia um, porque tem que ser pelo menos três vezes na semana né? Mas aí caminhava um dia, um pouquinho, dois... Agora por causa já das, das, desse trabalho do doutor Warley aí to caminhando mais, mais tempo, mais dias, mais, assim, três vezes, e mais tempo, ta entendendo? Então to me sentindo ótima!</p> <p><i>Cuida da saude</i> - Eu acho que sim se você não tem uma coisa e de repente aquilo chega, você sabe que tem alguma coisa acontecendo, eu acho, sabe por quê? Porque veja bem, eu comecei a sentir umas cólicas estranhas, muito estranhas. Peguei e fui no médico particular. Fui fazer a endoscopia Você, seu estômago ta limpo, você não tem úlcera, você não tem isso, não tem aquilo que a endoscopia vê tudo né, não tem gastrite, não tem nada.” Mas aí continuou as dores, as crises. Fui pra outro médico, fiz a ultrassonografia. Aí fui, levei pra ele ver... “Num falei com a senhora? A senhora ta com pedra na vesícula. Sua vesícula ta cheia de pedra. Então por isso que a senhora</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>ta tendo essas crises.Então pelo menos eu já sei o que é que eu tenho né.</p> <p>Fui pra outro médico.[...]fiz a ultrassonografia. Aí fui, levei pra ele ver... “Num falei com a senhora? A senhora ta com pedra na vesícula. Sua vesícula ta cheia de pedra. Então por isso que a senhora ta tendo essas crises.Então pelo menos eu já sei o que é que eu tenho né.A vesícula tai, mas não ta me fazendo mal nenhum. Não to sentindo nada, deve ter uns 5 meses que eu não sinto mais nada. Quer dizer, era ou não era a alimentação? Alimentação errada! eu sei quando o organismo da gente dá alguma coisa, ele ta avisando que ele tem algum problema, agora eu não sei que problema que é. Eu vou é num profissional pra ele descobrir, pois ele estudou pra isso!</p> <p>Eu acredito que sim, mais ainda, porque falta esclarecimento, pra mim, falta por exemplo eu ter um bom orientador na área de alimentação.Eu tenho uma consciência tão boa da pessoa dizer isso não pode pra você.Eu não tenho nada que seja isso é a melhor coisa do mundo, eu não posso tirar isso da minha vida não. Posso! Qualquer coisa que não é bom pra mim eu tiro, entendeu?</p> <p><i>Auxilio orientação-</i> Um bom profissional, que oriente a pessoa direito, que diga “olha, as causas da diabetes que é essa, essa e essa, mas você se fizer assim, assim, assim você vai viver bem</p> <p>Se tem condição de eu nunca chegar a esse ponto, a</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>peessoa me orientando, eu nunca quero chegar nesse ponto</p>	
<p>3 E.E. A</p>	<p>50 anos. 8ª série [...]interrompi porque naquela época... eu mudei, morava num bairro e mudei lá para Venda Nova e o que, eu tava o que, com 18 anos naquela época e tudo muito difícil Já comecei a fazer a suplência sabe, inclusive com o meu filho. Ele começou e eu falei: ‘então vamos junto’. Mas aí, era... a aula acabava 11:05 da noite e eu tinha que acordar cedo</p>	<p><i>Diabetes</i> - É o excesso de açúcar no sangue e a falta então da insulina que o pâncreas né, deveria de produzir e não produz, aí é onde que agora então eu já to usando a insulina né.</p> <p><i>Origem</i> -Bom, não sei se verdade ou não, se mito ou não nós vamos aprender sobre isso[...] papai é diabético[...] mas eu tenho pra mim que é também da falta de cuidado da gente. [...]teve uns problemas que me deixaram muito</p>	<p>Utilizo o metformim Antigamente né, eu tratei com os comprimidos. Só com comprimido. Daonil, tudo... Mas aí foi indo, foi indo, há uns dois anos atrás, eu acredito, há uns dois anos atrás mudou e eu fiquei só com o metformim e a insulina. Ah, 800.. é 800 ou 850? 800... 850 né? São 3 que eu tomo. 3 comprimidos. De manhã, de tarde e de noite. Todo dia. Tomo de manhã (<i>insulina</i>)faço meu café e aí depois eu aplico né, aplico 30 miligramas .</p>	<p><i>Alteração diabetes</i> – [...] eu não sinto muito nada quando ela ta alta não, mais é quando ta baixa mesmo, que dá a tremedeira, e o suador, eu fico agitada aí eu sei que eu preciso comer alguma coisa.</p> <p><i>Glicemia capilar</i> - É aquela que fura o dedinho... eu acho que é[...]Quando a gente vai fazer o exame e aliás quando vai usar o glicosímetro também né, fura o dedinho e faz o exame.</p> <p>Eu acredito que é confiável sim (<i>glicosímetro</i>)</p>	<p><i>Problemas causados por diabetes</i> – [...] cegueira. Papai ele teve que fazer uma cirurgia [...] Ele deu glaucoma diabético e aí perdeu a visão. Então eu acredito, é a perda da visão. Foi aonde que eu precisei de usar óculos, e ta sempre fazendo fundo de olho.E também a questão dos rins, tem que ter muito cuidado e tal a questão dos rins e também a questão do machucar, né, principalmente com o pé. E a gente, eu faço errado, mas diz que a gente o bom mesmo é andar, calçar calçado aberto, não muito fechado né e tudo, mas a questão é essa, ter cuidado com machucado porque a cicatrização é mais difícil né.</p> <p><i>Cuidados</i> - Quando a gente vai né, na manicure [...] É preferível não tirar tanta cutícula, não mexer tanto, ou tirar e me machucar e depois ficar complicado. [...]só os pés mesmo, porque eu noto que a minha cicatrização é muito boa sabe, apesar de eu ser diabética.Mas, bom, cuidado eu tenho com os olhos Eu to sempre indo, sempre medindo a pressão ocular.</p> <p><i>Orientações profissionais</i> - Bom, recebi sim, recebi assim... aqui no posto médico mesmo né... para falar a verdade eu nunca participei assim de um grupo de diabético .Eu venho na médica, aqui é clínico geral. Também vou no endocrinologista também, né que eu tenho graças a Deus tenho meu plano de saúde. Aí eu vou lá, então ela fala né, o que deve fazer, o que não é</p>	<p>Não, não sei certamente mesmo eu vou precisar de saber sobre isso. Eu tenho na minha mente que light são os alimentos que não contém gordura e nem açúcar, que mais usa as pessoas que tão fazendo emagrecimento. uso assim, o adoçante. Agora o que eu uso diet é coca-cola, o refrigerante.</p>

<p>demais. Eu trabalho fazendo as tarefas da casa , cuido das minhas netinhas a Sofia com 1 ano e 3 meses a Laura, que ta com 3 anos . Então, mora eu, meu marido, o Rafael, que é pai da Sofia, a Débora, que é minha filha caçula e eu posso falar que a Daiane também, a minha nora, mora também, porque ela fica lá direto, né. E a Sofia O Rafael (filhos) ta com 22 e a Débora com 17.</p>	<p>nervosa, muito atribulada e aí ela apareceu.</p> <p>Os cuidados básicos (<i>referidos acima</i>) com a alimentação, com a caminhada, o exercício né, e é isso, a gente tem que ter mais cuidado sim, eu sei que falta, falta muito da minha parte.</p> <p><i>Causas no corpo</i> – [...] as vistas ruins, aquela vista ardendo, dor nas pernas cansaço, e sede. Então eu sinto mais no meu corpo é, quando é a questão da hipoglicemia, a tremedeira né, fico agitada e suador . Ainda</p>	<p>[...] principalmente a insulina. Eu creio pra mim que principalmente o daonil já não tava mais fazendo efeito, que foi o que ela tirou e pôs a insulina né. Então me sinto bem mesmo, não tenho nada que reclamar não.</p> <p><i>( a pergunta seria dificuldade para usar, mas a entrevistadora perguntou para conseguir o medicamento) -</i> No posto médico eles cedem pra gente direitinho Lá uma vez ou outra e nesse um ano se eu posso contar umas duas vezes que não teve a insulina e a minha tava acabando aí eu fui e comprei. E o</p>	<p>Eu não tenho ainda, mas eu creio que se ele ta um aparelho bom e ele ta novinho, e tá... não caiu nem nada, a gente pode confiar, né. [...] eu quase não utilizo. Só mesmo quando eu vinha na médica, que ela pedia. Isso faz tempo.</p> <p><i>Valores</i> - É, os valores, os valores mudaram né. Diz que mudaram de uns tempos pra cá né, mas então, diz que agora é 99, chegando nos 100 assim diz que já tem que ter cuidado. 99, 100, cento e poucos já é diabético. Quando ta em jejum!</p> <p><i>O que é glicemia - Glicemia?</i> Vem de glicose</p>	<p>bom fazer.</p> <p>[...] a dieta, alimentar, procurar as coisas que não contém muita açúcar . Tem açúcar no arroz, tem açúcar no feijão, tem açúcar no macarrão... No café da manhã usar o adoçante .A questão do adoçante é uma questão que me preocupa também porque eu tenho a pressão alta também e eu sei que no adoçante que eu uso tem um pouco de sal ali. E também tomar bastante líquido, tomar muito líquido, pela questão dos rins e andar, caminhada, o exercício físico.</p> <p><i>Cuidado alimentar</i> – [...] se eu tenho ali uma verdura, aí eu faço aquela verdura, como. Por exemplo, de manhã se eu não tenho o queijo, não tenho o iogurte, mas tem o biscoitinho água e sal eu pego, passo um requeijão ali no meio, leite eu não gosto. Eu tenho uma certa aversão a leite. Aí eu tomo com café com adoçante Aí entre o café e o almoço, a hora do almoço, eu como uma fruta ou eu tomo um suco. Não to com vontade de pegar a comida e por no prato e comer. Mais é lambiscando. Eu faço um lanche sabe, faço um lanche e como aquilo, um biscoito, um lanche assim mais reforçadinho e se eu fico até mais tarde acordada, lá pelas 11:30, meia noite aí eu sinto assim que eu to meio assim e coisa e tal e pra não me dar também.</p> <p><i>Diferencia alimentos</i> – [...] como o regime para emagrecer é muito parecido com o regime para o diabético também Ó, então tem arroz, feijão, macarrão e baroinha. O que que a gente vai fazer? Vai comer uma ou outra., diminuir nas massas, né, e mais salada né, mais salada e</p>	
--	---	---	--	---	--



	<p>É uma convivência boa.</p>	<p>junta que eu to na menopausa também, aí dana tudo. as vistas ruins, aquela vista ardendo, dor nas pernas cansaço, e sede Então eu sinto mais no meu corpo é, quando é a questão da hipoglicemia, a tremedeira né, fico agitada e suador Ainda junta que eu to na menopausa também, aí dana tudo Ah ta, então, eu sei muito bem o que é que causa. Inclusive papai é diabético e ele já tá cego de uma vista. Deu glaucoma diabético. Sei também né que</p>	<p>enalapril também, muita das vezes não tem no posto aquele negócio todo, mas aí a gente vai e compra né.</p>	<p>Glicemia é um exame que é feito para saber se eu to com a diabete alta ou baixa né? Acho, penso que é o exame que chama assim o exame que vai fazer para ver como é que ta, né.</p> <p><i>Comer quando está com hipoglicemia funciona.</i></p> <p><i>Hiperglicemia - a alta eu nunca tive assim, eu pelo menos nunca sei de tá.É isso, mas da alta não sinto nada não. Nunca prestei atenção não.</i></p>	<p>carne branca, peixe, frango, um ovo de vez em quando e é isso.</p> <p><i>Situações q abre mão do controle - Na festinha de aniversário é básico né, abro mão assim por tentação mesmo sabe. Então é eu mesma é que tinha que me policiar mais sobre isso.Eu não me policio muito não.</i></p> <p>Então eu vou na festinha no sábado aí durante a semana eu já não como nada doce sabe. Se eu tomo lá um refrigerante que não é o diet eu já durante a semana já evito o máximo</p> <p><i>Bebida e cigarro - Eu não bebo, não fumo há muitos anos.</i></p> <p><i>Atividade física - A caminhada que inclusive uns poucos tempos pra cá eu comecei a fazer sabe. [...]é umas três vezes por semana, pelo menos duas vezes. [...]eu é que faço o meu caminho e eu é que faço o meu tempo também, sabe? Eu é que faço a minha hora, eu vou quando eu posso, eu caminho o quanto que eu acho que é o meu limite né.Então eu ando devagar, não tenho essa de ficar acompanhando ninguém, então, eu que faço o meu limite.</i></p> <p><i>Cuida bem da saúde - Ah, eu não considero não. Podia ser muito melhor, só podia.Na alimentação (precisa melhorar), é a primeira de todas, e também no exercício físico.</i></p>	
--	-------------------------------	---	--	--	--	--

		<p>pode dar então os problemas nos rins né, e que mais? Cegueira, problema nos rins, a falta... a questão da circulação né, sanguínea também. Tem que ter cuidado com os machucados, essas coisas assim.</p> <p><i>Diagnóstico -</i> Há 10 anos</p> <p><i>Pessoas conhecidas com diabetes -</i> O papai [...] a mãe da minha nora.</p> <p><i>Pq tem diabetes -</i> O Eu acho que foi mais um distúrbio de nervoso. [...] psicológico né[...]não foi tanto uma coisa</p>			<p><i>O que poderia melhorar -</i> Eu trabalho em casa né, não tenho nenhuma renda minha se eu tivesse pra mim, uma condição financeira pra eu poder virar e falar assim “olha, eu vou lá e vou comprar o meu doce diet, as comidas, as coisas para eu comer” para mim fazer a minha, só a minha alimentação né, se eu tivesse a minha condição financeira só minha, ia ser assim, metade do caminho andado. Mas a questão é essa sabe, se eu pudesse ter uma condição de eu me manter, com a minha dieta, ia ser muito bom, porque eu ia virar e falar “não, esse aqui é meu, eu que comprei, com o meu dinheirinho”. E também a questão do exercício. Que vontade que eu tenho de fazer uma hidroginástica</p>	
--	--	---	--	--	--	--



		orgânica não.				
4 M.T. C.F	59 anos. Estudou até o terceiro ano. Possui um Buffet . Rendimento base de 3 mil. Casada, mora com marido. Tem dois filhos: homem de 40 e mulher de 35. <i>Relacionament o do pai com os filhos</i> : ele é bom, com o marido é que é muito difícil, por ele ter problema na psiquiatria ele é muito difícil. Às vezes ele é	<i>O que é:</i> o pâncreas, né. Então precisa de um complemento para a insulina e é uma doença muito chata né, muito desagradável, que a gente custa a ter aceitação Eu custei... pela minha profissão [ <i>cozinha</i> ], tem me atrapalhado muito. [...]Então quando passo mal, e às vezes eu tenho pessoas, eu mando experimentar, para ver se ta no ponto o doce.  <i>Origem:</i> junto com uma vida	<i>Medicação:</i> Tomo a metformina de 850, duas vezes ao dia, glimepirida de 2mg, duas vezes ao dia e agora to tomando um outro, mas eu não posso te falar o nome agora que eu me esqueci. [...] mas dificuldade não, muito fácil. <i>(utilização do medicamento)</i>  Se não fosse eles <i>(medicamento)</i> eu acho que já... eu já tinha passado pra outra né.  [...]mas dificuldade não, muito fácil. Se não fosse eles eu acho que já... eu já tinha passado pra	<i>Efeitos quando alterada:</i> muita sudorese, só no busto, no tórax e cabeça. Na hora parecendo que eu lavei a cabeça. A boca fica seca [...] também às vezes sinto dor de cabeça, quando ta muito alta.  E já aconteceu também de tomar medicamento, igual eu tomava primeiro glimepirida e tomava na hora do almoço a metformina. Aí depois do almoço caía e ficava às vezes com 50, 64... aí vinha também aquela sudorese,	<i>Principais problemas:</i> [...]os problemas você olha aqui, se traz cegueira, é horrível. Se pode amputar um membro, é horrível, e os rins então? Que hemodiálise é muito triste. Então eu acho que, não sei escolher qual que é o pior, porque hemodiálise é um sofrimento, é uma morte já, a cegueira, deve ser outra.[...] às vezes pode causar depressão [...] aí fica cheia de problema.  <i>Cuidado com parte do corpo:</i> [...] a barriga. Porque toda gordura vai pra ela feito uma montanha de banha. Não to te falando que não ta com cuidado nenhum? Agora que eu to sendo obrigada, então eu to com a nutricionista. Não uso sapatos apertados, cutícula, tenho sempre cuidado.Lavar o pé, secar bem sequinho.  <i>Pq tem esses cuidados:</i> Tenho porque eu já vi pessoas, já até cuidei de uma minha vizinha que perdeu, praticamente a visão, ficou assim, com esse pé desse jeito que eu ajudei muito.  <i>Recebeu orientações</i> : Olha, eu já recebi alguma assim, de médicos, né, algumas boas orientações. Se não segui, foi por teimosia minha <i>Tipos de recomendação:</i> [...]Alimentação. Ter hora de descanso, dormir, e cuidar do cuidado da alimentação em si.	Diferença é que o light ele não é diet. O light ele tem açúcar, ele tem menos calorias, mas ele tem açúcar, tem outros componentes que faz mal e o diet falam que pode comer, pelo menos o que ta no rótulo, se a gente acreditar. Mas eu tem horas que eu não acredito muito não.  <i>Exemplo pq não acredita:</i> refrigerante. Nossa, ele é muito doce. Ele não poderia ter aquilo tudo de doce. Eu acho que alguma coisa errada deve existir. Então eu não tomo E o light pra gente não resolve nada não.

<p>agressivo, se a gente vai conversar. E aí foi pro psicólogo, foi pro psiquiatra, foi... passou em neurologista, pegou e começou a ter muita dor de cabeça, mas é psiquiatria mesmo o problema. É um pouco difícil.</p>	<p>assim mais agitada, dormindo pouco, alimentando às vezes[...] uma má alimentação. [...]por serviço, eu deixei de alimentar na hora certa, por trabalhar por conta própria.</p> <p><i>Problemas q causa no corpo:</i> Olha, causa muita coisa. Se não tratar, se não cuidar, são muitas coisas indesejáveis que acontecem. [...] amputar, pode trazer cegueira né, amputar qualquer membro, cegueira, é, essa sudorese, que quando ela altera incomoda, é horrível</p>	<p>outra né.</p> <p><i>Efeito ruim:</i> Não a metformina em si. A insulina às vezes pode ter um resultado não sei, mas isso não. O medo maior é pelo problema renal que pode ter né, então a gente fica sempre com medo, mas ainda faz coisa errada né.</p>	<p>vinha aquela tremura, aquele desânimo, aquele mal estar, aquilo... Então eu conheço quando altera e quando cai.</p> <p>Todas as vezes que eu meço em casa, subiu, eu vou no hospital. Porque aí eu já sei, não vai adiantar nada tomar o remédio fora de hora ou fazer dieta</p> <p><i>Glicemia Capilar:</i> Já (<i>ouviu falar</i>) [...]é a que faz a queda do cabelo não é? [...] a cabeça fica sempre molhada, suando, e o cabelo cai. Pelo que eu entendo é isso.</p> <p><i>Aparelho:</i> Tenho, manituxe. Olha eu uso, se eu</p>	<p><i>Cuidados com a alimentação:</i> [...] eu sou muito cuidadosa, assim, por mexer na cozinha, eu tenho um cuidado muito grande com cada tipo de alimento que eu to fazendo. Eu não misturo eu sei preparar direito, eu sei separar o cru do cozido que não pode, não mistura. E da diabete também, eu sei que eu faço muita coisa diet.</p> <p><i>O cuidar da alimentação :</i> Ter ali a alimentação certa, na hora certa. Então acho que a gente conscientizando que a gente tem que cuidar, não pode, a gente despreza o açúcar e vai aprender, né. E a massa também, não é necessário viver só disso né. A gente pode comer outras coisas. Tem tanta coisa que se pode comer e saber disso a vida inteira eu sei.</p> <p><i>Evita situações/abre mão:</i> Pra mim agora, depois desse período de maio para cá, não abri mão de jeito nenhum. Por nada. To assim dentro da dieta, que de tão dentro, nó, já to sonhando, já falto preparar até pro dia de amanhã com medo de se eu tiver algum trabalho não puder deixar pronto.</p> <p>Não, eu faço, eu já não tenho mais gula por isso (<i>comer em festas</i>). Às vezes alguma coisa assim, quando às vezes eu, ainda costume comer é o espetinho de frango. Mas ele é de frango e eu desprezo o bacon[...] mas depois da dieta agora, dessa dieta rígida não, não quero saber de guludices não.</p> <p>Qdo comete excessos: [...] a sudorese vem, a boca fica</p>	<p>Eu acho que nem pra quem quer manter um corpinho o light não resolve.</p> <p>Eu uso farinha integral, eu faço pães, eu faço biscoitos, eu faço doces... diet. Então você pode fazer doce que dá certinho e bolo dá certinho. E uso gelatina, uso muito ricota, também faço chantily com a ricota bem fresquinha.</p> <p>[...]eu olho primeiro eu olho no rótulo Se tá escrito açúcar, ou se tem assim muito carboidrato, muito, tem também alguma coisa faz mal também tanto pra pressão quanto para diabete é... sódio, igual o Finn. O Finn ele é adoçante, mas ele é o que, ele não é</p>
---	--	---	---	--	---

		<p>cuidado que se machuca não cicatriza rápido.</p> <p>Tem 10 anos que começou. (<i>diabetes</i>)  Descobri foi fazendo exame de sangue mesmo por causa de hipertensão. A primeira vez deu 122. E daí chegou a cair, ficar 116, depois aí foi aumentando, aí eu fui engordando.</p> <p>[...]conheço, muitos amigos, alguns que tomam insulina, outros que ainda só ta com medicamento. Conheço bastante pessoas. (<i>com diabetes</i>)</p> <p>Não sei porque (<i>tem diabete</i>)</p>		<p>ficar preocupada se está alta, eu uso de manhã em jejum, uso antes do almoço, ou depois do almoço  Confio porque da certo com o de outras pessoas.</p> <p><i>Taxas:</i>  [...]preocupo com todos, porque eu gosto bem que fica bem no 100. Se pudesse 90 seria melhor ainda.</p> <p>Em jejum seria o correto dar isso né?  Agora depois que come pode ir até, eu acredito que até uns 120, deve ser considerado normal.</p> <p><i>Durante glicose baixa:</i> É que seja (<i>comer</i>) um biscoitinho cream cracker, uma</p>	<p>seca mesmo, não tem jeito. Você sabe que fez errado. A gente aprende logo. Se não aprende é por burrice mesmo, mas aprender aprende.</p> <p><i>Não bebe e não fuma.</i></p> <p><i>Atividade física:</i> Que precisava e eu não pratico devido a esse problema da hérnia de disco. Que eu comecei com artrose no joelho. Aí fiquei um bom período sem conseguir andar. Aí parei de caminhar, eu fazia, eu fazia caminhada. Eu tinha esteira, eu fazia caminhada, parou tudo, porque não tem jeito.</p> <p>Agora eu to cuidado, agora. Mas não cuido, porque não dei valor. [...] (<i>tem</i>) hipertensão.  Quando acontece dela estar mais baixa, igual agora ela ta ficando mais baixa esses dias que eu to de repouso, que eu to só deitada, não to fazendo nada  Ah, constante, quando eu faço essas coisas erradas eu sei que ta errado, que eu não deveria. Que eu to pensando seriamente em parar até com a profissão e começar a fazer diet.</p> <p>Existe, existe coisas que eu queria, que eu queria fazer e não faço. Igual a ginástica, a caminhada que eu adoro fazer e não to agüentando, porque nesses 3 anos, eu fiquei 3 anos tomando remédio todo dia pra dor. Então eu não tenho esse problema de ficar assim tudo culpando que é ela (diabete). A culpada não é ela, que a boca aqui é danada.</p> <p><i>Auxilio- cuidado:</i> Olha eu acredito que ajuda sempre é</p>	<p>tão bom igual a stévia, igual esse línea.</p>
--	--	---	--	---	--	--

		adquiri depois de velha. Acho que foi juntando a gordura, as comidas erradas, não fazer, não dedicar a um esporte. E a alimentação também inadequada .		pontinha de pão, Eu já tive dia de, de colocar bala na boca, porque eu tremia, e a roupa molhou.	boa. Só que agora eu cheguei a conclusão e falei com o marido, que é o mais difícil e falei com ele, falei, olha, agora cada um vai ter que cuidar da sua vida, porque eu vou parar de trabalhar e as contas da casa[...].Então eu achei que eu vou parar e dispensei todas as encomendas que eu tinha, liguei para cada cliente [...]. Eu falei, olha vou dar um tempo até dezembro. Não sei se eu volto a trabalhar. Se eu voltar, eu to com vontade de voltar com diet. Isso eu tenho certeza que nunca mais a glicose vai aumentar  <i>Quem pode ajudar:</i> [...] que poderia me ajudar o que, é seguir o médico, e numa psicóloga? Não sei, se eu preciso não. O que eu achei assim, levei fê, porque eu nunca tinha tratado com nutricionista nenhuma, gostei, vim com a minha tabelinha pra casa, tranqüila[...].Mas é isso, se vocês acharem que há necessidade de psicóloga tudo bem, mas eu... Eu acho que com essa nutricionista, com ajuda assim, que, orientação da alimentação que ela me deu, e como eu to seguindo, só deu ter obtido a melhora que eu já obtive.	
5 I.B. R.	59anos <i>Estudou:</i> Só até o quarto	<i>O que é:</i> A doença que eu sei é açúcar no	<i>Medicação:</i> Não. O médico não passou pra mim. Ele falou	Diabetes alta: Nenhum. Eu sei porque se eu	<i>Principais problemas:</i> Não, de ruim eu sei, assim, porque o meu sogro, o meu genro, casado com minha filha, ele, o pai dele morreu de diabetes, então ele já	Sei... É porque o alimento light ele é bom é pra... Pra

<p>ano primário. Ah, não quis estudar mais. Eu quis trabalhar e comecei a trabalhar. Não, eu trabalho em casa agora. Já trabalhei. Em casa de família, só essas coisas mesmo. 35 anos de casada. <i>Filhos:</i> Uma tem 34, a outra tem 31 e a outra tem 29 e o outro tem 28. Atualmente ta morando eu e meu marido <i>Relacionament o familiar:</i> Ah, são ótimos, ótimos mesmo. Meus filhos muito</p>	<p>sangue né, o pâncreas não produz a insulina, e dá a diabete.[...] é porque o pâncreas não produz a insulina e a pessoa também ela não sabendo se alimentar né, comer açúcar, muito carboidrato, aí dá a diabete.</p> <p><i>Causas no corpo:</i> [...] eu tenho um sobrinho. Ele agora ta ficando com os pés rachados, feridos, só fica enfaixado, eu não sei muita coisa não, porque eu ainda não tenho a diabetes [...] mas a glicose ta alta, um pouco alta, aí... e eu fico com medo, porque eu já</p>	<p>assim que ele não ia passar, que ia fazer o controle da boca e ia ver.</p>	<p>comer alguma coisa eu sei que vai aumentar, né, mas não sinto nada. A pressão também, eu tenho problema de pressão [...]. Eu sinto da pressão eu sinto que eu fico nervosa, se eu deitar desse lado eu sinto o coração bater, fico cansada, mas da glicose eu não sinto nada. Eu só sei que pode ta alta porque às vezes eu comi alguma coisa e ela, e tudo, né, assim, arroz, feijão, ver, legume, alguma coisa vira carboidrato, então eu sei que vai aumentar a glicose, mas sentir não. Não sinto nada.</p> <p><i>Glicose baixa:</i> Também não. Um dia eu medi no posto, ela mediu a,</p>	<p>tinha amputado uma perna, não pode machucar né, porque custa a cicatrizar, tem hora que nem cicatriza. E eu tenho impressão também que a diabetes muito alta é capaz de ficar até cego né?</p> <p><i>Cuidados:</i> Não, eu lavo (pés) direitinho, tenho o aparelho lá, um que usa no salão, que roda, e que faz, ah, vai tirando, pondo assim. Aí de vez em quando meu marido vai e passa pra mim, que eu mesmo não consigo. Ta até precisando de lixar ele, lixar o pé, mas tem que ser sábado e sábado e domingo eu saí, aí não deu pra lixa. E aí tem que ter né, assim, qual a mais, assim, tomar o banho, lavar o pé, mais o que, que tem que ter?</p> <p><i>Orientação para impedir a glicose de subir:</i> Só mesmo essa de falar de, do alimento, mais nada.</p> <p><i>Orientação alimentar:</i> No alimentar... ah, não comer muito açúcar, não comer muito, muita massa, não comer muito legume, né, batata, essas coisas que faz ela subir... Só isso.</p> <p><i>O que faz quando come algo q não devia/excesso:</i> Eu tomo o chá. Eu posso ta até errada às vezes de tomar o chá, mas, eu pensei, remédio também é tirado das, das mesmas folhas, né, aí eu to tomando. E a minha irmã toma e a mais velha fala que é bom, ainda fala não pode tomar demais.</p> <p><i>Bebida/fumar:</i> Já bebi, mas agora eu não bebo não. Sou até evangélica agora. Então eu não vou beber não é</p>	<p>emagrecer. Pra pessoa fazer um controle, né, pra poder emagrecer. E o diet é que não contém açúcar mesmo, só açúcar mesmo, igual leite, ele só contém açúcar mesmo da sacarose né, só isso que eu sei.</p> <p>[...]Adoçante [...] meu marido levanta cedo e ele é que faz o café. Ele não faz café doce demais que ele não gosta. Mas ele faz, aí pra mim não ter que ir pra cozinha fazer outro café, que eu só tomo de manhã, nem a tarde eu tomo café, aí eu tomo meia xicrinha do dele, que ele faz, eu tomo só pra não, não ter que tornar a fazer outro. [...]suco, assim eu gosto é com adoçante.</p>
--	--	---	---	---	---

	bons.	<p>tenho problema de varizes, aí se for ter diabetes também, né...</p> <p><i>Descobriu a doença:</i> [...] deve ter um, mais ou menos um ano.</p> <p><i>Pessoas conhecidas com a doença:</i> Não, na família não, só mesmo esse meu cunhado e essa minha nora agora. Amigos tem bastantes.</p> <p><i>Pq acha q tem diabete:</i> Bom, eu penso que é porque o meu pâncreas, pâncreas não produz a insulina suficiente e outra por causa do regime mesmo. Porque eu gosto, gostava gosto</p>		<p>na, na, mediu 126. aí eu falei “ai meu Deus”. Aí eu fui e cheguei em casa, fiz o chá tomei, no outro dia eu fiz caminhada, aí eu voltei no posto,” vou olhar, tava muito alta, eu quero que mede hoje”. A moça nem queria, por causa da fitinha, que é cara, falei “não, mas o médico falou que era pra medir, porque eu também, eu tenho... é um negócio no olho que eu esqueci, glaucoma!” então e o glaucoma não pode diabete com, glaucoma né. [...] aí eu fui fazer a caminhada e fui no posto de tarde, ela mediu 86. Aí eu penso assim, pode ser, é, pode não, é da</p>	<p>porque eu não posso, é porque Deus não vai agradar. Mas eu não bebo porque, vai me trazer algum benefício? Não. Então eu não bebo. Não bebo, nunca fumei.</p> <p><i>Atividade física:</i> To fazendo só a caminhada. Todo dia. Olha, eu saio de casa 5:30, e chegou 15 pras 7 em casa. Dou duas voltas e dá pra ficar cansada, porque lá é longe, né? Assim, a, anda bastante.</p> <p><i>Percepção sobre sua forma de cuidar da saúde:</i> Ah, eu acho que eu cuido bem assim, da pressão, da glicose eu ainda não to cuidado bem igual eu deveria cuidar não. Porque se eu, se, pra cuidar bem eu tinha que ta seguindo o regime do doutor Amir e eu não consegui esse regime não. E uma coisa também, porque to, eu não sei se, eu tomo muito leite! Agora eu não sei também se o leite faz mal né, porque ele... eu acho que eu tinha que cuidar mais assim.</p> <p><i>Acha q precisa de ajuda:</i> Acho que eu precisaria, mas, você fala sobre conversa e tudo...? Porque eu posso, eu como fruta, eu como maçã, uva que eu gosto muito, mas diminuí, que a uva é muito doce e eu vi no Globo Repórter que a uva faz mal pra glicose, que ela é doce demais. Igual por exemplo, eu já fui ontem, almocei, não almocei demais, mas já comi de tudo um pouquinho... A gente fica com aquela consciência pesada. Minha menina fala assim “mamãe, a senhora ta tão magra!” A senhora ta comendo direitinho?” Eu falo “To! To comendo direitinho.” Mas às vezes é até da gente comer uma coisa e ficar naquela consciência assim, prejudica a gente.</p>	
--	-------	--	--	---	---	--



		<p>ainda, gosto muito de sorvete, de vitamina. Mas que eu gosto muito de um caldo de mandioca, né, então tudo isso faz mal. Eu já dei uma anemia uma vez, quando eu ganhei minha filha, eu dei uma anemia profunda.</p>		<p>caminhada e também do chá (<i>folha de jabuticaba</i>), que o chá é bom</p> <p><i>Aparelho para medir:</i> [...] o aparelho, mas não é meu não. É da.. é porque é assim, a minha nora, ela comprou um. Aí depois ela começou o tratamento na Santa Casa, eles deram outro, de vez em quando a fitinha, mas eu acho muito caro.</p> <p>[...]eu tem mais ou menos um mês que eu não to medindo em casa, porque eu fui medindo, a fitinha acabou e eu não comprei outra.</p> <p><i>Como mede:</i> [...]eu lavo a mão bem lavada, depois</p>	<p><i>Quem poderia ajudar:</i> Tem a nutricionista né, que... Que faz um balanço, uma coisa pra gente alimentar, uma dieta, né?</p>	
--	--	---	--	---	---	--

				<p>aperto assim o dedo, pego a fitinha, coloco, aí já aparece, aí eu pego com o aparelho e furo, coloco lá, aí aparece, 102... 94... E por aí vai. já medi todos os horários. O dia que eu medi no posto que o doutor Amir falou “sua glicose ta alta”. Aí passou aquele regime pra mim mesmo. Só que eu não consegui ficar no regime que ele passou não.</p> <p>Glicemia Capilar: Então, já. No posto é o que eles medem. No dedo, que fura no dedo. [...] glicemia é... Eu sei que o glicemia de jejum que fala, é aquele exame que faz de sangue, que o médico pede. Isso</p>		
--	--	--	--	--	--	--



				eu sei assim, não sei se eu estou certa, mas eu acho que é isso mesmo.		
6 J.F. M.	60 anos – <i>Estudou :</i> Até o quarto ano de grupo. <i>Parou pq:</i> Porque a gente não tinha condições, né tirou a quarta série tava bom, a gente já ia era trabalhar. <i>Vontade de voltar:</i> Eu até tinha vontade, mas, agora eu não tenho mais não.  E eu to trabalhando com um senhor do lado da minha casa, eu ajudo ela,	<i>O que é:</i> Uai, diabetes pra mim é uma doença que... como se diz, dizem que é do pâncreas, né, que não produz a insulina de acordo e a gente tem que... É isso que eu sei. A gente num... Tem que comer de três em três horas, não comer muito, comer pouco pro o pâncreas produzir a insulina pra poder a gente, né, e assim eu to fazendo.  <i>De onde vem:</i> Ah, não sei.	Eu tomo pra colesterol. <i>Para D:</i> Não.	<i>Sintomas quando D sobe:</i> Eu, eu vejo que ela sobe, que já ta querendo passar ali, né, do coisa, a minha boca seca. E quando eu estou ansiosa. Eu acho que o emocional mexe também com a, com a diabete.  <i>O que faz:</i> Tomo água Dá vontade, a gente tem mais vontade de tomar água. Aí, aí quando você parece que esquece dos problemas, ou passa, aí volta ao normal.  <i>Não sabe o que é glicemia capilar</i>	<i>Principais problemas:</i> O desconforto que a gente não pode comer, alimentar. As massas, que a gente também não pode abusar que vira açúcar, então é um desconforto. E as coisas que vem né, também a gente, tem, quem tem diabetes não pode machucar o pé, né, que o pé que diz que é o mais atingido, eu não sei. Vejo o povo falar, que o pé é um desconforto que não é bom. Doença nenhuma é boa né.  <i>Cuidados partes do corpo:</i> [...] eu tomo, porque eu já tenho problema que eu já sou alérgica a poeira, assim, num, evitar de machucar né pra... os pés Eu já não posso mesmo porque meu pé racha. Então eu já tenho esse problema nos pés, até minha mão fica... A minha pele é seca, então eu tenho mais cuidado com os pés, então depois disso, eu já não fico já deixando os pés pisar na terra, ficar com, molhado, né, direto na terra, eu já não fico. Eu até posso molhar o pé, mas eu to sempre com um sapatinho de plástico, mexendo com roupa, eu, eu já to tendo esse cuidado. Mais com os pés.  <i>Recebeu orientação:</i> Me orienta assim ( <i>endócrino particular</i> ), nos alimentos mesmo porque eu também já tomo, já tenho problema de colesterol né, então eu já tenho que ta sempre evitando certos, certos alimentos	O light, o light, como se diz, é leve, é pra você ficar mais leve. E o dietético é pra, pro açúcar, pra diminuir, que é o ado... Que é o doce. Então esse que é, que é o coisa mais natural, o das frutas, assim nós aprendemos aqui.  Eu quase não uso o adoçante. Eu uso adoçante que meu filho também usa. Eu usava o Zero Cal. Pra mim fazer um suco, tomar um limão com, até puro na água eu tomo. Eu gosto do doce. Agora eu já não to assim mais. Eu não posso, não tenho

<p>porque ele não anda, aí eu ajudo ela a colocar ele na cadeira, da cama pra cadeira, da cadeira pro sofá, do sofá de novo, faz o mesmo trajeto na cama, dá remédio</p> <p>Sou casada. 36 anos.3 filhos. A mais velha tem 35, a, a segunda tem 32 e o caçula tem 29. Eu moro com meu marido, minha filha mais velha e o caçula.</p> <p><i>Relacionament o familiar:</i> Ah, é bem. Normal. É</p>	<p><i>Causa no corpo:</i> Olha, diz que ataca as vistas, é, que mais...? Falam que ataca os rins... Mais eu não sei To aprendendo ainda.</p> <p><i>Quanto tempo sabe da doença:</i> Que eu to assim né, perigando a, a, a, a ter que tomar remédio, isso já tem, quer ver? Uns dois anos... uns dois anos, é, por aí... Uns dois anos.</p> <p><i>Conhecidos com diabetes:</i> Eu tenho uma amiga que tem. A minha mãe também agora depois na idade a gente vai ficando mais de idade, ela também</p>		<p><i>Não tem aparelho em casa e nunca usou.</i></p> <p><i>Confia no aparelho:</i> Eu não sei... Eu não posso falar porque eu não sei se, se é... É igual um aparelho de pressão. Às vezes ele pode dar uma alteração, né, eu não sei se o do, de medir glicose também é igual né?</p> <p><i>Taxa normal:</i> O normal eles falam que é 98, né, abaixo de 90 né? E passando de 90 já ta alterada. Eu acho que é, que assim a minha médica fala. E a minha vai 106. Depois do almoço, 126 e de manhã deu 106</p> <p><i>Taxa alta:</i> É...</p>	<p>abusivo, né, abusar dos alimentos. Mas eu não, mas eu não como igual eu comia depois que eu fiquei sabendo né. Eu procuro a diminuir. Não é dizer que eu não faço, que eu não como não, eu como, mas eu procuro a diminuir na quantidade. E no doce a gente vai né, igual nós aprendemos aqui, no adoçante, né? Café eu não tomo café com adoçante de jeito nenhum. Evitando mais o açúcar, porque nada, nada todo dia eu to ingerindo o açúcar, porque tomo o café. Mas o, o café com adoçante, ele não pega doce. Ele não adoça.</p> <p><i>Cuidados com alimentação:</i> [...]eu procuro alimentar, o meu alimentar mais, comer mais verdura, legumes, nem todos os legumes também a gente pode abusar, a batata, essas coisas a gente não pode. Mas eu procuro comer muita salada. E eu gosto, de folhas. Então eu procuro. Eu como muito almeirão, alface, eu gosto muito de maçã. Eu como muita maçã. [...]a gente já não pode ir pelo preço nas coisas, a gente tem que ser, ir nas coisas dietéticas e elas são mais caras mesmo.</p> <p><i>Festas:</i> [...] vai num casamento, tudo, a gente fica “ah, tem que comer uns docinhos, salgado”, a gente abre mão e come. A gente vai numa festa a gente tem que, como se diz, ver e comer pouco. Eu pelo menos, eu falo mesmo, eu como! Eu falo com a minha médica, eu como uai, eu vou numa festa e não vou comer nada? Vou ficar só olhando?</p> <p><i>O que faz para contrabalancear:</i> Ah, continua, ah, no outro dia eu vou alimentar no meu, no meu ritmozinho, com as minhas... Com minha, minha né, o que tenho,</p>	<p>o outro, então eu não vou comer. To fazendo assim. To pedindo a Deus que me ajude. É, porque a gente tem que aprender, é isso que eu falo, eu tenho que aprender. A gente aprendendo, a gente vai saber como lidar com a doença, né?</p> <p><i>Diferencia alimentos / o que presta atenção na hora de comprar:</i> Igual a farinha de trigo... Eu faço bolo lá em casa, igual a minha médica falou comigo, “principalmente os bolos já preparados, evite de comer.”. Comia muito bolo. Fazia e comia era muito! Agora eu já não como.[...]Mas nas coisas dietéticas assim eu num, num tenho, lá em casa eu não tenho aquele</p>
---	--	--	---	---	--

	<p>bem!</p>	<p>é na risca, mas também não toma remédio. Faz o controle direitinho.</p> <p><i>Pq acha q tem D:</i> Ah, não sei... Pode ser a idade, pode ser má ali... Num, num, num seja uma alimentação adequada, não sei!</p>		<p>acima dos, dos 98, de 90, de 100, né? Que 100 já é, já é. De 130, pra cima, não sei. 150, 140. Eu acho que já é alta demais. De manhã (<i>medido neste horário</i>)</p> <p>Glicemia não é o açúcar no sangue? Não sei...Não sei. Eu pra mim é isso.</p>	<p>com as minhas verduras, com meus legumes, com minha, né, diminuindo o arroz, o macarrão. Agora o dia que eu to muito ansiosa... Tem dia que eu, eu saio sabe, aí... Eu, eu perco o controle um pouco. Mas isso é o dia que eu to muito ansiosa, que tem alguma coisa, às vezes uma coisa que te, que te amola muito, que a gente quando tem família, você já viu né, sempre tem mesmo. E eu tomo também o remédio pro colesterol ne, que eu já tenho o colesterol também, que já... Ajuda né Não pode com gordura, muita gordura.</p> <p><i>Bebida alcoólica:</i> Não, eu não sou muito não. Às vezes, igual, se eu for, às vezes eu vou numa, tem uma cervejinha assim. Mas é pouca, porque quem é diabético também não pode com o álcool. Não pode beber.</p> <p><i>Nunca fumou.</i></p> <p><i>Atividade física:</i> Eu faço caminhada. [...]3 vezes, 4 vezes por semana...[...] uma hora, 40 minutos. Eu caminho aqui no bairro mesmo. Eu vou é cedo.</p> <p><i>Cuida bem da saúde:</i> Ah, mais ou menos Ah, não sei, sei lá... A gente faz o na medida do possível né</p> <p><i>O que pode melhorar:</i> Sei não. Sei não. <i>Parar de fazer:</i> Comer muito pão</p> <p><i>O que gostaria de fazer para melhorar:</i> Ah, eu se eu pudesse eu queria fazer mais atividade física. Igual uma hidroginástica. Mas por enquanto ainda não ta dando</p>	<p>tanto de coisa dietética assim não, porque a minha glicose é... Não é alta! Então eu. Igual a minha médica falou “a senhora tem que ir diminuindo pra ela não subir”.</p>
--	-------------	---	--	--	--	--

					<p>jeito não, porque o tempo, o jeito pra gente poder sair.</p> <p><i>Alguém para ajudar:</i> Ah, não sei não.</p>	
7 J.A. B.S.	<p>41 anos. Segundo grau. [...] parei no primeiro ano aí fiquei três anos sem estudar, depois eu fui e completei o segundo e o terceiro. Eu tenho, mas eu queria fazer um outro curso na minha área onde que eu queria fazer um curso de podologia. Eu sou manicure e tenho um salão.</p>	<p><i>O que é:</i> Então eu acho assim, que é uma coisa ruim, né, chata, que você não pode fazer certas coisas que antes eu podia fazer, no caso da alimentação né. Tomar remédio... Então assim, eu não acho uma coisa boa não</p> <p><i>Origem:</i> Olha, eu acho que no meu caso, uma por causa de... de alimentação mesmo, porque eu não tenho uma alimentação adequada, eu</p>	<p>[...]metmorfina de 850.</p> <p>Olha, a princípio quando nos primeiros meses eu tive um pouco de rejeição em tomar o remédio. Ah que eu não queria tomar, que eu não queria aceitar que eu estava né, com diabete, e... mas eu utilizo ele um de manhã, logo depois do café da manhã aí eu tomo um comprimido. Mas eu acho muito ruim, acho o comprimido muito grande. Então assim no começo</p>	<p><i>Alteração:</i> Eu, depois dessas conversas que ta vindo aqui, que eu já tive algumas, né. Então assim, eu passei a descobrir algumas coisas que eu achava que não era muito da diabetes mais acho que é. Eu tenho muito, muito suor, aí eu acho que ela ta alterada. Eu costumo às vezes é, debaixo dos seios ficar bem vermelho, tem vez que chega até a ferir[...]. E às vezes quando eu acho, eu to com dor de cabeça eu acho que</p>	<p><i>Principais problemas:</i> Eu acho falta de circulação, problemas renais [...]as vezes um pequeno corte pode causar uma amputação, né, do membro.</p> <p>Cuidados partes do corpo: [...]como eu tenho esse suor às vezes, então eu me cuido assim, debaixo dos seios, me procuro assim secar bem essa parte, na virilha também costuma às vezes dá isso também, então eu procuro secar bem. Os meus pés também, pelo fato de ser manicure, eu procuro assim observar entre os dedos e outros, para ver se não tem, se não tem problema nenhum, se não dá nenhuma micose, então eu fico preocupada com essas partes.</p> <p><i>Recebeu orientações:</i> Quando eu, eu fiquei né, sabendo da diabete a médica me explicou algumas coisas. No caso da médica, que ela cortou o sal, que eu deveria, ó, sal, açúcar. Açúcar, que eu deveria cortar o açúcar, é... me preocupar em alimentos mais saudáveis, que tivesse menos, menos calorias, né, menos açúcar, com alimentos mais diets, né, e me explicou qual a diferença de diet pra light e também me recomendou que eu fizesse exercícios físicos, que isso aí ajudaria.</p>	<p>Que o light, ele tem açúcar. Ele é mais para quem ta querendo perder peso. E o diet ele não tem açúcar, então é indicado especificamente pras pessoas que tem problema de, de diabete.</p> <p>Utilizo. É... biscoito, torrada, é... refrigerantes, até doce mesmo, eu costumo as vezes comprar alguma barrinha de doce que é diet. Então é só esses, assim que eu utilizo. Não são muitos. Uma que eu acho que eles são um</p>

<p>Ah, uns 3 salários e meio mais ou menos, em média. Meu marido e um filho que tem 13 anos.</p> <p>É... é bom, é um relacionament o muito bom. Agora é um relacionament o bom. Eu já tive problemas assim, no meu casamento, que eu já tive separada durante uns dois anos e meio, separei mesmo. Fui no cartório... e tudo. Mas aí depois desses dois anos e meio eu resolvi voltar e agora a gente</p>	<p>num... eu como a hora que dá, até mesmo por causa do salário. E eu acho também que a minha é um pouco emocional.</p> <p><i>Causa no corpo:</i> [...]engordar muito. E também pode, algumas pessoas podem perder a visão, ou se tiver um corte, alguma coisa, aquilo ter uma má circulação e aquilo não cicatriza.</p> <p><i>Descoberta da doença:</i> Há um ano e meio.</p> <p><i>Como:</i> Fui fazer um exame de rotina porque eu estava sentindo muita dor de cabeça e eu não sabia da onde que</p>	<p>eu me estranhei com o remédio. Agora eu já, já acostumei.</p> <p><i>Dificuldade para encontrar remédio:</i> Não, porque todas às vezes eu pego no posto de saúde e nunca tive problema não.</p> <p>Olha, eu acho que sim, que ele (<i>remédio</i>) funciona sim, porque depois que eu comecei a tomar ela começou a abaixar.</p> <p>Problemas: Olha, eu acho que sim, que ele funciona sim, porque depois que eu comecei a tomar ela começou a abaixar.[...] no princípio eu, eu, eu tava achando que ele tava me dando um pouco de</p>	<p>ela ta alterada, eu não sei se tem uma relação, mas aí eu acho que ela ta alterada.</p> <p><i>O que faz quando está alterada:</i> Eu diminuo a alimentação, porque eu ainda não consegui parar totalmente de comer açúcar. [...]quando eu vejo que, que, que eu acho que ela ta alterada, aí eu corto todo.</p> <p>Eu controlo, mas eu acho que eu não controlo da maneira que deveria.</p> <p>Eu não sei quando ela ta baixa.</p> <p><i>Aparelho em casa:</i> Não tenho. Confio ( <i>no aparelho</i>)</p>	<p><i>Como diferencia alimentos:</i> Quando eu tenho tempo eu costumo até dar uma lida é... Nos rótulos né, pra ver o que que tem de teor de... de açúcar, e tudo, quando eu tenho tempo. Isso não é sempre, porque às vezes você chega num lugar, como é que você vai olhar isso. Mas eu sei que todos os alimentos, eu sei que arroz tem, farinha tem, essas coisas tem. Então assim, quando eu posso diminuir isso, eu diminuo.</p> <p>Às vezes ( <i>abre mão em festas</i>)</p> <p><i>Estratégia:</i> Eu como, mas não como desregrado. Como pouco, porque às vezes você ta numa festa e não comer nenhum docinho, nem um pedacinho de bolo? Então aí eu como. Aí nos próximos dias eu procuro não comer mais nada de açúcar, que contém açúcar.</p> <p>Não bebe, nem fuma e também não faz atividade física.</p> <p>Eu acho mais a falta de coragem ( <i>de praticar exercícios</i>) sabe, de me esforçar mesmo. [...]quando eu penso em fazer alguma atividade física, eu fico com vontade de fazer hidroginástica.</p> <p><i>Cuida bem da saúde:</i> Não, porque se eu cuidasse bem da minha saúde, eu iria fazer uma atividade física né, eu iria não comer de jeito nenhum alimentos que contenham açúcar, que eu não posso. Então eu não cuido direito né. Eu não tenho horário certo de alimentar, até mesmo assim, pelo fato do trabalho</p>	<p>pouco mais caros.</p> <p>Utilizo adoçante.</p>
---	--	--	---	--	---



	<p>ta tranquilo. Isso aí já tem uns quase 5 anos</p>	<p>vinha essa dor de cabeça. Aí no exame de sangue viu que a... que tava alterado minha glicose.</p> <p><i>Pessoas com D:</i> Na família não. Amigos.</p> <p><i>Pq acha q tem D:</i> Eu acho que foi uma alimentação desregrada, e não tava cuidado muito bem da minha saúde, às vezes cuidava mais das outras pessoas.</p>	<p>diarréia no começo, nas primeiras semanas que eu tava tomando aí eu resolvi, eu por minha conta, mudar o horário de tomar ele. Estava tomando ele a noite, porque eu achava que de dia ele tava me dando dor de cabeça de dia. Então assim “vou passar a tomar a noite, porque eu vou ta dormindo, se a cabeça doer eu vou ta dormindo”. E... só que aí o que tava acontecendo. Eu continuava tendo dor de cabeça mesmo. Aí eu conversei com a médica, ela falou assim “não, você tem que tomar ele de manhã, não adianta nada você tomar ele a noite porque você não</p>	<p><i>Não sabe o que é glicemia capilar. Não sabe o que é glicemia.</i></p> <p><i>Preocupa com valores:</i> Antes, quando eu fazia, quando o resultado já dava acima de, de 140 assim, eu já ficava meio assustada. Aí teve uma vez que eu medi a minha deu 199, aí eu desesperei. Eu não estava de jejum, eu tinha alimentado. Então aí eles lá foram me explicar que como eu tinha alimentado, ela ia dar uma alterada mesmo, ia dar um pouco mais alta, entendeu? Então eu acho assim, se eu tiver em jejum, ela tiver acima de 150, aí eu tenho que me</p>	<p><i>O que deveria fazer para melhorar:</i> Fazer atividade física, que eu não faço, que eu deveria fazer, não comer alimentos que contenham o açúcar, ter um horário certo de alimentar todos os dias, comer mais frutas...</p> <p><i>Auxilio/ ajuda:</i> Com certeza. Minha mesmo. Deu me decidir, tomar uma postura. É claro que eu acho que assim, quando você tem um suporte, é... e eu acredito que isso que a gente ta fazendo aqui hoje e, né, agregado às reuniões e tudo, eu acho que vai ter um incentivo para todo mundo tentar melhorar e a gente vai descobrir várias coisas também sobre a diabete que a gente vai às vezes tomar uma, uma injeção de ânimo, né, e vai mudar, né. Então assim, depende eu acho que exclusivamente de mim, né, mas quando tem alguém dando umas cutucadas eu acho que funciona melhor.</p>	
--	--	---	--	--	---	--

			<p>alimentou. Ele é pra você tomar de dia porque o que você alimentar, para ele tirar essa açúcar e trabalhar o seu organismo”. Aí eu passei a tomar ele certo, no horário certo, e agora melhorou, minha cabeça melhorou, não ta doendo não. Com frequência igual doía.</p>	<p>preocupar. O que eu acho.</p> <p><i>Valor ideal:</i> É os noventa e... menos de 99.</p> <p><i>Valor após alimentação:</i> Eu acho que até uns 150.</p> <p><i>Estratégia para diminuir a glicose:</i> Assim, eu acredito que sim(<i>diminuir alimentação</i>), mas eu não tenho certeza, porque como eu não tenho aparelho para medir, eu não sei se realmente abaixou.</p>		
8 B.X. L.	<p>66 anos 4° serie. Porque na época era difícil pra gente estudar E a gente não achava, a gente não tinha</p>	<p><i>O que é:</i> a diabete é uma doença que é porque o pâncreas não funciona.</p> <p><i>Origem:</i> Oh, vem da alimentação e vem também do</p>	<p>Metformim e adonil . [...] (toma) de manhã, na hora do almoço e de noite. Depois da janta. Todo dia.</p> <p><i>Dificuldade de</i></p>	<p>Quando ela ta alterada (<i>Diabete</i>), a gente fica normal, quando ela abaixa, a gente sente tonteira <i>O que faz nesse caso:</i> Ah, eu procuro é água .</p>	<p><i>Problemas causados por D:</i> Não ta me deixando problema nenhum.</p> <p><i>Para as outras pessoas:</i> É problema de mutilação, né, porque dá, que o sangue não circula, ele, ele fica, a, não tem circulação, então ele dá, tipo como quase uma gangrena né, que eles falam né, então tem que ir tirando o dedo, a perna, o pé, então, é isso.</p>	<p>O light é o que não tem açúcar e o... O diet é o que não tem açúcar e o light é... é... Ele não... Ele tem açúcar e tem o carboidrato. Então eu acho que ele também é perigoso, é o mais</p>

<p>condições de estudar, de sair pro coisa, então aí era a noite, e a noite meu pai não podia acompanhar a gente porque minha mãe era doente</p> <p>Já tive ( <i>vontade de voltar a estudar</i> ), tinha trinta e poucos anos eu tinha vontade, fiz até inscrição, pra fazer o supletivo no SESC, mas aonde eu trabalhava não deixou. Porque era a noite, não deixou. Sou aposentada. Não casou não teve filhos.</p>	<p>emocional da pessoa. A minha pelo menos, eu acho que é do emocional mesmo.</p> <p><i>Quanto tempo sabe q tem a doença:</i> Oh, quando eu fiz o exame que deu foi... Deu 125, foi... Tem... 12 anos.</p> <p><i>Causa no corpo:</i> [...]entupimento das veias [...]Má circulação.</p> <p>Pq acha que tem D: Em cinco anos eu perdi minha mãe, um irmão e meu pai. E logo que meu pai morreu foi que, dois anos depois, três anos depois comecei, apareceu isso.</p>	<p><i>encontrar o remédio:</i> Tem época que tem [...] só que, nas farmácias, a maioria tem farmácia popular, a gente pega né?</p> <p><i>Remédio:</i> Ajuda. Ta ajudando.</p> <p>Não. ( <i>tem efeitos colaterais</i> )</p>	<p>Funciona! É eu beber uns três goles de água e ela melhora. É a única coisa. Que eles falam que a gente tem que por uma pitada de açúcar aqui nos lábios, ou por uma bala, não, mas eu vou com água.</p> <p><i>Não sabe o que é glicemia capilar.</i></p> <p><i>Glicemia:</i> [...]é a glicose invertida, a pessoa que não tem açúcar no sangue [...] Porque eu acho que é a pessoa que não tem o açúcar no sangue. Então eu acho que é isso.</p> <p><i>Aparelho:</i> Tenho. Na parte da manhã, em jejum. Não todo dia não. Um duas vezes por semana, três.</p>	<p><i>Cuidados:</i> Acho que o corpo, aliás, total, eu tenho muito, agora eu to usando chinelo de dedo, mas porque a gente não acha de outro, mas eu não gosto muito de chinelo de dedo. Porque eu acho que a gente machuca muito, dá pra machucar o pé, os dedos, e os dedos é os principais do, do, do problema da diabetes, se machucar não volta. Se a gente vai, igual vai mexer manicure, vai pra menina fazer unha ou mexer nas unhas da mão ou do pé, eu carrego os meus instrumentos, porque a gente não sabe quem ta, quem é que ta coisa, então eu carrego meus instrumentos.</p> <p><i>Orientações:</i> Há muitos anos atrás, fui no posto aí tinha, e a gente acompanhava. Ah, mas a gente aprende muita coisa. Igual esse negócio de não andar de chinelo de dedo, que a médica que tinha no posto na época não aceitava ninguém andar de chinelo de dedo, [...]evitar muita alimentação.</p> <p>Tem muita fruta também que a gente não pode comer, eu evito muito de comer.</p> <p><i>Diferencia alimentos:</i> A gente separa, porque tem igual a cenoura tem açúcar mas a gente pode, igual o doutor Amir sempre falou “se comer hoje, fica duas semanas sem comer”. A cenoura vermelha também tem, a gente come hoje, duas semanas sem comer. Mas se comer uma hoje, a outra come amanhã ou depois separado, não come as duas junto.</p> <p><i>Abre mão do controle da D:</i> Não! Não, não, não. Eu vejo o que tem. Eu olho assim... Agora eu to evitando</p>	<p>perigoso, mas o que não tem açúcar o dietético não tem açúcar, mas tem o sódio que é pra pressão né, pois é, é só isso.</p> <p>Muito difícil. Porque igual, eu não, não, não tem adoça, não tem açúcar e não tem adoçante na minha casa.</p>
---	---	---	---	--	---



	<p>Eu trabalhei no comércio. Solteira. Mora sozinha.</p>	<p>Então eu acho que foi mesmo, é o emocional da gente, né? Então eu acho que foi isso.</p> <p>Conhecidos: Tem muita gente por aí aqui no bairro que tem. Que dá, num dá, como diz o outro, não passa de 150. <i>Familiar não tem.</i></p>		<p>Mas agora eu vacilei um pouquinho, tem uns dois meses que eu não meço. Porque... Eu fiz cirurgia e num, e parei de, de, não tava em casa, então agora que eu voltei, que quem mede pra mim é um menino ali.</p> <p>Confio (<i>aparelho</i>), porque tem dia que dá baixa, tem dia que, que a gente, se a gente tira hoje, amanhã vai e tirar, fazer o exame de sangue, depende a hora até que dá.</p> <p><i>Valores:</i> Uai, eu acho que tem que dar o mínimo, menos de 100 né, mas a minha, a última, a última que eu tirei deu 130. Não (<i>foi em jejum</i>), eu já tinha comido.</p>	<p>muito de comer esse negócio de, tem farinha, de querer ter massa, igual pastel, empadinha, eu evito muito de comer isso. Volta e meia, quando eu vou num lugar, se tiver um quibe, um churrasquinho, a gente come, come, mas é só isso também.</p> <p><i>Bebida:</i> De volta e meia uma cerveja, é só isso. é uma de dois em dois meses, três meses. Só a cerveja.</p> <p>Não fuma.</p> <p><i>Atividade física:</i> Caminhada de manhã. Todo dia. Ah, eu saio de casa 5:20, entro dentro de casa assim 6:15, 6:05.</p> <p><i>Cuida bem da saúde:</i> A gente cuida, mas a gente não sabe se ta cuidando de acordo, né, porque a gente não sabe, mas eu acho que eu cuido.</p> <p><i>Auxilio/informação:</i> Tem, tem um rapaz aí que ele quando ele me vê assim, passa o figura, “não come isso, não come aquilo”, porque ele quase... .Ele teve até internado, ele deu muita sede nele e a água não fazia efeito. Então ele fala muito, porque ele sofreu muito lá no hospital, ele ficou no soro lá e ele chegou lá, ele chegou lá desidratado. Aí sempre eu converso com ele, a gente sempre conversa muito...</p> <p><i>Quem ajuda os dois:</i> Ah, ele mexe com o médico né? Ele ta sempre no médico e o que o médico fala com ele, ele vem e fala pra mim.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

				<p>Foi, alias, a última que eu fiz foi porque eu fui fazer cirurgia de catarata então lá eles fizeram. Deu 130.</p> <p><i>Valor alto:</i> Eu acho que mais de 200.</p>		
9 Z.D. G	<p>67 anos. Estudou até o 4º ano. Sou aposentada Ah, com costura, trabalha em... Costurando Viúva há 8 anos. Mora com o filho de 31 anos que é solteiro. 3 salários: renda total.</p>	<p><i>O que é:</i> Então é isso que eu to procurando: entender o que é a diabete. Até pra gente poder é... saber lidar, né?</p> <p><i>Origem:</i> Então é isso que eu to procurando entender o que é a diabete. Até pra gente poder é... saber lidar, né?</p> <p>Ah, sim, conheço (<i>peças com D sem ser da família</i>)</p>	<p>Eu tomo glucovance de 500 por 2,5 duas vezes ao dia e tomo prosprad de 1mg. Eu tomo 1 por dia, após, antes do almoço.</p> <p><i>Dificuldade para encontrar remédio:</i> Não, porque eu compro, né. Prosprad é bem mais caro um pouco, mas, fazer o que?</p> <p><i>Acho (que eles têm ajudado no tratamento).</i></p>	<p><i>Como identifica alteração:</i> Suando muito. Ela cai também bastante, né, aí quando ela cai você, eu pelo menos, eu fico fora do ar Eu não sei onde estou, se não tiver alguém pra me levar pra casa eu não sei onde eu moro. Eu fico falando muito molinho. E a cabeça fica confusa. Pra mim conversar eu tenho que pensar, eu tenho que parar e pensar muito no</p>	<p><i>Principais problemas[...]:</i> a visão, é rins, né, é circulação, né, que as vezes tem que amputar a perna, o pé, aquele problema todo, né? E... É uma doença realmente muito perigosa, né, a consequência dela é muito grave porque ela atinge assim, órgãos como o rins, né, então, é por isso que eu faço diariamente exame de, de urina e de vista.</p> <p><i>Cuidado específico com os pés:</i> Infelizmente não. Eu tinha que cuidar muito direitinho do coitadinho né, mas... Não muito assim, descalço, não ando, entendeu? E... Cuidado, cuidado assim, eu não, por enquanto eu ainda não to 100% nisso não.</p> <p><i>Recebeu orientações:</i> Não.</p> <p><i>Relação à alimentação algum cuidado especial:</i> Ah, isso eu tenho.[...] como só duas colherzinhas de arroz eu como só três colherzinhas de feijão, eu como mais verdura e frutas, né, que as vezes não dá pra ficar satisfeito, então eu completo com fruta, Não como queijo, nada dessas coisas. Isso aí eu levo a</p>	<p>É um problema que a gente pergunta e, geralmente a resposta não é satisfatória né, cada um fala uma coisa! Então, não sei o que que é light, não sei o que que é diet Eu não sei te falar qual que é o certo, tá. Até hoje ninguém nunca me explicou qual é o certo.</p> <p>Só o pão integral, é, o queijo eu como é o ricota Não compro doce, não compro chocolate, não compro nada disso.</p>

		<p><i>Causa no corpo:</i> [...]primeiro a cegueira né, que é muito grave, né, a pessoa ficar cego né. Segundo, o cuidado com os pés, né, machucar, essas coisas, né. O mais terrível ainda, né, é que você tudo e não pode comer quase nada.</p> <p>Uns 10 anos (<i>que tem D</i>).</p> <p><i>Descobriu:</i> Fazendo exame de sangue, aí o médico falou “olha, a senhora ta com a glicose meio alta.” Aí me passou um regime, né, mas só que num... num foi satisfatório só o regime. Fui fazendo o tratamento assim, só com regime, só</p>		<p>que eu vou falar.</p> <p>Quando ela ta alta. Ela ta alta e ela cai assim de uma vez. Aí eu como, ponho alguma coisa doce na boca. Aí ela volta. Mas isso é questão de... eu coloquei o negocinho mais doce na boca, daí há 5 minutos eu to novinha em folha.</p> <p><i>Não sabe o que é glicemia capilar.</i></p> <p>Tenho. (<i>aparelho para medir</i>)[...] meu filho olha pra mim, ele é que olha. (<i>Confia</i>) mais ou menos. Não sei, eu não confio muito. Eu confio naquele que eu vou no laboratório, né, colhe o sangue e</p>	<p>sério.</p> <p><i>Diferencia alimentação:</i> Olha, antes eu comia muita fruta, eu achava que a fruta eu podia comer sem problema, né, porque é o açúcar natural, né. Agora eu sei que eu posso comer uma banana, uma maçã, é, uma pêra, meio cachinho de, de uva, né, não como antes. Antes eu comia cinco bananas por dia, né. Agora não. Agora eu já tenho consciência que eu só posso comer cinco frutas diferentes.</p> <p><i>Festas:</i> Geralmente eu resisto. “Só um pedacinho de bolo, come só... Ah, um pedacinho de bolo que você vai comer aqui não vai... Não tem problema, é só um pedacinho”. As pessoas falam assim com a gente né, mas eu resisto, eu resisto. Porque se eu vou num casamento, eu posso comer é 3 salgadinhos. Comi três salgadinhos, bastou. Tem gente que é rebelde! Eu conheço diabético rebelde, que nossa! Eu fico olhando assim, não tem amor a vida...</p> <p>Não bebe e não fuma.</p> <p>Faço caminhada, segunda, terça, quarta, quinta. Uma hora.[duração]</p> <p><i>Cuida bem da saúde:</i> Eu acho! Eu acho. Sabe, eu não espero passar mal pra procurar médico. É de 40 em 40 dias, eu estou lá. Então eu acho que eu cuido direitinho.</p> <p>Que eu faço que eu não deveria fazer. Não!</p>	<p>Nem light, nem diet, nem nada. Porque até hoje eu não sei o que que é ué, certo, então eu prefiro não comer.</p>
--	--	---	--	---	--	---

		<p>com regime, depois ele passou remédio. E daí pra cá eu venho só tomando remédio ainda. Faço regime também, sabe.</p> <p><i>Pq acha que tem D:</i> Alimentação ruim, o que que foi, onde foi que eu errei? Eu não sei, não sei mesmo.</p>		<p>depois me dá o resultado. Esse aí eu tenho confiança. Agora aquele do aparelhinho... Aquele ali é só pra... Mais ou menos... Não acredito muito, muito não.</p> <p>Ah, uma vez por mês (<i>mede</i>). Tando tudo bem eu não fico medindo não.</p> <p><i>Resultados/taxa:</i> Oh, quando eu vou e faço que dá alto, aí da próxima vez que eu vou fazer eu já fico ansiosa, né, para mim ver o resultado. Se o resultado deu bom eu tranquilizo. Oh, agora eu to com um resultado ma-ra-vi-lho-so! Eu fiz, tem uns 15 dias, o em jejum deu 74, o depois do almoço deu 102 e</p>	<p><i>Não faz e que acha que deveria fazer:</i> Também acho que não, que eu sou muito rigorosa, Só tem uma coisa que eu faço muito: é dormir como durmo! Eu não sei se isso é da diabete ou se é preguiça mesmo.</p> <p><i>Ajuda pra melhorar o cuidado :</i> Acho. Eu acho que se, por exemplo, quanto mais eu aprender sobre a diabete, né, eu vou ta me ajudando. Nem é por maldade, nem nada, né, é porque você não sabe mesmo, né. E você aprendendo, você vai procurar, igual eu já procurei sair de muitas coisas que eu fazia antes, que eu não sabia, né, hoje eu já não faço mais. Por isso é que quando me chamaram eu vim louquinha pra fazer. Aí quando chegou na idade, já não dava mais, que era de 18 a 60, então pra mim, falei “Ah, doutor Warley, não vai dar. Mas de qualquer maneira eu viria em todos os encontros, mesmo sem, sem ta participando da pesquisa eu viria em todos os encontros porque eu sempre quis isso, saber direitinho porque a diabete.</p> <p>[...]uma palestra, onde as pessoas vão poder dar opinião, fazer pergunta.</p>	
--	--	---	--	--	---	--

				<p>aquele que mede o total né, que é de 6 a 7, não sei como é que chama aquele coisa não, deu 6,2.</p> <p>7 (<i>valor máximo</i>)</p> <p><i>Valores para outras pessoas:</i> [...]esse de jejum de manhã me parece que até 140, não tenho certeza não, que isso muda também, né, então não tenho muita certeza não. Agora me parece que já não é 140 mais, é 110. Então... mas ao todo eu acho que ta mais ou menos. Agora eu to tentando manter, né, com regime, pra mim chegar aos 100.</p> <p>A glicemia me parece que é quando a glicose</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				<p>cai.</p> <p><i>Identifica alguma alteração na glicose :</i></p> <p>Na verdade, é... Eu não vejo nenhuma alteração assim, sabe, porque eu me cuido bem. Eu faço, eu faço os exames de 40 em 40 dias eu vou no laboratório e faço. Então... só quando ela cai mesmo, dá a tal de glicemia é que eu sinto mais. Mas quando ela ta alta eu não, eu não tenho assim, é, como dizer, isso piorou... Não. Reações né? Não, não tenho.</p>		
10 I.M. F.	54 anos.Eu estudei até o primeiro grau.Interrompi porque assim,	<i>O que é:</i> Olha, é uma doença assim, chata, né, porque você não sente, não tem	Eu tomo o glifage XR .Tem, eu sei que o governo fornece um, mas essa minha	<i>Alteração:</i> Olha, eu não consigo identificar se ta alta, se ta mais baixa. Nunca tive	<i>Problemas:</i> Eu acho que é visão. É bem complicado. Visão, eu acho que é a pressão também é bem ruim. É as paradas assim dos órgãos, né? Que eu não sei qual que ele prejudica assim primeiro, mas eu acho que é complicado, eu acho que seria muito ruim.	É, eu tenho uma noçãozinha. O light é aquele que as pessoas usam pra dieta porque acham

<p>eu me casei né, aí veio os filhos hoje em dia eu não tenho (<i>vontade de voltar</i>). Eu sou moradora do rio de janeiro, minha irmã reside aqui. Não to fazendo nada. Por enquanto to desempregada. Casada 23 anos, tem 3 anos que eu me separei Eu tenho 3 filhos, 2 são casados e tenho uma menor. Bem, é bom o relacionament o (<i>familiar</i>), graças a Deus. Nós somos de uma família assim de uma irmandade</p>	<p>sintomas, no meu caso eu nunca senti sintomas nenhum, mas só que eu venho de uns, assim de uma família que a partir dos 40, 50 vai entrando nessa, nessa fase de diabetes.</p> <p><i>Origem:</i> Hereditário, que vem dos pais, eu acho isso.</p> <p><i>Causa no corpo da pessoa:</i> o fígado, essas coisas, né, vai parando os órgãos, é dá muito problema de visão, dá muita secura, na, na, tem vez que sua saliva fica estranha.</p> <p><i>Início D:</i> 3 a 4 anos.</p>	<p>endocrinologista minha, porque ela é pela firma que eu trabalhava. Então ta bom, continuo tomando ele. só que agora, no momento, se eu ficar aqui, eu vou perder lá. Então vou ter que procurar aqui, posto de saúde, alguma coisa assim.</p> <p><i>Dificuldades para encontrar o remédio:</i> Não, eu não tenho dificuldade pra comprar, porque mesmo até esse que eu tomo ele ta no programa do governo também e a gente compra na farmácia com desconto.</p> <p>Não tenho nenhuma reação (<i>ao remédio</i>)</p>	<p>nada assim que me fizesse eu ficar na dúvida de se ta mais alta, se ta mais baixa.</p> <p><i>Glicemia capilar:</i> [...] agora esse capilar eu não sei porque, não sei o que que quer dizer não.</p> <p><i>Glicemia:</i> Que é assim, que a glicose abaixa muito e a pessoa fica sonolenta, cansada, tem uma necessidade de se alimentar ali.</p> <p>Não tenho (<i>aparelho</i>), eu tenho pavor daquele aparelhinho de furar o dedo. Já, porque nesses testes assim, no início, que tem essas campanhas e tal, de posto e tal,</p>	<p><i>Cuidado específico com alguma parte do corpo:</i> [...] é falado que tem que ter um cuidado muito especial com os pés. Tem que manter os pés sempre com um sapatinho fechado, essas coisas, ter cuidado pra não machucar. Aí eu procuro realmente não andar descalço, essas coisas né, ter mais cuidado com os pés mesmo.</p> <p><i>Orientação:</i> Só da, só a médica mesmo, Ela só falou de dieta, pra fazer a dieta, e tomar o remédio direitinho, evitar doce, evitar refrigerante, essas coisas... Evitar, ela não proibiu, só falou evitar.</p> <p><i>Cuidado especial com a alimentação:</i> [...] separar a alimentação não. A, a, o cuidado que eu tenho é de não misturar, entendeu? Por exemplo, feijão, arroz, macarrão, carne e batata. Eu tenho o cuidado de não misturar. Eu vou optar por, por dois, ou até três alimentos juntos. Frutas assim também, eu como todas elas. Não assim, salada de frutas, que você vai botar várias frutas eu procuro evitar.</p> <p><i>Diferença de um alimento:</i> Ah, como é que eu sei...? É porque eu, eu analiso assim, bom, esse aqui contém mais carbonato, tem mais, tem mais açúcar, esse aqui, se eu comer ele, eu não vou comer junto com outro, e vou comer menos. Eu vejo assim.</p> <p><i>Situação abre mão do controle da dieta:</i> Eu procuro não exagerar, entendeu? Mesmo estando num churrasco, assim, eu vou comer tudo que tem ali, mas eu não exagero na quantidade, entendeu? Eu evito é gordura,</p>	<p>que não engorda, mas só que eu acho que engorda da mesma maneira. Ele só é um pouco menos caloria né. E o diet é aquele que tem menos açúcar, que é umas coisinhas que é muito difícil de ter, são poucas, poucas coisas que tem pra gente comer. Só assim (<i>Utiliza</i>) se eu tiver na rua eu procuro, mas é difícil de encontrar.</p>
---	--	--	--	--	---

	<p>bem grande.</p>	<p><i>Conhece pessoas com D:</i> Outros conhecidos eu nem posso dizer que eu tenho, porque assim, tipo assim, eu num converso assim sobre isso. Mas, eu só sei méis do histórico da família. [...]Então meus pais eles foram diabéticos, que já são falecidos, e os irmãos todos a partir de 50, 40 e poucos vão entrando nessa fase.</p> <p><i>Pq acha q tem D:</i> Aí, é complicado dizer porque que aconteceu comigo. Não sei. Não sei explicar Eu só acho que é por casa da hereditário.</p>	<p>Bom, eu acho que ( <i>o remédio</i>)ta ( <i>melhorando</i>), porque até então, quando eu comecei a tomar ela receitou dois, dois comprimidos. Depois com os exames ela falou “não Irene, ta... o remédio ta controlando tudo direitinho, nós vamos diminuir, você vai ficar tomando só um”. Aí, eu acho que ta controlando direitinho, mas aí a gente também tem que dar um jeitinho é na boca.</p>	<p>sempre procurei de ver, mas eu tenho pavor daquela furadinha. Eu confio, confio sim.</p> <p>Acho que é até 90 né? ( <i>taxa normal</i>) Quando comeu.</p> <p>Em jejum eu acho que tem que dar 80, 85...</p> <p><i>Valor alto:</i> 200! Nossa me assustaria, já me assustaria.</p>	<p>coisa assim gordurosa... Tipo linguiça, carne de porco, essas coisas eu não.</p> <p><i>Bebida:</i> Não costumo assim com frequência não, mas de vez em quando dá vontade de tomar um copinho de vinho, uma cervejinha, mas nada com exagero. É um copo, um copo de cerveja, dois no máximo</p> <p><i>Não fuma</i></p> <p><i>Atividade física:</i> [...]eu faço caminhada, mas às vezes dá uma relaxada [...]Duas vezes por semana. 40 minutos.</p> <p><i>Cuida bem da saúde :</i>Eu não acho que é cuidar bem, teria que ser melhor, mas não consigo cuidar assim pra dizer, bem, bem, é difícil.Até mesmo a dieta mesmo (<i>teria que mudar</i>) Mas sabe o que acontece, a gente não tem uma lista assim de “oh, esse alimento aqui você não pode, esse, esse aqui você pode.</p> <p><i>Mudanças que tem que fazer quem poderia ajudar :</i> Eu acho que seria um endocrinologista mesmo, seria, deveria de ter uma lista assim dos alimentos e né, falar... Mas daí só fala “você pode usar todos, mas não, não com exagero.” Pelo menos essa minha doutora ela falava isso pra mim. Então ta bom, assim que eu venho fazendo.</p>	
--	--------------------	--	--	--	--	--



<p>11 S.R. O</p>	<p>66 anos. Estudou até 4º ano. Sou aposentada Por idade mesmo Solteira. Moro sozinha Dois filhos 37 e 32. São casados.</p>	<p><i>O que é:</i> Acho que é... Açúcar no sangue Eu acho assim, não acho muito, mas o que eu vejo as pessoas falarem assim..  <i>Origem:</i> Não sei.  <i>Causa no corpo:</i> Também não sei. Pode ser problema no, no, no, pode dar problema nos rins, no obeso, né. No baço eu acho... Eu penso que sim.  <i>Sabe que tem D:</i> que me falaram, desde 2003. Foi aqui ( <i>descoberta</i>), com a, com a doutora Soraia, na época eu consultava</p>	<p>É, glibenclamida e metformina, só esses dois. Todos os dias, é, de manhã, no almoço e no jantar Glibenclamida de manhã, dois, metformina depois do almoço, um e a tarde o mesmo processo. Antes e depois, antes do jantar dois glibenclamida e uma metformina.  Acho, acho que tem ajudado (<i>remédio</i>), porque controlou Na época, na primeira consulta, olha a altura que ela tava, de repente controlou. Porque eu também faço força né, controlo o mais que eu posso também, com a massas, frituras,</p>	<p><i>Diabetes alterada</i> :Às vezes quando, quando eu faço esse exame, por exemplo, de glicose, em jejum  <i>Sente alguma coisa quando ela ta muito alta:</i> Não. Não tenho prestado atenção não.  <i>Glicemia capilar</i> :Não.Capilar pode ser, pode ser o que? Queda de cabelo?  <i>Aparelho em casa pra medir a taxa de açúcar:</i> Não. Gostaria de ter, mas não tenho não.Ah, pelo que o doutor Warley fala com a gente é, uns 90, né, 99... 100. Até 100. Pro exame, é, de</p>	<p><i>Problemas causados pelo diabetes:</i> Eu vejo alguém falar, não que alguém que o médico ouvi falar, assim não. Eu vejo alguém falar assim, machucar, um machucado demora a cicatrizar, né, esse negócio aí... Isso por exemplo, pode causar tonteira, falta de apetite, emagrecimento rápido, eu acho isso.  <i>Cuidado específico com os pés da senhora:</i> Olha, eu não tenho pensado nisso não. Por exemplo, eu não sei o que não, eu poderia ter cuidado com meus pés não. Eu tenho muito cuidado pra não machucar, isso eu tenho. Mas eu não, os cuidados normal, ninguém nunca me falou ainda pra eu ter, então eu levo normal.  <i>Cuidado pra não machucar:</i> Porque eu vejo falando que se machucar, diz que demora muito tempo pra cicatrizar e pode acontecer até uma outra coisa pior né? Amputação de membro, por exemplo. Eu vejo pessoas, eu vejo, então eu fico de olho.  <i>Recebeu orientações</i> :[...]só a dieta. Ah, na época, a doutora Soraia falou, me deu até um papel com alguma coisa escrita, doutor Warley fala sempre com a gente. A gente vê né, também, eu assisto muito esses programas de saúde na televisão, aprendo muita coisa, assim na televisão, assim quando ta passando as nutricionistas falando, eu procuro seguir um pouquinho, na medida do possível.  Ah, sobre a dieta mesmo, que a gente tem que comer</p>	<p>Olha, o light e diet eu sei. Que o diet não tem o açúcar, mas tem gordura, e o diet não tem açúcar, como é que é? Não, o diet tem gordura né. A gente pensa que ele é bom, mas tem gordura e tem açúcar. E o diet não tem açúcar.O diet é sem açúcar. E o light contém gordura. Então a gente pensa que o light ta bom, mas ele na verdade mesmo ele só não tem o açúcar né, mas tem gordura. Utilizo diet às vezes, de vez em quando sabe, a gelatina, gelatina diet, algumas vezes, queijo por exemplo, eu compro só ricota, Requeijão, aquele requeijão de copo de vez em quando</p>

		<p>com ela e constatou isso.</p> <p><i>Outras pessoas na família, ou conhecidos que têm:</i> Não. Que eu saiba não.</p> <p><i>Pq acha q tem D:</i> [...]muito angustiada, muito contrariada com alguma coisa que tava acontecendo em casa. Ela (<i>médica</i>) falou que eu poderia também ter adquirido sobre isso, sobre esses problemas, quem sabe poderia ser, porque na minha família nunca aconteceu isso. Eu perguntei pra ela “oh doutora, que isso que eu nem sei o que é isso?” Daí que ela falou</p>	<p>refrigerante.</p> <p><i>Dificuldade pra utilizar medicamentos:</i> Não. Pego aqui, no posto.</p>	<p>jejum né?</p> <p><i>Glicemia:</i> É, no sangue, não sei, talvez. Glicemia? Eu acho que é sangue</p> <p><i>Alteração:</i> Eu nunca senti que ta alterada não. Não, por que ela ta assim, vou levando, controlada, direitinho, desde quando começou assim, um dia eu trouxe, meu exame deu é, 135, doutor Warley falou assim “ta um pouquinho alta, vamos dar um jeito de baixar de novo, baixar mais um pouquinho, mas não ta muito ruim não, mas vamos abaixar mais”.</p> <p><i>Estratégia para diminuir:</i> Deixei de comer aquilo que</p>	<p>mais, mais fruta, mais salada, menos, massa, né, menos massa, não ficar sem de tudo, mas um pouquinho assim, não todo dia, menos quantidade, né? Doce, eu amo doce, no entanto tirei o doce da minha vida [risos], mas em compensação encontro o doce nas frutas, no adoçante, que eu uso adoçante, então eu já acostumei até com o adoçante, na minha casa nem compro mais açúcar.</p> <p><i>Cuidado especial com a alimentação:</i> [...]eu uso pouquinho óleo, é, pouquinho sal, não como muito assim, essas coisas que eu te falei, igual massa, arroz, bem pouquinho. Refrigerante eu não uso mais, tirei o refrigerante...</p> <p><i>Diferencia alimentros:</i> [...]os alimentos que eu posso comer é esses alimentos assim menos gordurosos, tipo carne vermelha, que eu não posso né? Peixe, carne branca, por exemplo, são os alimentos mais fácil, e carne vermelha lá uma vez ou outra. Porque eu vejo falar. Principalmente eu assisto na televisão. As nutricionistas, médico de saúde, eu vejo falando. Então se eu vejo que eles tão falando para o bem, para o bem da gente, na medida do possível, o que eu puder evitar alguma coisa, eu evito.</p> <p><i>Abre mão desse controle da dieta /Festa:</i> Ah, isso aí eu diariamente eu nem vou, eu nem preocupo com isso. E se eu for também, e se eu for também em alguma festinha, alguma coisa assim eu procuro comer nada que ta ali que não me agrada, bolo, refrigerante, fritura, não como não. Eu já vou bem alimentada de casa.</p>	<p>também não é todo dia, não é sempre. A única coisa que eu uso sempre, quase sempre é só a gelatina diet... É, requeijão de copo, de vez em quando, diet.</p>
--	--	---	---	---	--	---

		<p>“nossa, você alimenta...” ela fez entrevista comigo se eu fumava, se eu bebia, se eu perdia noite de sono e tal, que senão ela ia me internar naquele dia.</p>		<p>eu achei que poderia ser aquilo que eu tinha comido. Por exemplo, uma carne de porco, naquele mês eu tinha comido macarrão, que eu amo macarrão, tinha deixado de comer um tempão.</p>	<p><i>Não bebe e não fuma.</i></p> <p><i>Atividade física:</i> Faço caminhada. Uma hora. Todo dia, de segunda a sexta.</p> <p><i>Cuida bem da sua saúde:</i> Não sei se eu cuido bem, mas o que eu faço é isso. Não sei se ainda tem outra coisa, outras coisas melhor pra fazer que esteja na minha condição.</p> <p><i>Melhorar a saúde:</i> Tipo, eu gostaria de fazer uma academia, gostaria de fazer, é, como é que chama aquela ginástica que faz na água?[...] É, hidroginástica eu gostaria, mas como não tem como né. Porque a condição não dá, então eu fico nessa aí de caminhar.</p> <p><i>Não deveria fazer:</i> Até agora eu não acho que eu deveria fazer nada eu não faço.</p> <p><i>Precisaria de ajuda para fazer alguma dessas coisas:</i> Não, essas coisas que eu faço, eu faço normal, faço, eu gosto de fazer. Coisas que não tem, é, que pagar né, gastar né, porque a situação não dá pra gente pagar.</p> <p><i>Ajuda:</i> Deus.[...] Só ele que tem poder pra ajudar. Ele ajuda de graça, sem exigir nada... basta a gente confiar Nele. Com certeza.</p>	
--	--	---	--	---	--	--

12 LLR	<p>Data nascimento 20/05/80. 2º grau completo. Balc onista: padaria. 520 renda mensal. É casada e tem uma menina. Eu tive pós eclâmpsia.</p>	<p><i>O que é:</i> diabetes no caso, é glicose no sangue. O pâncreas pára de funcionar, de produzir insulina. Quem tem diabetes 1 é mais complicada que pára totalmente, já a diabetes tipo 2 já pode controlar com comprimidos. Tem um pouco mais de regalia, né?! Pode comer alguma coisa, e tal. No meu ver diabetes é isso.</p> <p><i>Origem:</i> no caso seria do pâncreas mesmo. Ele não produz a insulina.</p> <p><i>Diabetes causa o corpo:</i> [...]ela vai</p>	<p>Insulina. [...]eu utilizo 24 UI pela manhã e 08 à noite.</p> <p>No caso eu tomo sistematicamente, no caso eu tomo às 06h antes de ir pro trabalho.[...] seis da manhã. E depois eu tomo as 10 e meia da noite.</p> <p><i>Insulina tem te ajudado:</i> [...]no meu caso ajuda muito. Mas o meu problema é que eu não como muito. Quando eu descobri isso, é muito difícil readaptar a alimentação. A gente já é acostumado a comer de tudo e, de repente, tem que limitar. Então, até um certo ano eu</p>	<p><i>Diabetes Alterada:</i> [...] muita sede. É a primeira...e eu também fico assim, muito agitada, eu começo a trabalhar rápido demais, aí eu sinto que tá alterada.</p> <p><i>Glicemia capilar:</i> Já. Aquela que vê no dedo, né.</p> <p><i>Aparelho em casa pra medir a taxa de açúcar:</i> Tenho o aparelho em casa. Eu consegui aqui no posto.[...]Depois da gravidez eu tive que fazer um controle mais rígido e pedi pro posto que me cedesse um aparelho</p>	<p><i>Problemas causados :</i> problema de visão, problema de circulação, problemas de pé</p> <p><i>Cuidado especial :</i> com os pés eu tenho muito cuidado.[...]porque o pé, uma feridinha assim, tu não tomar cuidado, já vi muitos problemas por causa disso. Já vi internado um tempo uma senhora que teve por causa dos dedos do pé, tinha diabetes e a pessoa no galinheiro, lugar de muita bactéria.</p> <p><i>Orientações:</i> Quanto a isso eu fui bem orientada no começo quando eu descobri no hospital que eu fazia o tratamento. Fui muito bem orientada.[...]as enfermeiras (orientaram)antes das consultas tinha as enfermeiras que davam uma aulinha pra gente. Tinha muitas crianças também indo lá comigo, então elas mostravam cartazes com desenhos do pâncreas, dos rins.[...]sobre tudo em geral. Sobre tudo que a diabetes causa. Sobre todo o controle que a gente tem que ter, com a alimentação, com o corpo.</p> <p><i>Cuidado especial/alimentação:</i> sim. Tenho cuidado de não comer mais que três xícaras de massa, né, arroz, feijão, se for macarrão eu como uma colher só pra não ficar muito carregada. Doces eu evito. Só quando eu passo mal, por exemplo, quando eu to num lugar, sempre levo uma bala na bolsa. Quando eu tô num lugar que não dá pra fazer uma alimentação, eu utilizo a bala</p>	<p>Eu olho muito os rótulos, né, geralmente tem alguns light que não tem açúcar, mas a maioria tem. Os lights geralmente é reduzido taxa de gordura. Essas coisas, né? Mas eu procuro ler bastante os rótulos pra ver se tem açúcar. Que muitos enganam muito, falam que é diet ou light, mas quando tu vai ver o rotulo, tem açúcar. utilizo bastante. Tem muitos chocolate, biscoito recheado. Tem varias lojinhas, antigamente não tinha. Hoje em dia tem. Tu encontra as lojas. Então de vez em quando a gente se dá ao luxo de comprar alguma</p>

		<p>limitando a pessoa a certas coisas [...]problemas nos pés, problemas de circulação.</p> <p><i>Tempo q descobriu D:</i> eu tenho há dezesseis anos.</p> <p><i>Outra pessoa da família ou conhecidos que têm este mesmo problema:</i> A minha família quase toda tem diabetes. Começou com a minha vó, depois o meu pai, meu irmão.</p> <p><i>Pq acha q tem D:</i> certo mesmo, eu não sei! Dizem que é hereditário. Que uma parte é hereditário.</p>	<p>tive dificuldade, depois não, depois eu fui conseguindo, aos poucos, integrar uma nova alimentação. Agora, eu passei a comer pouco demais. Então eu mais passo mal por glicose baixa do que com glicose alta.</p> <p>[...]eu fico muito agitada no trabalho, transpiro muito, perco muita caloria, então, não comer, eu passo mal com isso.</p> <p><i>Algum problema:</i> não. Pra mim nunca teve problema não. Coloco na caixa de isopor pra manter ela na temperatura dificuldade tive não. Neste caso não. Porque o pessoal lá de casa</p>	<p><i>Confia:</i> 100% eu não tenho muita convicção mesmo</p> <p>[...] geralmente eu uso de manha, em jejum, então duas horas antes do almoço, duas horas depois do almoço, os horários que mais precisa.</p> <p><i>Taxa normal:</i> ah..abaixo de 100.[...]passou de 350 pra mim já tá alto.</p> <p><i>Glicemia:</i> glicemia é o açúcar no sangue.</p> <p><i>alteração da glicose/identifica:</i> aí eu confirmo com o aparelho se ela está alta. [...] muita sede(<i>sintoma</i>). Aí ingiro bastante</p>	<p>pra poder melhorar até que eu encontrar um lugar pra eu fazer uma alimentação direito.</p> <p><i>Identificação dos alimentos :</i>No caso lá da padaria, quando os meninos fazem alguma coisa eu pergunto se eles colocaram açúcar no salgado, alguma coisa assim, ou então, em algum lugar eu já testo com um pedacinho pra ver se tem algum adocicado. E a gente já pega isso praticamente no ar, a gente já olha pro alimento e já vê que o alimento tem açúcar e já sabe. E dai quando eu já vejo que já tem alguma coisinha adocicada eu já não como. Porque a maioria do salgado tem. Então, pra conseguir os dois pra dar o sabor no alimento.</p> <p><i>Abre mão deste controle:</i> Não. Por causa de doce não. A única coisa que às vezes...por causa de fruta Frutas que são bastante doces, né. Então as vezes a gente come um pouquinho a mais, mas no caso de doce, não.</p> <p><i>Festa:</i>Resisto bastante. Doce mesmo, não como de jeito nenhum, só no caso mesmo de estar precisando, de estar passando mal.</p> <p><i>Não bebe e não fuma</i></p> <p><i>Atividade física :</i>Realmente não tenho praticado, não.</p> <p><i>Cuida bem da saúde/ cuidado maior:</i> A única coisa mesmo que eu sinto falta mesmo é de voltar a fazer os exercícios, depois que eu comecei a trabalhar, ai apertou</p>	<p>coisinha ou outra. Porque é muito caro. É caro demais pra gente.</p>
--	--	--	--	--	---	---

			<p>não tinha coragem de aplicar, o único que tinha coragem era o meu pai. Mas os horário que ele trabalhava não era o horário que batia na hora de eu tomar. Aí ele até falava de eu ir na farmácia, mas ir todo dia na farmácia, aí eu mesma comecei a aplicar em mim.</p>	<p>liquido pra poder eliminar pela urina. Aí então eu tomo uma dosagem da Regular, que é mais baixa. Regular é a insulina também. Tem dois tipos, né? A NPH é mais lenta. [...]Ela regula praticamente até o horário de eu tomar a outra. E a Regular não, a regular é rápida.</p>	<p>mais, o marido fica praticamente o tempo todo fora de casa, no trabalho, aí não tem como deixar a minha menina. Mas, em breve, ela vai voltar a escolinha isto vai folgar um pouco pra mim. E no mais, o caso do exercício mesmo, que eu sinto falta de fazer.</p> <p><i>Precisaria de ajuda:</i> No caso eu teria falta meio que do auxílio de um nutricionista, de um endocrinologista, aliás, que aqui no posto o Dr. Warley faz. A gente faz a consulta, mas não tem aquele atendimento que engloba o todo. A gente fala o que está sentindo, e tal, a visão, vê como é que tá. Mas só. Então o pessoal precisa de um endocrinologista <u>mesmo</u>, pra auxiliar mais sobre este assunto. Então precisaria de uns 20 minutos, principalmente sobre alimentação.</p>	
<p>13 M.H .R.C. S.</p>	<p>56 anos. Fiz o segundo grau. A dificuldade porque eu, eu trabalhava até as 19 horas.[...] se Deus me ajudar, eu pretendo estudar mais um pouco.Eu</p>	<p><i>O que é a diabetes?</i> A diabete é... Eu... O pouco que eu sei é, é, é açúcar né, açúcar no sangue.  <i>Origem:</i> Ah, eu acho assim que... Às vezes é porque eu fiquei obesa né, é uma</p>	<p>Eu tem três meses que eu to utilizando, mas eu esqueci o nome né, trouxe a caixa sem o nome [<i>a paciente tirou a caixa do remédio da bolsa, mas havia recortado o nome da medicação</i>]. Eu tomo ele na hora do almoço.</p>	<p><i>Sabe que a diabetes está alterada:</i>Ela dá assim... A boca seca, né, a gente bebe mais água, dá assim, um sono, sabe...  <i>Faz alguma coisa pra melhorar isso:</i> Eu só fui uma vez no médico, ele olhou, tava mesmo</p>	<p><i>Principais problemas :</i>Ela junto com a pressão né.. De repente a pessoa fica com alucinação, que a minha tia ficou, né [...]E amputa[...]a pessoa fica cega [...]Fica com a vista ruim[...]Eu já vi pessoa ir pro... como é que fala.. é.. ir pro CTI assim com esses problemas de diabete.  <i>Cuidado específico :</i>Ah, tem a vista né, que a gente precisa demais né, que eu já to tendo que fazer umas duas vezes no ano o exame de vista. E... dente, eu acho, por causa da anestesia, né, alguma coisa assim... sangramento, né, por causa de sangramento. Ah, agora eu esqueci um bocado.</p>	<p>Sei... ó, o diet é o sem açúcar né, o light é o sem, tem o açúcar, sem gordura né. Eu tento ler assim, mas eu ainda não to muito por dentro não.  Eu to até tirando assim refrigerante, com medo sabe? Com medo de, de, de</p>



<p>trabalhei a primeira vez de atendente de enfermagem e depois eu passei a trabalhar em farmácia Já aposentei em 2005. Viúva tem um ano e quatro meses. Eu tenho um filho de 26 anos.</p> <p>Moram: Meu filho, minha nora e meu netinho.</p> <p>Olha, nós estamos adaptando, porque ele ficou de 2005 até 2009 casado com, fora da minha casa. Agora</p>	<p>das causas, e... Má alimentação mesmo, alimentação errada. Alimentar fora da hora... É, é, muitas calorias, né... E muita açúcar né, comer doce, muita coisa assim com açúcar.</p> <p><i>Causa no corpo:</i> Minha tia ela teve que amputar a perna. É uma das causas, má circulação né A minha não ta tão alta, mas eu, eu tenho preocupação, porque é 126 né. Logo eu falei com a médica “oh, se tiver remédio...” porque a gente fica preocupada. Ela ficou com o pé todo escuro, roxo e amputou e causou, veio a</p>	<p>Um comprimido na hora do almoço que ela passou pra mim. Todo dia!</p> <p><i>dificuldade para encontrar</i> :Não, não tive ainda não.</p> <p><i>tem ajudado</i> : Eu acho. [...]Pelo menos eu to com fé que sim. Que eu vou fazer outros exames, mas eu acho que está sendo e eu também to fazendo a dieta né.</p> <p><i>Algum efeito ruim</i> :Até agora não perce... Não senti nada assim, efeito colateral não.</p>	<p>alterada, mas assim, tomar por conta própria não.[...]Água sim, água é normal né. [...]Às vezes a gente toma porque a gente precisa de muito líquido, mas é... os sintomas eu não prestei atenção se melhora não...</p> <p><i>Baixa</i> : Já, eu já tive ela com 70, 60 parece.[...]Eu senti muito sono, muito desânimo.</p> <p><i>Glicemia capilar</i> :Não.[...]Queda do cabelo?[...] Porque eu notei assim que eu tenho muita queda de cabelo, entendeu? Notei que tem uns, uns três anos, muita queda mesmo.</p> <p><i>Glicemia:</i>Glicemia</p>	<p><i>Pés[...]/s pés é...</i> Sobre fazer unha né? Eu mesmo... Teste ele tem que usar só o alicate da gente, né, que as lixas tem que ser descartável, né. E o alicate usar só o da gente, tesoura, o cortador, né.</p> <p><i>Orientação:</i>Não, orientação assim, eu vim agora na terça-feira, já fiquei assim, tendo alguma orientação... mas assim, orientação mesmo, pra lá, participar de encontro mesmo, foi só o de terça feira.</p> <p>Não, ela (<i>médica</i>) só falou comigo assim que era pra mim tirar o açúcar é? E se eu aguentasse tomar um, o café com leite sem, sem o açúcar e sem o adoçante era bom, mas se eu precisasse, se eu não conseguisse era pra mim pegar o adoçante, umas gotas de adoçante.</p> <p><i>Cuidado especial com a alimentação:</i> Oh, eu tento né, mas assim... Eu não tenho conseguido emagrecer, assim, coisa não, mas eu tento comer, suco sem açúcar né, é... Alimentar, com er menos arroz, feijão, mais salada, né, carne num.. é... Assim umas 100 gramas só, 150 gramas. Mais carne branca né, por causa do colesterol também, peixe né...</p> <p><i>Alimento:</i>Oh, o arroz, eles pede pra ser é... menos né, o feijão também tem açúcar né. Igual a beterraba também tem açúcar né? A cenoura né. Então eu vou utilizando assim os que eu sei que não tem açúcar né? Igual assim, folhas né, alface, couve, é... Berinjela, essas coisas assim que eu... Brócolis né... aí eu vou pegando os que não tem pra não ficar em dúvida né.</p>	<p>ser assim propaganda enganosa, assim, aí eu to até tirando e to indo mais pelas frutas né, aí tomando assim as coisas natural, que aí dá mais certeza né?</p>
---	---	--	---	--	--

	<p>nós estamos morando todo mundo junto, então a gente ta tentando adaptar,né, pra viver em paz, né.</p>	<p>falecer, né. Aí a gente fica muito preocupada.</p> <p><i>desde quando tem diabetes</i> :1998 aqui mesmo no posto eu fiz, deu 110. Aí eu fui procurar o médico e fazer os controles, fazer exame né.</p> <p><i>conhece outras pessoas da família ou amigos</i> :Ah, meu irmão tem. Ele também é obeso, né, e tem diabetes. Ele mora em Vitória, então a dele, diz ele que tava 158.</p> <p><i>Pq acha q tem</i> D:por que que eu acho? Ah, eu acho que deve ser por causa da, de não ter informação, de, de</p>		<p>sozinho...? Eu sei que é ela baixa né?</p> <p><i>Aparelho em casa</i> :Não, aparelho eu não tenho não Usei mesmo só no, na, no posto de saúde.</p> <p><i>Confia:</i>Ah, não sei...eu.. é intermédio do aparelho que eu fui... ne, tive aquela preocupação de olhar sobre a diabetes....</p> <p><i>Valores normais:</i> Menos de 100 né, 90...Quando... É... Quando ta em jejum né? 90 ta bom.[...]Acho que quando come alguma coisa acho que até 110 né, não tem importância não.</p>	<p><i>Abre mão do controle da dieta:</i>Eu já tomei até refrigerante assim, sem olhar se é... se é sem açúcar, eu já tomei sim. Às vezes eu tomei um que eles falou que é light e... Depois não... Eu prestei atenção, nossa! Mas assim, eu tento não tomar muito sabe? Sempre que o pessoal me oferece eu tomo meio copinho, só pra ficar na sociedade, junto com as pessoas né? [...]Vejo muito doce, bolo, aí eu não tenho certeza, né? Aí eu fico sem comer .</p> <p><i>Compensar depois:</i> Ah, eu faço... aí às vezes é uma festinha a noite né, eu já tomei o remédio mesmo.</p> <p><i>Bebida alcoólica:</i> Eu bebi... Antigamente eu gostava de vinho, né, mas como o vinho, né, só se for seco, mas mesmo assim é álcool, eu já parei.</p> <p><i>Não fuma.</i></p> <p><i>Atividade física:</i>To fazendo a ginástica aqui também oferecida pelo posto né, e faço a caminhada. A caminhada eu já faço mesmo há algum tempo né. É quarta e sexta, duas vezes na semana.[...]É uma hora.[...]Caminhada eu faço três vezes por semana, uns 40, 50 minutos.</p> <p><i>Cuida bem da saúde :</i>Ah, eu tenho né, mas... precisa de mais informação né, porque, eu não tenho muita informação sobre a doença do diabetes.</p> <p><i>Faz e não deveria fazer:</i>Que eu faço que não deveria?</p>	
--	--	---	--	--	---	--



		alimentação fora do horário e, e mesmo abusar mesmo do açúcar. Não ter consciência do açúcar né. Do mal que o açúcar faz pra quem tem a taxa alta.			<p>Às vezes eu, eu exagero assim num churrasco, assim, eu como uma carninha. mas fico assim pensando, porque eu já tenho o colesterol LDL alto né...</p> <p><i>Deveria começar a fazer:</i> Eu tinha muita vontade de poder tomar refrigerante, esses negócios assim, mas eu sei que não, não posso. Mas eu tinha vontade.</p> <p><i>Precisa de ajuda :</i> Olha, eu to fazendo um controle né, cardiologia e tudo. Eu acho que sempre precisa de, de ajuda, sempre precisa. Porque a gente é rebelde com a saúde [...]É quem... um clínico que mexe mesmo, ou endocrinologista, uma pessoa que mexe mesmo com essas, com essa, com esse controle da doença.</p>	
14 T.H.	<p>55anos Estudou até a 4ª. <i>Parou pq:</i>É porque lá no interior era difícil né, pra gente continuar os estudos né</p> <p>Não (trabalha) , to só em casa mesmo agora. Sou casada.</p>	<p><i>o que é :</i> Ah, eu acho que a diabetes é uma doença que ela vai matando aos poucos, né, a pessoa não dá pra ver o que que ela causa né, aí vai causando aos poucos, quando chega, vê, já não ta tendo jeito mais, né.</p> <p><i>Origem:</i> Ah, isso</p>	<p>Metformina. Eu tomo um é antes do almoço, um depois do almoço e um depois da janta.</p> <p><i>Não toma todo dia:</i> Porque ele sente, me dá enjoão. É só tomar me dá enjoão.</p> <p><i>Ajuda na diabetes :</i> Ah, eu acho que sim, que eu fiz um exame de sangue particular, e o</p>	<p><i>Glicose alterada:</i> Ah, nesse exame que eu fiz é que deu né. Agora o exame que eu fiz já tem, já ta com 3 meses que eu fiz o exame particular.</p> <p><i>Sente alguma coisa:</i> Não. Ainda não prestei atenção</p> <p><i>Não sabe o que é glicemia capilar.</i></p>	<p><b>Problemas:</b> cortar os pedaços assim, cortou o dedo, inflamação. [...]Eu não sou de inflamar nada . As coisas ne mim sara rapidinho. Corte assim, rapidinho fecha.</p> <p><i>Cuidado específico/pés:</i> Não.[...]Ah, sei lá, eu não sou de machucar, eu não sou de... Por enquanto não tive problema nenhum ainda não</p> <p><i>Recebeu orientação:</i> Não.</p> <p><i>Alimentação/cuidado especial:</i> Ah, eles cortou muita coisa, doce, essas coisas assim eu parei de comer, gordura, carne engordurada.[...]Quando eu consultei com o doutor Warley ele falou comigo, né. Evitar de comer doce, que eu comia doce, gostava de comer doce</p>	<p>Não, já vi falar, mas não, mas por enquanto não... ainda não peguei ainda o que que, qual os efeitos dela ainda não.</p> <p><i>Come algum deles :</i> Não. [...]Ah, nunca comprei não.[...] Sempre é mais caro .</p>

	<p>Moro com meu esposo, com a neta e um bisneto né, e a minha filha com 3 crianças. Uma tem 14, o outro tem 13 e o outro tem 10. Minha filha tem... 30. Minha neta tem, tem 19 e meu bisneto vai fazer 1 ano dia 27 agora.</p>	<p>ai eu não posso te informar.</p> <p><i>Causa no corpo:</i> [...]perder as coisas da perna, né, que a mulher lá perto de casa tinha diabete ela teve foi cortando os dedos, foi até que cortou o pé quase todo.</p> <p><i>Quando descobriu:</i> [...]mais ou menos uns 3 anos.</p> <p><i>Pessoas na família ou alguém:</i> Não. Só pressão alta. Diabetes não.</p> <p><i>Por que acha que tem diabetes:</i> Ah, eu não sei, o médico que falou que eu to com, que eu dei diabete .</p>	<p>médico falou que não deu, não deu alterado não. Agora eu não sei, porque tem muito tempo que eu não faço exame aqui no posto.</p> <p><i>Alguma dificuldade pra usar o remédio:</i> Não.</p>	<p><i>Aparelho em casa:</i> Não, só tenho o de pressão</p> <p><i>Preocupa com os resultados da glicose:</i> Ah, até que eu não sou muito de preocupar com doença não .</p> <p><i>Valor normal:</i> Aí mesmo eu não sei.[...]Ah eu não, eu não sei a medida, né, então não sei como a gente olha assim...</p> <p><i>Glicemia:</i> Também não tenho conhecimento não</p> <p><i>Glicose alta ou ta baixa faz alguma coisa:</i> Não.</p>	<p>demais. Aí eu parei. Agora eu sou difícil comer doce[...]E mandou eu tomar o adoçante, só que o adoçante eu não consegui continuar com ele não. Tomei adoçante só uns tempos só e parei. Eu tomo café mesmo, eu tomo pouquinho café também[...]Cafê com açúcar, mas também é assim, tem vez que eu tomo de manhã cedo .</p> <p><i>Diferencia alimentos para consumo:</i> Ah, eu num separo não.[...]Como qualquer um</p> <p><i>Abre mão da dieta:</i> Eu quase não vou, não sou chegada a festa não.[...]A coisa mais difícil é eu ir ne festa. Quando eu vou também, eu quase não como as coisas não. De repente também eu venho embora, não sou muito chegada a festa não.</p> <p>Beber eu não bebo bebida nenhuma</p> <p>Fumar eu fumei 36 anos. Já parei tem 8 anos eu parei de fumar.[...]Ah, tinha vez que eu fumava até dois (<i>maços</i>) por dia.</p> <p><i>Atividade física:</i> Não. Eu tive fazendo caminhada mas parei por causa da artrose no joelho. Aí eu parei de fazer. [...]Ah, já tem mais de ano que eu não faço.</p> <p><i>Outra atividade:</i> Não, agora só mesmo eu to fazendo só essa ginástica lá no posto lá, essa fisioterapia, né, que eu to fazendo. [...]Lá são todo dia. [...]Lá é, começa uma hora, tem vez que termina uma quinze, é, duas e quinze.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p><i>Cuida bem da sua saúde:</i> Ah, eu não sei menina. Pra mim eu to cuidando. Eu acho que sim. To achando que to bem né.</p> <p><i>Não deveria fazer:</i> Ah, eu não sei, isso aí eu to por fora, não to sabendo não.</p> <p><i>Não faz, acha que deveria fazer:</i> Ah, eu também não sei. Não sei te responder não .</p> <p><i>Precisa de ajuda:</i> Ah, eu acho que não. Eu acho que não, porque minha diabete, a diabete igual eles falou, minha diabete ela... Não tem na, a frente, tem que cuidar pra ela não aumentar, né. Mas igual o médico da clínica lá falou, que eu ainda não to diabete, isso aí é pra prevenir pra ela não ir pra frente, né, que se começar a pessoa não, não fazer dieta, aí ela vai, vai aumentando né, que a gente vai ficando mais velho, vai aumentado.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

<p>15 C.F.</p>	<p>88 anos Não estudou. Morava no interior, não tinha, não tinha escola. Ah, eu não tenho mais cabeça pra estudar não.</p> <p><i>Sabe ler e escrever o nome:</i> Não, eu só leio um pouquinho. Escrever eu só assino o meu nome. Mas outros não escrevo não.</p> <p>Não, eu só trabalho em casa, né.</p> <p>Já (<i>trabalhou</i>), muitos anos como passadeira.</p> <p>Aposentei</p>	<p><i>O que é :</i> Ah, pra mim eu acho que a diabete é problema de açúcar no sangue [...] E tem que ter controle né, e eu saio muito fora. Por isso que de vez em quando eu tenho uns... eu vou fazer o exame e ta alta, mas agora ta controlada.</p> <p><i>Origem:</i> Ah, isso eu não sei [...] Ah, eu acho que é justamente por causa de gordura né, muito doce, que eles falam que o diabete é proveniente de açúcar né.</p> <p><i>Causa no corpo:</i> Pra mim a única coisa que causa é que assim, que de</p>	<p>Só a glifage[...]Eu tomo um depois do almoço. Só um comprimido por dia</p> <p><i>Alguma dificuldade :</i> Não, não tenho não. Eu compro sempre na Araújo.</p> <p><i>Remédio ajuda:</i> Eu acho que ta, porque quando o médico passou pra mim esse remédio ele achou que minha glicose tava alta e eu precisava de insulina, então ele passou esse pra mim evitar de tomar insulina. Aí eu se dei bem com ele e continuo tomando.</p> <p><i>Algum problema contrário :</i> Não. Não sinto mal com ele não.</p>	<p><i>Diabetes alterada:</i> Não, só quando eu faço exame. Fora disso eu não sinto. Porque tem gente que sente tonteira, mas eu não sinto nada não. [...] Só pelo exame de sangue que constata que ta alterada. Fora disso não.</p> <p><i>Conhece glicemia capilar:</i> Não.</p> <p><i>Aparelho em casa:</i> Tenho não [...] É, eu confio. Tem muita gente que... Eu tenho uma sobrinha que tem, né, aparelhinho. Eu mesmo não tenho não. Que aí ela controla quando ta alta, quando ta baixa né, ela sabe.</p> <p><i>Valor normal:</i> Ah, eu acho que... eu não sei não,</p>	<p><i>Problemas:</i> Eu acho que a diabete faz a gente poder perder a vista, que muita gente que não faz o tratamento que acaba cego. Prejudica muito a vista. Eu acho que o problema maior é esse, né.</p> <p><i>Cuidado específico/pés:</i> Tenho não.</p> <p><i>Orientação:</i> Não, nunca recebi.</p> <p><i>Alimentação/algum cuidado:</i> Alimento muito pouco. A única coisa que me falta é isso. Eu quase, eu não sinto vontade de comer nada. Como pouquinho pra num... porque eu tenho que tomar remédio, né, mas assim, dizer que eu tenho fome pra comer qualquer coisa toda hora, não. Eu almoço e janto normal. E durante o dia eu não procuro nada pra alimentar. [...] Arroz, feijão e verdura. Eles mandam comer menos arroz né? Nem muito pão também e nada de doce, bolo. Não comer pão doce. Eu uso mais mesmo pão de sal.</p> <p><i>Alimento:</i> Ah, que eles falam pra mim não comer é assim, mandioca, batata doce, macarrão, né, evitar de macarrão. Só isso que eles me explicam né, que eu não posso comer</p> <p><i>Sai da dieta/festas:</i> Vou mas eu não posso comer doce. [...] E nem tomo refrigerante também não.</p> <p><i>Bebida alcoólica:</i> Não. Nunca usei.</p> <p>Nunca fumei.</p>	<p>Não uso ( diet , light). <i>Não sabe a diferença.</i> [...]adoçante eu uso. Uso o adocyl. Adocyl. Com café.</p>
--------------------	--	---	--	--	---	--

<p>pouco mais de 60. Foi por invalidez que eu aposentei, não foi por tempo de serviço não. Eu nunca trabalhei de carteira assinada. Então foi por invalidez.</p> <p>[...] sou solteira.</p> <p>Não tem filhos.</p> <p>Mora eu e minha sobrinha, Maria Lúcia de 52 anos. Nosso relacionamento é muito bom. Tudo dá muito certo.</p>	<p>vez em quando a gente sente, eu sinto muita dor de cabeça, né. Mas eu não sinto muita coisa não. Porque tem gente que sente, desmaia né, que... a minha não. Só, só quando eu como assim, muito doce, aí eu sinto uma dor do lado, né, mas fora disso ta controlada.</p> <p><i>Qto tempo descobriu:</i> faz mais de 5 anos que eu sei</p> <p><i>Conhece outras pessoas:</i> Ah, conheço muitas que tem. Eu tenho uma sobrinha que tem diabete Na minha família eu perdi uma irmã com diabete.</p>		<p>porque eu não entendo bem as.. no, no exame né? Aí eu não sei.</p> <p><i>Glicemia:</i> Não, não sei.[...]Não tenho a menor idéia do que que pode ser.</p>	<p><i>Atividade física:</i> Não.[...]Preguiça né? Que já mandaram fazer caminhada, mas eu quase não faço...</p> <p><i>Cuida bem da saúde :</i> Não, eu acho que eu não cuido direito não.[...]Ah, porque tem muitas coisas que às vezes, mesmo caminhada que eles mandam eu fazer eu não faço, então eu acho que aí ta faltando alguma coisa né, que eu não to fazendo certo.</p> <p><i>Deveria parar de fazer:</i> Eu acho que não tem nada que... Que eu não faço nada mesmo né, a não ser... a única coisa que eu gosto de fazer é mexer assim com bordado, isso não prejudica nada né? Agora eu só não posso mexer mesmo é com problema de poeira, que aí ataca a bronquite. Aí atacando a bronquite complica, porque aí tem que tomar antibiótico e antibiótico prejudica a diabete. Aí complica né. Mas o resto ta controlado.</p> <p><i>Deveria começar a fazer:</i> Eu acho que o que eu devia de, que eu não faço é sair né, eu devia de cantar um pouco, caminhar, passear... Nada disso eu não faço, eu não gosto. Eu fico muito em casa, fico muito sentada, muito parada. E isso aí, eu acho que tudo isso prejudica também, né.</p> <p><i>Precisa de ajuda:</i> Ah, eu acho que precisa né? Orientação, né, porque, o que é certo, o que tá errado. Porque às vezes o que eu to fazendo eu to achando que eu to certa de ficar parada, eu to fazendo tudo errado, né, porque não tem movimento, fica só parada</p> <p>Ah, só orientação médica né? Que do contrário, eu não</p>	
--	--	--	--	---	--

		<p><i>Pq acha q tem D:</i> Eu não tenho a menor idéia Porque eles falam que é proveniente, que às vezes tem alguém na família, né, mas quando a minha apareceu não tinha ninguém na minha família que tivesse diabete. Nem minha mãe, nem minhas irmãs, não tinha. Depois é que apareceu.</p>			sei quem pode me ajudar.	
--	--	---	--	--	--------------------------	--

**C. Características socioeconômicas gerais das mulheres participantes do estudo**

<b>NOME (fictício)</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS GERAIS</b>
<b>ANA</b>	59 anos de idade, 8 anos de escolaridade, profissão: cobradora e encarregada de limpeza. Atualmente trabalha em feira. Viúva, renda de 1 ½ Salário Mínimo(SM), 3 filhos. Mora com filho (28a) e neto (12a)
<b>MARIA</b>	58 anos de idade, costureira, casada, mora com o marido. Tem 4 filhos : 3 homens (idades: 28a, 27a, 26 a) e uma mulher de 25 a. Renda de 3 Salários Mínimos (SM).
<b>PAULA</b>	50 anos de idade, 8 anos de estudos, desempregada, cuidadora das netinhas: Sofia de 1 a 3 m e Laura 3 a. Mora com o marido, o filho (22 a) que é pai da Sofia e da Laura, com a nora ( casada com este filho), com a filha caçula(17 a). Admite boa convivência no lar.
<b>MARTA</b>	59 anos de idade, 3 anos de estudos.Possui um Buffet . Rendimento de 6 SM ( salários mínimos).Casada, mora com marido.Tem dois filhos: 1 homem de 40 anos e 1 mulher de 35 anos.
<b>LÚCIA</b>	59 anos de idade, 4 anos de estudos, “do lar”, casada há 35 anos, 4 filhos sendo 3 filhas (34 a, 31 a e 29 a) e 1 filho de 28 anos de idade. Mora com o marido.
<b>JOANA</b>	60 anos de idade, 4 anos de estudos, trabalha como cuidadora de um idoso. Não declarou renda. Casada há 36 anos, 3 filhos, sendo 2 mulheres (35 a e 32 a ) e um homem de 29 anos. Mora com o marido, sua filha mais velha e o caçula.
<b>CARLA</b>	41 anos de idade, 11 anos de estudos, manicure (proprietária de salão de beleza). Renda de 4 SM, mora com o marido e o filho de 13 anos.
<b>TAÍS</b>	66 anos de idade, 4 anos de estudos, aposentada, solteira e sem filhos. Mora sozinha.

	.
<b>JANE</b>	67 anos de idade, 4 anos de estudos, aposentada ( mas trabalha informalmente como costureira), viúva, renda de 3 SM, mora com um filho que é solteiro com 31 anos de idade.
<b>CLÁUDIA</b>	54 anos, 8 anos de estudos, separada há 3 anos, natural do Estado do Rio de Janeiro, desempregada, 3 filhos, 2 são casados.
<b>MÁRCIA</b>	66 anos de idade, 4 anos de estudos, aposentada, solteira, mora sozinha, 2 filhos casados ( 37 a e 32 a).
<b>SIMONE</b>	31 anos de idade, 11 anos de estudos, balconista de padaria, renda de 1 SM, casada, uma filha ( apresentou eclampsia devido a complicações do diabetes).
<b>KÁTIA</b>	56 anos de idade, 11 anos de estudos, aposentada, viúva, tem um filho de 26 anos de idade, mora com o filho, a nora e o netinho.
<b>HILDA</b>	55anos de idade, 4 anos de estudos, “do lar”, casada, mora com esposo, neta e bisneto além de uma filha com suas 3 crianças ( 8 moradores na casa) .
<b>OLGA</b>	88 anos de idade, analfabeta funcional (sabe ler e escrever o nome), “do lar”, aposentada (trabalhou como “passadeira de roupas”), solteira, sem filhos, mora com a sobrinha de 52 anos.



## 9. ANEXOS

### ***1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***

A senhora, está sendo convidada a participar, voluntariamente, como colaboradora na pesquisa sobre “ Grupo Operativo (GO) e tecnologias leves utilizados na abordagem de pessoas com diabetes no Programa de Saúde da Família (PSF): uma análise do processo grupal conforme a teoria de Pichon-Riviere”, autoria de Warley Aguiar Simões, como parte do curso de Mestrado Profissional em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Antes de permitir seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade.

#### **OBJETIVOS DA PESQUISA**

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar se a realização de reuniões em grupo é capaz de fazer com que as pessoas com diabetes cuidem mais da sua doença melhorando a sua saúde .

#### **PARTICIPAÇÃO NO TRABALHO**

A sua participação é totalmente voluntária, e caso decida interrompê-la, não haverá qualquer prejuízo para a senhora ou para seu atendimento aqui no Centro de Saúde.

#### **PROCEDIMENTOS**

A senhora precisará responder algumas perguntas que serão feitas antes de iniciarmos as atividades da pesquisa e após o último encontro . Além de responder a entrevista, deverá participar de 10 (dez) encontros semanais. Na realização dos grupos será utilizado gravador de som e imagem como instrumento de registro.

#### **CONFIDENCIALIDADE**

Não será identificado no questionário o seu nome ou endereço, de forma a manter o sigilo dos seus dados. Os resultados do estudo serão divulgados na dissertação do Mestrado e em eventos científicos, congressos e na Secretaria Municipal de Saúde /Belo Horizonte(SMSA/BH). Reiterando,sua identidade será mantida em sigilo em qualquer das situações.

#### **RISCOS E DESCONFORTO**

Caso sinta-se cansada em participar dos encontros ou incapaz de responder a entrevista, a sessão será interrompida imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização. Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para esclarecimento de suas dúvidas a cerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros. Terá a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem penalização alguma, e o material já coletado em entrevista ou observações realizadas serão destruídos.

#### **BENEFÍCIOS**

Os dados obtidos poderão contribuir para aprimoração da prática de grupos realizada pelos profissionais de saúde e com isso, se os resultados assim confirmarem, a senhora poderá cuidar mais da sua doença melhorando assim sua saúde.

#### **CONTATOS PARA MAIORES INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO TRABALHO**

Caso a senhora, precise esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa, por favor entre em contato com: Pesquisador: Warley Aguiar Simões – fone : 31-9925-2585 – e-mail: [waguisi@hotmail.com](mailto:waguisi@hotmail.com)

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA-BH – fone : 31-3277-5309 – e-mail: [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)/ Endereço: Av. Afonso Pena 2336 – 9 andar

#### **CONSENTIMENTO**

Declaro que li e entendi as informações acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento assinado, para guardar. Assinatura do participante do estudo: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento:

\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **II. Aprovação do Comitê de ética em pesquisa**

### **Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**

Parecer: 0044.0.410.165-09A

**Pesquisador responsável:** Warley Aquiar Simões

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 08 de outubro de 2009, o projeto de pesquisa intitulado “**Grupo Operativo (GO) como tecnologia leve utilizada pela Equipe de Saúde da Família (ESF) sua abordagem do paciente diabético para função do auto-cuidado**”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.

