



FACULDADE DE CEILÂNDIA

Dâmaris Alves Lira de Araújo

**ADESÃO AO TRATAMENTO POR PARTE DOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2 - O CASO EM CEILÂNDIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Brasília – DF

2.º/2012



FACULDADE DE CEILÂNDIA

Dâmaris Alves Lira de Araújo

**ADESÃO AO TRATAMENTO POR PARTE DOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2 - O CASO EM CEILÂNDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília/ Faculdade de
Ceilândia UnB/FCE como requisito para a
obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva.

Orientador: Sérgio Ricardo Schierholt

2.º/2012

EPÍGRAFE

"De tempos em tempos, os homens
tropeçam na verdade, mas a maioria
deles se levanta e segue adiante como se
nada tivesse acontecido"

Winston Churchill

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser sempre meu sustento, ter me dado sabedoria durante a elaboração e desenvolvimento desse projeto e por acreditar em mim mesmo quando eu não acredito.

À meus pais Aderval e Marcionília, meus irmãos Ágabo e Jefté, pelo apoio dado de forma direta e indireta, pelos sorrisos e por me ouvirem, mesmo não aguentando mais ouvir eu falar a abreviatura TCC. Eu tenho certeza que fui colocada na família certa, e que vocês já acreditavam nisso antes mesmo de eu chegar a essa conclusão.

Quero agradecer também aos meus amigos e colegas: a Laisla Monique e Daiane Silva, que me acompanharam e apoiaram não só durante este processo, mas também nesses anos com conversas e paciência; a Ione Barros, que além de estar desde o começo nessa jornada me auxiliou na submissão do projeto ao Comitê de Ética, sem sua ajuda essa etapa da minha vida teria sido adiada.; aos colegas que entendem "pré-provisório" e o "daqui a duas semanas".

Àqueles que se dispuseram a revisar meu trabalho ou parte dele: Abraão Souza, Luciano Hammond, André Gonçalves e Nágila Verônica. I couldn't forget my english teacher who made the translation of my abstract, Vinícios de Souza, thank you very much darling.

Deixo meus agradecimentos finais aos queridos docentes que sempre se esforçaram mesmo diante de condições não tão favoráveis. Àqueles que de alguma forma contribuíram para meu desenvolvimento, especialmente Carla Pintas, Otávio Nóbrega, Clélia Ferreira, Pedro Jabur, [José Antônio] Iturri, Antônia de Jesus, Miguel Ângelo, Sandro Xavier e outros.

À todos os colegas da Saúde Coletiva, professores e funcionários da FCE, obrigada pela convivência e dedicação.

SUMÁRIO

Introdução.....	9
Objetivos.....	12
Revisão Bibliográfica	13
1.1 A doença.....	13
1.2 Rastreamento do diabetes tipo 2.....	14
1.3 Adesão ao tratamento	18
Metodologia.....	21
2.1 Tipo de estudo	21
2.2 Amostra	21
2.3 Instrumentos para coleta de dados.....	22
2.4 Análise dos dados	22
Resultados e Discussão.....	24
3.1 Rastreamento	24
3.2 O grupo do Diabético	25
3.3 Os hábitos dos diabéticos	28
3.4 Divergências e convergências nos discursos	29
3.4.1 Diagnóstico.....	30
3.4.2 Recomendações pós-diagnóstico	31
3.4.3 Monitoramento dos diabéticos.....	32
3.4.4 Relação Profissional de saúde/paciente	34
4 Fatores que interferem na adesão ao tratamento	37
4.1 Fatores Próprios.....	37
4.1.1 Culturais	38
4.1.2 Conduta e econômico	38

4.2 Fatores Sociais.....	40
4.2.1 Apoio familiar e amigos	40
4.2.2 Acesso aos serviços de saúde	41
4.3 Fatores relacionados aos profissionais de saúde.....	42
5. Ambiente diferente, tomada de decisão diferente	42
Considerações finais	44
Referências	46
Anexos	49
Anexo I	50
Anexo II - Questionário profissionais de Saúde	51
Anexo III - Questionário paciente diabético.....	52

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo investigar e analisar as prováveis causas que levam os usuários do sistema de saúde a abandonarem ou mesmo não aderirem o tratamento que consiste não só na medicação mas também na mudança de hábitos alimentares e na prática de atividade física. A pesquisa de natureza qualitativa foi realizada nos Centros de Saúde nº 04 e nº 08 de Ceilândia e contou com 8 entrevistados, 3 profissionais da saúde e 5 diabéticos vinculados a esses Centros de Saúde. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, sendo dois questionários elaborados: um para os profissionais de saúde e outro para os diabéticos. A entrevista destes trazia questionamentos sobre hábitos de vida, autocuidado, participação no grupo do diabético e relação com profissional de saúde, enquanto o questionário do profissional de saúde trazia questões sobre o funcionamento do grupo e comportamento dos diabéticos segundo sua perspectiva. O presente estudo adotou para análise de dados a metodologia Análise de Conteúdo, e utilizando como principal referência o texto "*A falta de Adherencia al tratamiento en el enfermo diabético: un problema de salud publica*" de Olmedo Canchola, comprovando a existência dos três fatores: Fatores próprios, fatores sociais e fatores relacionados ao profissional de saúde. A pesquisa também investigou o funcionamento do rastreamento do diabético e dos grupos do diabético nesses centros de saúde. Os resultados indicam que as maiores dificuldades se encontram não só na mudança de hábitos alimentares, mas também na inclusão da medicação na rotina, além disso, a prática da atividade física não é usualmente aderida, tanto por desmotivação como por falta de tempo devido o trabalho.

Palavras-chaves: diabetes, tratamento, abandono

ABSTRACT

The aim of this work was to investigate and analyze the possible causes which lead users of the healthcare system to abandon or even not to adhere to the treatment consisting not only of medicines, but also in the change of eating habits as well as practice of physical activities. The research of qualitative nature took place in the Centros de Saúde number 4 and 8 in Ceilândia and involved 8 interviewees, 3 health professionals and 3 diabetics attached to these Centros de Saúde. Semi-structured interviews were done, 2 questionnaires: one for the health professionals and one for the diabetics. The interview aimed at the second group had questions about habits, self-care, participation in the group for diabetic patients and relationship with health professionals, while the questionnaire given to health professionals inquired about how the group for diabetic patients worked and interviewees' point of view towards patients' behavior. This study adopts for purposes of data analysis the 'content analysis' method, it also uses as main reference the text "*A falta de Adherencia al tratamiento en el enfermo diabético: un problema de salud pública*" by Olmedo Canchola, which proves the existence of three factors: patients own factors, social factors and factors related to health professionals. The research also investigated how the diabetics were tracked and how groups for diabetic patients worked in these Centros de Saúde. The results show that the biggest difficulties are not in the change of eating habits, but also in the inclusion of medication in the routine. Besides that, physical activities practice is not usually adhered to by both demotivation and lack of time due to work.

Keywords: diabetes, treatment, abandonment

INTRODUÇÃO

A diabetes *mellitus* é uma doença crônica não transmissível (DCNT) - ao lado de doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, e outras - caracterizada pela função anormal ou ausência da insulina. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que as DCNTs são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo, ou seja, é um problema mundial que ocorre tanto em países ricos quanto em países pobres ou em desenvolvimento, e segundo a World Health Organization (WHO, 2002), as doenças não transmissíveis são responsáveis por 45% da carga de doenças em todo o mundo.

Segundo a OMS (2011), a diabetes está entre as 10 principais causas de morte no mundo. O Ministério da Saúde (MS) divulgou que cada vez mais pessoas estão morrendo de diabetes, atribuindo o problema ao aumento de pessoas com excesso de peso. Em 1996, as mortes pela doença eram de 16,3 habitantes a cada mil, passando para 24 a cada mil em 2006, numa população entre 20 e 74 anos, ocorrendo, principalmente, entre homens com mais de 40 anos. (WHO, 2002 apud TOSCANO, C. M., 2004)

Em 2000, o Brasil estava na 8ª posição do ranking mundial de diabetes, com 4,6 milhões de pessoas. Em 2008, as projeções indicavam que em 2030 esse número subiria para 11,3 milhões, alcançando a 6ª posição no ranking, entretanto, uma estimativa oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2012) aponta que hoje há 12 milhões de pessoas com diabetes, totalizando 366 milhões de diabéticos no mundo. O ranking de 2011 coloca o Brasil em 5º, estando atrás somente da China, Índia, EUA e Rússia, o que pode ser observado é que os países do grupo BRICS (Brasil, Rússia, Índia e China) - países emergentes de maior desenvolvimento - estão entre os 5 primeiros no ranking. As sete primeiras posições do ranking mundial são ocupadas, respectivamente, por Índia, China, EUA, Rússia, Brasil, Alemanha e Paquistão. (International Diabetes Federation, 2012).

Mas as proporções podem ser ainda maiores, pois estudos demonstram que a causa de morte por DM tem sido subnotificada, já que os diabéticos geralmente morrem por complicações crônicas da doença. Isso por que estão sendo consideradas as mortes em quem teve a diabetes como principal causa, desconsiderando doenças ou complicações decorrentes dela. (FRANCO LAERCIO J., 1998, p. 237-45 SARTORELLI apud D. S. & FRANCO, L. J, 2003)

Apesar de existirem sintomas que indiquem a doença, geralmente esses vêm de forma muito sutil, quando ocorrem, por isso, é considerada uma doença assintomática. Os sintomas da doença são: urinar excessivamente, sede excessiva, aumento do apetite, perda de

peso (mesmo ingerindo alimentos de forma excessiva) ou ganho de peso, cansaço, vista embaçada, infecções frequentes (sendo as infecções de pele as mais comuns).

Diante dessa pandemia mundial, organismos internacionais elaboraram propostas para a realização de um rastreamento como política pública de saúde, pois, a diabetes é uma doença de fácil diagnóstico, mas que se não realizado tem grandes repercussões negativas não só na área da saúde como também no fator social e familiar.

Em 2001, o Ministério da Saúde implementou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes *Mellitus*. Dentre as ações estabelecidas, encontrava-se a campanha de rastreamento de diabetes *mellitus*, seguido pela confirmação diagnóstica e início do tratamento, devendo o paciente ser vinculado a uma unidade básica. A Campanha Nacional de Detecção de Diabetes *Mellitus* foi realizada entre 6 de março e 7 de abril de 2001, contando com uma campanha prévia para divulgação. Como parte do Plano de reorganização, foi criado o Hiperdia, criado em 2002, como um sistema informatizado para cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*, tenta, através desse acompanhamento, definir um perfil epidemiológico para então elaborar estratégias para reverter o atual quadro. (TOSCANO, C. M., 2004)

Apesar dos benefícios do rastreamento, pois a prevenção primária se faz mais resolutiva que nos demais níveis de atenção, existem questionamentos sobre sua validade já que o gasto com o rastreamento é elevado e fatores como "público alvo atingido", "exames com resultado considerado alterado", "usuários que tinha diagnóstico prévio", dentre outros fatores, devem ser considerados para concluir se o resultado é significativo ou não. Entretanto, isso pode variar de uma nacionalidade para outra. Além disso, não há uma estimativa exata sobre os gastos com diabéticos no Brasil e isso poderia ser um facilitador para realização de uma avaliação sobre os benefícios do evento. (ALVARO E GEORG, 2005).

Aproximadamente, dez anos depois da Campanha Nacional de Detecção de Diabetes *Mellitus*, através da observação da prevalência de 2.924 diabéticos na área de abrangência do Centro de Saúde 08, foi percebida a necessidade de um rastreamento do diabético. Essa percepção foi facilitada através do acompanhamento médico diferenciado realizado através do Grupo do Diabético, onde cada paciente diabético se reuni com outros diabéticos recebendo orientação de um profissional da saúde (a frequência ampliada desses encontros é impossibilitada pela desproporção entre usuários e profissionais da enfermagem e medicina).

O evento foi divulgado com 30 dias de antecedência e ocorreu no período de 24 a 28 de outubro de 2011. Os pré-requisitos para realização do teste de glicemia era ter a partir de 45 anos e um documento de identificação. Era perguntado aos interessados em fazer o teste, se havia histórico familiar de diabetes, e para mulheres era perguntado também se tinha algum filho pesando mais de 4 quilos. Os profissionais que ficavam escalados para fazer o registro e orientar foram instruídas a observar a cintura do usuário para observar se apresentava algum tipo de gordura localizada (pois um dos fatores de risco é o sobrepeso e a obesidade central). O rastreamento teve um alcance de 466 usuários, inclusive de outras áreas de abrangência.

Durante o acompanhamento desse rastreamento e no desenvolvimento de intervenção realizada pós-rastreamento, algumas falas relativas ao tratamento e ao processo educativo puderam ser observadas por parte de profissionais de saúde e mesmo dos usuários, referentes a não assiduidade ou mesmo abandono do tratamento, despertando o interesse de realizar o estudo para comprovar se há a interrupção do tratamento, se é um número considerável e se isso ocorre pela falta de informação ou pela mesma transmitida de maneira inacessível.

O trabalho traz, além de uma revisão bibliográfica acerca do tema, os protocolos de funcionamento do rastreamento e dos grupos do diabético, buscando também verificar hábitos dos pacientes e suas maiores dificuldades no dia a dia com relação a doença. Ao final é feita uma relação com os fatores que interferem na adesão ao tratamento segundo Canchola.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a adesão ao tratamento dos portadores de Diabetes *Mellitus* Tipo 2.

Objetivos específicos

- Investigar os protocolos de atenção e como funciona esse rastreamento nos Centros de Saúde nº 04 e nº 08 da Ceilândia-DF.
- Definir fluxo do usuário para participar do grupo do diabético.
- Investigar funcionamento do Grupo do diabético nos Centros de Saúde nº 04 e nº 08 da Ceilândia-DF.
- Desenhar comparação do funcionamento dos grupos do diabético entre os Centros de Saúde nº 04 e nº 08.
- Identificar as prováveis causas de abandono do acompanhamento médico dos portadores da patologia.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A diabetes do tipo 2 é cerca de 8 a 10 vezes mais comum que o tipo 1 e estima-se que 7,6 milhões (2010) sejam desse tipo e projeções indicam que vai aumentar ainda mais: “Em 20 anos, os adultos com a doença (entre 20 e 79 anos) vão crescer 67,1%, o quinto maior aumento mundial de população que convive com o problema metabólico”. (Brasil avança no ranking internacional do diabetes, 2010).

Isso se torna uma preocupação não só dos profissionais de saúde como de entidades e líderes políticos, “pois os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível”. (TOSCANO, C. M., 2004).

Mas a diabetes não acarreta apenas custos financeiros, mas, também, problemas como qualidade de vida que afeta tanto o indivíduo portador da doença, como a família e aqueles que o cercam, assim como a sociedade num todo, “em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura”. (Cadernos de Atenção básica, nº 16, 2006)

1.1 A diabetes mellitus tipo 2

Diabetes tipo 2 é uma doença metabólica caracterizada pelo aumento da glicose no sangue, sendo a glicose a principal fonte de energia do organismo, mas, que quando em excesso traz uma série de complicações. Quando ingerido, o alimento vai ser quebrado em vários “pedaços”, sendo a glicose um deles. O pâncreas é responsável pela produção do hormônio insulina (responsável pela regulação da glicose no sangue) e as células possuem receptores para esse hormônio, permitindo a “abertura” da membrana celular para a entrada da glicose. Quando a insulina produzida é insuficiente, o nível de glicose no sangue aumenta. (BRAGA C., BIANCA, 2009)

Uma pessoa que leva uma vida sedentária e possui Diabetes *mellitus* no histórico familiar apresenta grandes chances de desenvolver a doença futuramente. A incidência da doença se torna justificável ao se observar a crescente taxa de sedentarismo no

país: segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), atualmente, 70% da população brasileira não pratica exercícios físicos regularmente.

Tavares DMS, Rodrigues RAP fazem uma citação do Ministério da Saúde: Diabetes mellitus: informe técnico. Brasília; 1993.) muito relevante:

“Essa doença é uma das principais causas de internação no Brasil; uma pessoa diabética tem 17 vezes mais chance de desenvolver nefropatia e quarenta vezes mais chance de sofrer amputação de membros inferiores; o infarto cardíaco é seis vezes mais frequente no diabético e o acomete dez anos antes do que na população em geral; é uma das causas de impotência sexual masculina; cerca de 50% dos diabéticos são hipertensos contra 10 a 15% da população geral; quando o diabetes surge antes dos 50 anos, o paciente perde de cinco a quinze anos de expectativa de vida”.

Uma das maiores preocupações é o desenvolvimento da neuropatia, perda gradual da função do nervo que leva à perda da sensibilidade, ou seja, perda da sensação tátil dos pés e pernas, por isso, a examinação e cuidado diário dos pés passa a ser primordial. Além da neuropatia, as alterações anatomopatológicas e neurológicas periféricas, acarretam em problemas circulatórios, infecções e menor circulação sanguínea. A probabilidade de adquiri-la aumenta com a idade, sendo que a gravidade não corresponde necessariamente à gravidade da diabetes. (NATIONAL DIABETES INFORMATION CLEARINGHOUSE (NDIC), 2009-2012 apud Portal Diabetes, 2006)

1.2 Rastreamento do diabetes tipo 2

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define rastreamento como “o processo de identificação de indivíduos que apresentam um risco suficientemente mais elevado de uma doença que justifique maior investigação ou uma ação direta” (TOSCANO, C. M., 2004).

A American Diabetes Association (ADA) sugere sete critérios a serem preenchidos para que então se considerar a realização de um rastreamento para diabetes *mellitus* em populações assintomáticas: 1) a doença deve representar um importante problema de saúde com magnitude significativa; 2) a história natural da doença deve ser conhecida; 3) deve existir uma fase pré-clínica (assintomática) na qual a doença pode ser diagnosticada; 4) devem existir testes aceitáveis e confiáveis que possam detectar a fase pré-clínica da doença; 5) o tratamento após a detecção precoce resulta em benefícios superiores àqueles obtidos

quando o tratamento é tardio; 6) os custos da determinação dos diagnósticos e tratamentos são razoáveis e devem existir instalações e recursos para tratar e acompanhar os novos casos diagnosticados; e 7) o rastreamento deve ser um processo sistemático a ser continuado e não um esforço isolado. Para rastreamento de diabetes, apenas as condições de 1 a 4 são preenchidas. (ADA, 2003, 296-309 apud TOSCANO, C. M., 2004, p.887).

A mesma associação recomenda um rastreamento oportunístico (quando o exame é oferecido periodicamente ao indivíduo que acessa o sistema de saúde por outros motivos) a partir dos 45 anos de idade, devendo ser realizado na frequência de 3 anos, dependendo da presença de fatores de risco como histórico familiar, sobrepeso, hipertensão, colesterol elevado.

O Rastreamento do Diabético no Brasil ocorreu como parte do Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*, com o propósito de reduzir a morbi-mortalidade.

No Caderno de Atenção Básica Nº 16 (2006) consta que cerca de 50% da população com diabetes desconhece ser portador da doença, permanecendo não diagnosticado até que comece a surgir os sintomas, sendo que estes iniciam já em fase avançada da doença. Nessa referência, os fatores de maiores riscos apontados são os seguintes:

- Idade maior que 45 anos.
- Sobrepeso (índice de Massa Corporal IMC maior que 25).
- Obesidade central (cintura abdominal maior que 102 cm para homens e maior que 88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial (maior que 140/90 mmHG).
- Colesterol HDL \leq 35 mg/dL e/ou triglicérides \geq 150 mg/dL.
- História de macrossomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Apresentando alto risco, é requerida investigação diagnóstica laboratorial com glicemia de jejum e/ou teste de tolerância à glicose. Como não há uma caracterização do grau

de risco padronizada, deve-se considerar a presença de vários fatores de risco. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 16, 2006)

Os testes laboratoriais mais comuns são a glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose e a glicemia casual. A primeira exige um período de jejum entre 8 e 12 horas, e a última não possui uma padronização com relação a tempo. Já no teste oral, o paciente recebe uma carga de 75g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão. As taxas de glicose a serem consideradas são 126 mg/dL (devendo ser confirmado com nova glicemia), maior que 200 mg/dL e também maior que 200 mg/dL, respectivamente. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 16, 2006)

A campanha nacional foi realizada em março e abril de 2001 em 5.500 municípios, sendo o primeiro levantamento para detecção de suspeitos de DM realizado pelos serviços públicos de saúde no Brasil, visando não só identificar como também vincular os portadores de DM às equipes da rede de serviços básicos de saúde. A idade do público alvo era igual ou superior a 40 anos, chegando a 31.239.703 indivíduos, segundo estimativa do IBGE. Foram considerados suspeitos os indivíduos que apresentaram glicemia em jejum com valores iguais ou superiores a 100 mg/dL e glicemia pós-prandial com valores maiores do que 140 mg/dL. (TOSCANO, C. M., 2004, p. 885-895).

O Ministério da Saúde forneceu 19.500 glicosímetros aos municípios e 37,7 milhões de tiras reagentes e lancetas. Esse teste possui aprovação da agência Food and Drug Administration (FDA), e possui um grau de confiabilidade superior a 90%, ao ser comparado com a glicemia plasmática. (TOSCANO, C. M., 2004, p. 885-895).

O modelo de decisão analítico consistiu numa fase de rastreamento e uma fase de diagnóstico para obtenção de uma estimativa de casos novos de DM detectados. Deve-se considerar que cada pessoa é rastreada apenas uma vez, e com 22 milhões de testes de glicemia capilar realizados (o que representa uma cobertura de 73% da população), 6% relatou fazer o tratamento para diabetes, ou seja, já era diagnosticado antes mesmo de realizar o teste. (GEORG AE, 2005, p.452-60)

O modelo de decisão analítico pode ser representado através do fluxograma a seguir:

exame para confirmação do diagnóstico. Se todos tivessem realizado o exame de confirmação, o número de novos casos seria de 1.350.255. (GEORG AE, 2005, p.452-60).

Vale ressaltar que o não comparecimento dos usuários para confirmação do diagnóstico implica numa perda econômica significativa, pois o primeiro teste foi realizado e teve um custo, mas no fim seu principal objetivo, que era rastrear, confirmar e encaminhar ao tratamento, não foi realizado. Apesar disso, os resultados se mostraram significativos.

1.3 Adesão ao tratamento

A qualidade de vida do diabético se resume basicamente à prática regular de atividade física (que contribui para o controle da glicemia) e consumo de dieta adequada (alto teor de fibra alimentar e redução do consumo de gorduras), associado à assistência médica. A não adesão a essas práticas podem ocorrer por dificuldade na modificação dos hábitos, por falta de motivação ou mesmo por falta de informação ou má interpretação da mesma.

Segundo Chacra & Lerário (1998, apud Guimarães FPM, Takayanagi AMM, 2002, p. 40) o tratamento seguiria quatro estágios, sendo o primeiro a mudança do hábito alimentar, prática de exercícios e mudança no estilo de vida, concomitante a isso a inserção do paciente a um grupo educacional abordando temas de relevância e importância para o indivíduo em questão.

Guimarães FPM, Takayanagi AMM (2002, p. 37-44), a partir de estudo realizado com objetivo de fazer levantamento sobre as orientações recebidas por um grupo de diabéticos, concluíram que a orientação inicial para o tratamento de DM é inadequada e condicionada ao tratamento medicamentoso, o que contraria as recomendações ideais. Dentre os 29 indivíduos entrevistados, apenas 17,2% receberam orientações referentes à dieta, ao exercício físico e à medicação no momento do diagnóstico.

“Os resultados mostram que mesmo quando os pacientes são atendidos por uma equipe multiprofissional, que tem como objetivo a abordagem da qualidade de vida deles, 20% não aderem ao tratamento por motivos diversos, o que nos leva à reflexão de que apenas a mudança do enfoque da equipe de saúde não é suficiente; é necessário encontrar mecanismos negociados entre os usuários dos serviços e a equipe, evitando assim o abandono ao tratamento e agravamento da enfermidade”. (COSTA, J. A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. C. G.; COTTA, R. M. M., 2008)

Isso demonstra a importância do profissional de saúde para o paciente que precisa se enxergar em sua nova condição para poder aderir ao tratamento. É possível que uma das falhas nessa adesão esteja no médico, tanto no tratamento farmacológico como no tratamento não-farmacológico. A falha é assumida, conforme, Augusto Rocha abordando especificamente a adesão ao tratamento da hipertensão arterial (doença inter-relacionada com o diabetes): “Está claro que o não basta o ato de prescrever um medicamento para que o paciente o use. Há que haver um convencimento da necessidade do uso do remédio e é exatamente aí que o médico erra.” (ROCHA A, 2003, p. 214). Por isso, o autor sugere uma política de educação voltada para os médicos, criando uma conscientização sobre a importância da adesão ao tratamento.

Cazarini RP (2002, p. 142-150), em estudo descritivo com objetivo de identificar o perfil de pessoas diabéticas e suas dificuldades em participar de um grupo de educação voltado para a doença, descobriu que dentre os 66 entrevistados, apenas 40 sabiam da existência de atividade educativa, sendo que desses 40, apenas 18 responderam que a atividade era de orientação. Com relação à participação, 27 disseram não participar por não saber da existência de atividade educativa, 2 não tinham interesse, 6 afirmaram que achavam o horário inadequado, 4 dependiam de transporte e 7 justificaram que eram de outros municípios, o restante alegou outros motivos ou não respondeu à questão. Quando perguntado sobre o que os levava a participar da atividade, 15 responderam que com a atividade conseguiam aprender mais sobre a doença.

Em outro estudo realizado com 357 pacientes (com diabetes do tipo 1 e 2), a maioria afirmou saber o que é diabetes, no entanto, apenas 39,2% afirmou já ter recebido alguma explicação ou assistido palestra sobre DM de algum profissional de saúde. Com relação a programa de educação (citado anteriormente como de suma importância), 75% afirmaram não participar ou ter participado. Concluíram que “Apesar de terem acompanhamento multidisciplinar, os pacientes da amostra apresentam baixo nível de conhecimento sobre o DM e suas complicações”. (DIAS AFG, VIEIRA MF, ET AL. 2010)

De acordo com Olmedo Canchola (1998, p.76-79), existem três tipos de fatores que influenciam o diabético e podem interferir na adesão: os fatores do paciente, os fatores sociais e os referentes ao profissional de saúde. O fator cultural se referem a importância do nível de estudo do paciente e os concomitantes recursos cognitivos que ele possui para entender a doença. O segundo fator - o social - está relacionado com o apoio familiar e de amigos, além do aspecto econômico, assim como a administração de

medicamentos e auto-cuidado, incluindo-se também nesse grupo, o fator da acessibilidade aos serviços. O fator "profissional de saúde" são todos os inseridos na relação médico-paciente, podendo levar ao sucesso ou fracasso do tratamento.

Diante de tantas possibilidades que podem justificar a falta de adesão ao tratamento por parte do paciente, é importante ser investigado em cada região pois as respostas podem variar de um lugar para o outro. Isso pode possibilitar uma resposta mais favorável à futuras intervenções como programas educacionais voltados para diabéticos. Para tanto, deve-se considerar a importância de aplicar medidas permanentes com intuito não só de prevenir como promover a qualidade de vida daqueles que já portam a doença.

METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

O presente estudo de caso é de caráter explicativo, buscando justificar os motivos para a falta de adesão ou abandono do tratamento por parte dos diabéticos, e de natureza qualitativa, visto que esta responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002).

2.2 Amostra

Os sujeitos da pesquisa são os usuários portadores de diabetes *mellitus* do tipo 2, sendo a amostra de 5 usuários, 3 no Centro de Saúde nº 08 e 2 no Centro de Saúde nº 04, escolhidos de forma aleatória. Além dos usuários, integram também a pesquisa os profissionais de saúde que são referência para esses diabéticos nos respectivos centros, sendo 1 enfermeira, 1 médico e uma técnica em enfermagem, resultando no total de 8 entrevistados.

A princípio, o número inicial de entrevistados era de pelo menos 12, mas, além do tempo se revelar reduzido tanto pela submissão ao comitê de ética, como pelo acesso a um dos centros de saúde para realização da pesquisa, especificamente com o médico no CSC nº 02, o que levou a optar por outro CSC para realização da pesquisa. Os Centros de Saúde escolhidos para realização da pesquisa são o nº 4 e nº 8 da Ceilândia, pela parceria já existente com estes centros para realização semestral do Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva I, especialmente o CSC nº 08, onde a presente pesquisadora realizou seu estágio e teve a oportunidade de participar do 1º evento de rastreamento do diabético desse CSC e, em seguida, realizar uma intervenção com os diabéticos.

Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que o áudio da entrevista pudesse ser gravado e então transcrito para realização de análise posterior.

2.3 Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada, ou seja, que se baseia no uso de guia de entrevistas, com uma lista de perguntas ou temas que necessitam ser abordados durante as mesmas (TOBAR; YALOUR, 2002, p. 101). Dessa forma o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2008).

Cada segmento contou com roteiros diferentes, ou seja, as perguntas elaboradas para os usuários são diferentes das perguntas elaboradas para os profissionais de saúde, mas com intuítos em comum. O roteiro dos usuários (em anexo) visava, no geral, conhecer seus cuidados referentes à doença, como alimentação, medicação, exercícios, relacionando-os com as orientações que recebe e como lida com elas. Já a entrevista dos profissionais de saúde (em anexo), buscou averiguar o funcionamento dos grupos, como era feito o acompanhamento médico, até mesmo como eram detectados esses pacientes. Também, buscou-se identificar convergências e divergências entre os olhares dos usuários e profissionais.

2.4 Análise dos dados

Será utilizada metodologia Análise de Conteúdo, que tem como objetivo principal revelar o oculto no texto, seguindo o percurso de decodificação que consiste num esquema geral de comunicação da Análise de Conteúdo. Esse percurso é iniciado pelo emissor e finalizado pelo receptor, mas seu caminho entre informação, texto, código, realidade, etc, pode sofrer variação.

Por ser uma análise qualitativa, a organização da codificação não compreende escolha das unidades nem enumeração, mas conta com escolha das categorias. Essa categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero, com os critérios previamente definidos. Esses critérios seguiram os fatores definidos por Olmedo Canchola: os fatores do paciente, os fatores sociais e os referentes ao profissional de saúde.

Muitos procedimentos de análise qualitativa se organizam por categorias, o que se aplica neste estudo, permitindo reunir um número maior de informações, seguido pelas relações das mesmas a fim de ordená-las. Essa ordenação, neste caso, se dá primeiramente pelo agrupamento de elementos comuns entre as categorias, observando-se em seguida as

divergências de falas de ambas, confirmando ou não possíveis hipóteses levantadas anteriormente pelo pesquisador. Segundo Bardin (1997, p. 114), a abordagem qualitativa é um procedimento mais intuitivo, porém é mais maleável e adaptável. Este tipo de análise, deve ser então utilizado na fase de lançamento das hipóteses, já que permite sugerir possíveis relações entre um índice da mensagem e uma ou diversas variáveis do locutor. Essas hipóteses podem ser influenciadas no decorrer do estudo

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) em 18 de Dezembro de 2012, recebendo aprovação dia 21 de Janeiro.

A coleta de dados ocorreu no meses de Janeiro e Fevereiro de 2013. As entrevistas ocorreram nos próprios Centros de Saúde, em dias que ocorriam reunião dos grupos do diabético, pois o agendamento direto com alguns pacientes não resultou positivamente. Todos os entrevistados receberam e assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (em anexo).

Para manter o anonimato dos entrevistados, durante os Resultados e Discussão do trabalho, foram utilizados nomes fictícios, inclusive os profissionais de saúde. Para os profissionais os nomes utilizados são Lúcia do Centro de Saúde 08, André e Larissa do Centro de Saúde 04. Para os pacientes do CSC 08, os nomes utilizados foram João, Ana e Fátima, e para os pacientes do CSC 04 os nomes utilizados foram Zé e Helena. As entrevistas foram registradas em áudio através de um tocador de música digital, Digital Music Player NWZ-B135F Sony.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Centros de Saúde 04 e 08, localizados em Ceilândia- DF, possuem grupos voltados para diabéticos que apesar das diferenças e semelhanças contam com um objetivo em comum, que é dar suporte aos diabéticos não apenas com o intuito da conscientização mas, também, um reforço nos cuidados necessários inclusive para prevenção de doenças subsequentes que podem se desenvolver a partir desse quadro de desordem.

A equipe que compõe o grupo do diabético no CSC nº 04 é composta pelos seguintes profissionais: médico (clínico geral), técnica em enfermagem, enfermeira e assistente social. A equipe encontra-se incompleto já que o nutricionista e outro médico que faziam parte da equipe pediram exoneração do cargo recentemente, além disso, a assistente social está de recesso.

Os profissionais atuam, em média, a cerca de 10 anos no mesmo espaço. O médico possui mais de 30 anos na profissão, enquanto que a enfermeira começou a trabalhar com diabéticos e hipertensos em 2004, então são profissionais que possuem bastante experiência na área de atuação.

3.1 Rastreamento

O 1º evento de rastreamento no Centro de Saúde nº 08 ocorreu entre 24 e 28 de outubro de 2011, das 7:30 às 11h da manhã, das 14h às 17h da tarde, e das 18h às 20h da noite e foi divulgado com 30 dias de antecedência com cartazes e áudio no Centro, além do carro de som na região uma semana antes do evento. Foi realizada uma parceria com o Supermercado Caprichoso, que fica vizinho ao Centro de Saúde, para que divulgasse o evento durante seu horário de funcionamento.

Tanto homens como mulheres poderiam realizar o teste de glicemia, desde que se enquadrassem nos pré-requisitos: faixa etária a partir de 45 anos e que estivessem portando um documento de identificação. Além disso, era sempre perguntado ao usuário se em sua família havia histórico de diabetes, e no caso das mulheres, se já tinha tido filho com mais de 4 Kg. As mulheres que estavam fazendo o cadastro na folha de Registro de Procedimento foram orientadas também a observar a cintura do usuário para o caso desse paciente apresentar algum tipo de gordura localizada.

Na folha de Registro de Procedimento é anotado nome completo, data de nascimento, idade, sexo, endereço e número do telefone. Há espaço para o resultado da

pressão arterial e Glicemia, que são entregues na hora. Há espaço para marcar se o usuário recebeu atendimento clínico, se foi agendado com o clínico ou se foi agendado no laboratório para realização do exame de confirmação.

O Registro de Procedimento deve estar à caneta, independente de se começar com lápis e passar a caneta depois, a fim de evitar a perda de informação.

Todos os usuários que realizaram o teste de glicemia e tiraram a pressão recebiam orientação de conduta de acordo do resultado, dessa forma, o usuário poderia seguir 3 caminhos: taxa de glicemia normal (não diabético), glicemia alterada (encaminhado para exame no laboratório para confirmar diagnóstico) ou glicemia muito alterada (encaminhado diretamente para o clínico médico para receber as devidas orientações).

Havia o intuito de realizar o rastreamento com frequência no CSC nº 08, no entanto em 2012 esse evento não foi realizado, pois a enfermeira Lúcia, responsável pelos pacientes diabéticos, deu início ao projeto, solicitou material do Hospital Regional de Ceilândia mas, não conseguiu obter ajuda: “Cadeiras, tenda e outros tipos de materiais foram solicitados, mas não houve obtenção de resposta”. Contudo, a mesma enfermeira ressalta a importância de ter realizado o rastreamento em 2011: “foi de grande ajuda na descoberta daqueles pacientes que não sentiam os sintomas, por que é muito difícil o paciente que sente o sinal e o sintoma”. Isso demonstra que mesmo havendo o interesse por parte dos profissionais, ainda existem outras barreiras que dificultam o processo.

Já no centro de Saúde 04 o rastreamento não ocorre mais, pois o grupo do Programa Saúde da Família (PSF), que realizava esse rastreamento, se desfez, ou seja, atualmente não há mais equipe do PSF para realizar essa e outras atividades. O rastreamento era realizado nas próprias residências, de forma que o sistema de saúde que ia ao encontro dessa população. Atualmente, a população abrangida pelo CSC 04 que tenha a suspeita da doença necessita ir ao encontro do profissional de saúde para descobrir ou confirmar sua situação, seja por sintoma, seja por prevenção.

3.2 O grupo do Diabético

No CSC nº 08, após o diagnóstico, o profissional de saúde faz a anamnese e pergunta ao paciente se ele gostaria de fazer parte do grupo, sendo positiva a resposta, ele é

encaminhado à sala do hiperdia (que atualmente funciona para verificação de pressão arterial e glicemia), onde encaixam os pacientes nos grupos.

O paciente que opta por fazer parte do grupo recebe um acompanhamento sistemático composto de palestras e consultas com o médico e a enfermeira de forma que, para o diabético conseguir uma consulta agendada com o médico, é necessário passar pela palestra primeiro. Podemos visualizar esse acompanhamento da seguinte forma:



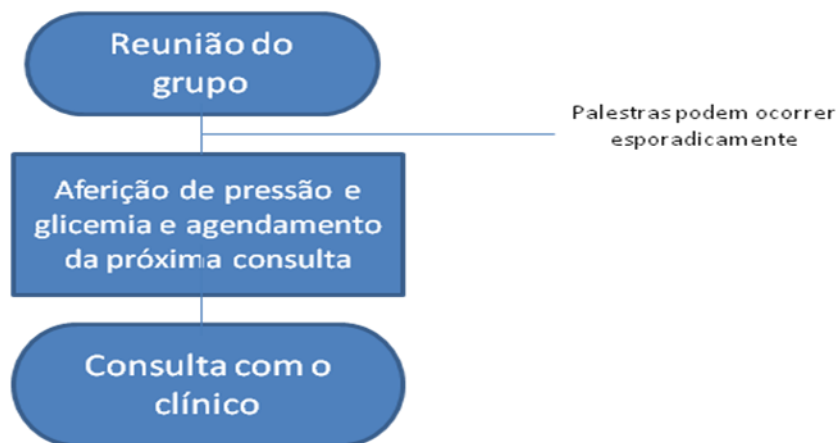
Dessa maneira, o paciente acaba obrigado a assistir as palestras, que abordam tópicos como alimentação, medicação e outros cuidados. Caso o paciente falte 3 vezes seguidas, ele tem o nome retirado do grupo. O paciente é alertado durante esse processo para que esta medida não seja necessária, todavia ele pode optar por sair do grupo. Seja por faltas acumuladas, seja por decisão própria, ele ainda pode retornar ao grupo a qualquer momento.

O paciente também pode fazer consultas extras com o médico, além de consultas com a enfermeira nas quartas feiras à tarde, quando ocorre a agenda aberta, ou seja, não precisa marcar antecipadamente, basta pegar uma senha na recepção. Esses encontros com a enfermeira são importantes, não só para que eles possam fazer solicitação de algum exame ou de encaminhamento para outras especialidades médicas (como oftalmologista, cardiologista), mas também para que essa enfermeira consiga ter maior percepção sobre o cotidiano desse diabético. Em média, a frequência de consulta é a cada 3 meses, sendo no máximo a cada 6 meses.

No CSC ° 04 o paciente também tem prioridade. Após o diagnóstico, que se dá “através da história clínica, do exame físico do paciente, e com os exames complementares”,

o paciente realiza a primeira consulta com o médico e ao final da mesma, esse paciente sai com encaminhamento. Ao final de cada consulta subsequente, ele sai com a próxima consulta agendada. Esse retorno é feito semestralmente, então “de 6 em 6 meses eles retornam pra que a gente solicite novos exames, observar se ele está fazendo uso da medicação corretamente, então, isso é de forma sistemática” (André, Médico Clínico Geral).

O fluxo percorrido pelo paciente (tudo ocorre no mesmo dia) no CSC nº 04 sofre algumas alterações em comparação com o CSC nº 08:



A saída do grupo, assim como no CSC nº 08, se dá por decisão própria ou pela ocorrência de 3 faltas consecutivas, no entanto, caso o paciente decida retornar ao grupo o processo é bastante demorado e não há garantia de que consiga uma vaga. É necessário marcar uma nova consulta com o clínico para fazer a solicitação, e então aguardar na fila de espera o surgimento de uma vaga, que atualmente, se dá apenas pelo falecimento ou desistência de outro paciente, isso por que a falta de profissionais tem impossibilitado a ampliação dos grupos.

Os portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 que foram entrevistados, no geral, não possuem grau de escolaridade muito avançado, em sua maioria apresentam ensino fundamental incompleto, no entanto há também os extremos, como nível superior completo se contrapondo com o analfabetismo. A média de tempo de convivência com a doença desde que recebeu o diagnóstico é em média de 7 anos, sendo o máximo de 12 anos e o mínimo de 4. A idade dos pacientes entrevistados variou de 41 a 65 anos, numa média de aproximadamente 56 anos de idade.

Apesar de muitos pacientes diabéticos serem também hipertensos, nem todos os entrevistados se declararam hipertensos. Ao serem questionados se possuíam outra doença,

quando possuíam, não incluíam hipertensão no discurso, por isso passaram a ser questionados de forma direta a respeito, sendo a resposta, em sua maioria, afirmativa a respeito.

3.3 Os hábitos dos diabéticos

Os fatores levantados afim de se observar o auto cuidado foram: medicação, alimentação, exercícios físicos, pé diabético, relação com os profissionais de saúde referenciados e, de forma mais indireta, a participação no grupo do diabético, pois apesar do grupo existir nos dois centros de saúde, o funcionamento é diferente, assim como o comprometimento do usuário com o tratamento, ressaltando mais uma vez que esse tratamento consiste na medicação, dieta balanceada e atividade física.

O hábito de fumar e beber também foram questionados aos pacientes, pois o álcool pode causar hipoglicemias severas. Os pacientes entrevistados afirmaram não fumar nem beber, ou pelo menos abandonaram o hábito em razão da diabetes, apesar do consumo não ser totalmente proibido, mas sim restrito. Com relação ao tabagismo, os malefícios incidem em pessoas diabéticas ou não, sendo que em indivíduos com doenças crônicas os danos se revelam maiores. A restrição e até o abandono desses hábitos por parte desses pacientes indica que estão conscientes quanto aos prejuízos que o fumo e o álcool acarretam.

Ao serem questionados sobre a medicação, 4 souberam responder o nome das medicações consumidas e afirmaram tomar de acordo com as orientações do médico (a dosagem, o horário e, no caso da insulina, a aplicação). Levando em consideração que a alimentação também influencia nesse aspecto, eles buscam fazer um controle segundo recomendações, no entanto, esse controle se mostrou tão difícil quanto o uso da medicação.

Uma das primeiras orientações que o paciente recebe quando é diagnosticado com diabetes é fazer uma dieta adequada (segundo relato dos médicos e dos próprios diabéticos). Quando os pacientes foram questionados nesse sentido, os alimentos arroz, feijão, carne pão, verduras no geral e massas no geral foram os alimentos citados como mais ingeridos, enquanto doces e frituras foram classificados como tipos de alimentos mais evitados. A alimentação é um dos 3 fatores chave para a qualidade de vida do diabético, devendo ser observado não só a quantidade, mas também a qualidade dos alimentos. Esse tópico será melhor discutido no capítulo "Fatores que interferem na adesão ao tratamento".

Outro fator levado em conta foi a presteza dos diabéticos com relação aos autocuidados com os pés. O pé diabético é uma complicação facilmente prevenível mas que

pode levar a amputação de membros quando não se faz o controle adequado dos níveis de glicemia. Diabéticos devem examinar os pés diariamente, tomar cuidado com ferimentos, rachaduras, e outras coisas do gênero, deve também usar meias sem costura e calçados adequados e esses são apenas alguns dos cuidados para essa complicação. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2010) Ao serem perguntados se examinavam os pés, houve uma diferença clara nas respostas dadas comparando um centro de saúde com o outro. No CSC 08, todos afirmaram examinar os pés com frequência e saber a importância, mesmo não sabendo explicar, enquanto os usuários no CSC 04 disseram não examinar os pés, sendo que uma paciente afirmou estar precisando examinar de continuidade com a seguinte declaração: “Ela explicou tudim direitim, muitas vezes tem problema, tem ferimento na pele, um bucado de coisa ela falou. Na palestra ela examinou direitim mas depois não teve mais não já tem uns 2, 3 anos.” (Maria, usuária do CSC nº 04).

Essa fala demonstra que o usuário já teve conhecimento prévio sobre o assunto em questão (o pé diabético), existindo dessa forma uma percepção por parte desse indivíduo, todavia, nota-se também que as palestras já não ocorrem periodicamente, e, portanto, o tema não é mais discutido há um tempo. Por serem usuários mais velhos ou idosos, a memória geralmente é bastante falha, o que requer a abordagem dos temas com certa frequência, por tanto a abordagem através das palestras é um mecanismo importante, mas que se mostra ausente. Por outro lado, as falas captadas no outro centro de saúde se mostraram positivas:

“A enfermeira sempre orienta a gente no cuidado dos pés, como tem que lavar e sempre que lavar todo dia após o banho, enxugar bem entre os dedos pra evitar friteria, evitar algum tipo de micose entre os dedos e no solado dos pés, despelamento, essas coisas. Então, toda reunião ela orienta a gente sobre isso.” (João, usuário diabético do CSC 08).

“A gente tem que ter cuidado por que pode dar ferida e não cicatrizar aí vai ter que amputar.” (Ana, usuária diabética do CSC 08).

Uma breve comparação em diferentes aspectos desses centros de saúde será abordada mais adiante.

3.4 Divergências e convergências nos discursos

Esse item será dividido nos seguintes tópicos: diagnóstico do paciente; recomendações feitas pelo médico; monitoramento do paciente; dúvidas frequentemente

levantadas pelos diabéticos e dificuldades no relacionamento médico/paciente. Esses tópicos foram formados a partir da entrevista e da possibilidade de uma relação direta nas falas.

3.4.1 Diagnóstico

Segundo o médico, “Pode acontecer do paciente descobrir por check-up de rotina, mas, às vezes, ele já chega com a sintomatologia ele vem com queixa de perda de peso, que está urinando muito, tá bebendo muita água” (André, Médico Clínico Geral). Essa fala pode ser complementada pelo discurso da Larissa, técnica em enfermagem no CSC ° 04: “Geralmente o paciente acaba descobrindo e hoje eles tem mais informação. De um jeito ou de outro ele vem. É muito difícil o paciente diabético não vir. Cedo ou tarde ele vai descobrir por que diabetes não tem cura, né? Tanto é que a gente nunca tem vaga”.

Mas voltando o olhar para o CSC n° 08, onde o diagnóstico também é feito através dos sintomas e glicemia sérica, a fala da enfermeira Lúcia traz uma preocupação referente ao diagnóstico precoce, o que leva à percepção da importância de um evento de rastreamento:

[...]e aquele paciente que não tá sentindo nada, tá começando com uma diabete alterada, 200/300 e não percebe nada, que só vai perceber realmente quando ele passa mal, quando ele desmaia, e vai pro pronto socorro com uma glicose de 500, sendo que quando ele chega nessa situação, ele já teve lesão de algum órgão, que se nós tivéssemos o rastreamento, descobriríamos a diabetes no início e ele já poderia tá medicando e evitando muitas consequências.

Essa importância se reflete claramente nas condições dos pacientes. A situação mais grave entre os diabéticos entrevistados foi o caso da Maria, diagnosticada há cerca de 10 anos, descobriu quando foi procurar o médico devido mal estar, perda de peso e grande consumo de água. Quando ela descobriu, sua glicemia estava acima de 600, o que pode ser considerado um estado gravíssimo que levar ao coma hiperglicêmico, colocando a vida do indivíduo em perigo. Ela afirma que possui problema na visão agravado pela diabetes, mas considerando o estado avançado em que se encontrava quando a doença foi descoberta, é possível que sua visão tenha sido prejudicada justamente pela doença, o que poderia ter sido evitado com um diagnóstico precoce.

A ideia do diagnóstico precoce pode ser reforçado com o caso do paciente Zé, que teve seu diagnóstico de diabetes através do evento nacional de rastreamento ocorrido em

2001. Apesar do usuário ainda definir diabetes como “algo complicado”, existem os fatores positivos, que são: o paciente ter abandonado o hábito de fumar e beber; início de dieta balanceada (dentro de suas concepções e alcance); e consumo regular da medicação. O mais importante é levar o paciente ao controle da taxa glicêmica com uma reeducação progressiva para impedir o avanço da doença, dessa forma, a qualidade de vida pode ser assegurada.

3.4.2 Recomendações pós-diagnóstico

Segundo a enfermeira Lúcia, as primeiras recomendações dadas ao recém-diagnosticado é a indicação para que ele faça parte do grupo do diabético, participando de uma palestra como processo de introdução nesse novo contexto. Quando ele é diagnosticado por ela, o paciente também recebe orientação tanto falada como escrita: "o que tem que ser cuidado quanto à alimentação, a medicação, como tem que usar a medicação corretamente, atividade física." A resposta do doutor André não difere muito: "Uma vez constada a doença, a gente orienta o paciente a fazer a dieta e tomar medicação, e a gente já pede outros exames complementares pra ver se existe alguma patologia/doença associada".

Aos diabéticos, foi perguntado quais as primeiras recomendações médicas ao receber o diagnóstico. As respostas no geral foram relacionadas a alimentação: "Pedi pra tirar as massa, o açúcar", "foi fazer regime, evitar doce". A resposta mais completa foi do usuário João, do CSC nº 08:

Não comer nada que for arrancado da terra, mandioca, cenoura, batata, tudo isso que for arrancado da terra ele contém muito açúcar, então evita esse tipo de coisa. E segunda, frituras. Qualquer fritura é prejudicial demais pra diabetes. Então, são primeira recomendação são essa. Aí fui encaminhado ao nutricionista, aonde passa aquela relação que realmente é quase impossível a gente seguir. E toda vez que a gente a diabete tá dando um pouco alta o nutricionista olha "sua alimentação tá totalmente errada", mas fazer o que, não tem como seguir.

Como já era de se esperar no quesito “mudança de estilo de vida”, a reeducação alimentar foi um dos fatores levantados como uma das maiores dificuldades em aderir ao tratamento/acompanhamento médico. Como é um dos pontos mais enfatizados pelos profissionais da saúde, todo paciente diabético tem ao menos uma noção com relação a limites e concessões nesse aspecto. Esse fator será abordado em um capítulo mais adiante.

3.4.3 Monitoramento dos diabéticos

As respostas obtidas dos profissionais de saúde com relação ao monitoramento dos pacientes diabéticos se mostram bastante divergentes, no entanto na prática, esse monitoramento não difere tanto:

Eles fazem o monitoramento de glicemia capilar. Eles tem que fazer durante 5 horários diferentes. Um dia em jejum, outro dia antes de almoçar, duas horas após o almoço, outro dia antes de jantar e outro dia antes de deitar. Se ele tá compensado e só usa comprimido, apenas 2 vezes por semana. Se ele usa insulina ou toma comprimido mas está descompensado, a gente pede o controle diário em horários diferentes e a gente vai verificar como tá a glicose dele. Agora, o outro monitoramento é a glicohemoglobina, que a gente faz o check-up anual, ou até de 6 em 6 meses se for necessário. A partir da glicohemoglobina eu quero saber como que tá realmente esse controle da diabete, por que pode ser que o paciente esteja mentindo pra mim. Se por acaso essa glicohemoglobina tá acima de 7, 8, 9, eu acredito na glico, e não na glicemia capilar, por que o paciente pode tá mentindo/omitindo, ou fazendo errado. "Ah, amanhã tenho consulta" aí vai lá, preenche a folhinha de qualquer jeito na hora pra não receber bronca. (Lúcia, Enfermeira no CSC nº 08)

No Centro de Saúde nº 04, o clínico geral afirmou que há o monitoramento dos pacientes: "Temos os agentes de saúde. Quando eles (os pacientes) não comparecem à consulta, eles vão na residência pra ver o que tá acontecendo, quais são as razões para o não comparecimento".

O primeiro aspecto a ser observado é que o monitoramento de glicemia capilar percorrido pela enfermeira Lúcia, que apesar de não ter sido relatado no discurso do médico, ocorre também no CSC nº 04. Esse monitoramento varia de paciente pra paciente, de acordo com o perfil e condição atual da doença. No caso deste centro de saúde, na triagem realizada antes da consulta realizada semestralmente, por exemplo, é feita uma verificação da glicemia. Segundo o médico "Os grupos são acompanhados duas vezes por semana. Especialmente na quarta feira é feita a glicemia. Quando eles chegam, a Enfermagem faz a triagem, fazendo a glicemia, verificando a pressão, de forma sistemática". Ou seja, a frequência desse monitoramento que vai variar não só pela estrutura do centro de saúde mas também pelas condições do paciente, como alguns precisam estar mais atentos aos níveis glicêmicos, é

comum que esses pacientes possuam o glicosímetro, porém, esse acesso não se revela tão grande no CSC nº 04 segundo o médico:

"A secretaria tava mandando num número razoável (de glicosímetro). Mas eu acredito que nos últimos meses não está sendo distribuído por que a secretaria não está mandando para os centros de saúde. Eles (os pacientes) tem dificuldade em comprar. Principalmente as fitas, que é o caro. O glicosímetro não é tão caro, é a manutenção que é dispendiosa."

No CSC nº 08, parece ocorrer o inverso:

A maioria tem. As fitas são caras mas a secretaria oferece. Quando (o glicosímetro) tá de promoção custa 50, 60, até 70 reais. Pra alguns paciente não é caro, pra alguns faz diferença, mas pra maioria...divide no cartão em 10 vezes e consegue comprar. Eu incentivo por que a secretaria não fornece, então quando a gente recebe 1 ou 2 aparelhinhos por mês, a gente dá prioridade pro paciente acamado, pra alguma criança que aparece aqui que tem que furar o dedo 6 vezes no dia, ou uma gestante que também tem que furar às vezes 6, 7 vezes ao dia, então a gente dá prioridade a pacientes mais emergentes quando chega. E mesmo por que, os nossos aparelhos também quebram e a gente tem que fazer a troca. No hiperdia por exemplo nós trocamos já umas duas vezes no passado por que a demanda é muito grande né?! Quantas vezes por dia eles verificam uma glicemia?! Então esses aparelhos a gente tem que tá sempre trocando, então a gente tem que deixar um de reserva por que o hiperdia precisa, mas a maioria tem aparelho. No meu protocolo de controle e pergunto se tem o aparelho de aferir pressão, de furar o dedinho, alguns nem tem o aparelho de pressão, mas de glicemia tem. Eu acredito que uns 80% tem aparelho. (Lúcia, Enfermeira no CSC nº 08)

Com relação ao fornecimento de glicosímetros e as fitas utilizadas nos mesmos, as dificuldades se apresentaram semelhantes, já que o CSC nº 04 revelou não distribuir as fitas, todavia o recebimento do glicosímetro parece pouco acessível. Dos 3 pacientes questionados sobre monitoramento da glicemia com glicosímetro próprio, os três responderam positivamente.

O segundo aspecto foi os agentes comunitários de saúde citados pelo médico como ferramenta de monitoramento dos pacientes que faltam encontros do grupo do diabético. Esses agentes nos centros de saúde, pelo menos em sua maioria, não tem sido suficientes pra compor as equipes demandadas, ou seja, não há equipes suficientes para cobrir a área de cobertura dos respectivos centros de saúde. Durante uma reunião observada fora do

contexto da pesquisa, foi relatado justamente esse problema, que os permite cobrir apenas uma pequena área de cobertura de responsabilidade do CSC nº 04. Foi ponderado também a desmotivação e o sentimento de inferioridade demonstrado pelos agentes comunitários, e essa desmotivação ocorre também em outros profissionais da saúde, mas não tão aguda como nos agentes comunitários de saúde. De qualquer forma, essa ferramenta acaba por não existir na prática ou pelo menos não existir da forma que seria necessária a preencher a lacuna.

Ademais, incorrendo a falta de paciente, este será contatado, como já foi relatado anteriormente no tópico abordando o funcionamento do grupo do diabético. O importante a ser destacado é o monitoramento periódico dos pacientes através, principalmente, do glicosímetro.

3.4.4 Relação Profissional de saúde/paciente

O uso do termo "profissional" ao invés de "médico" se deve principalmente pelo fato de que em um dos centros a enfermeira como referência dos diabéticos é, de modo geral, maior quando comparado com o médico clínico geral. É claro que existe a questão de uma equipe multiprofissional presente auxiliando nos grupos do diabético em ambos os centros.

Durante a entrevista, os diabéticos foram questionados sobre a relação com os profissionais se, de um modo mais informal, sentem-se "a vontade" para expor suas condições, suas dificuldades, seus problemas e seus questionamentos. Esse fator precisa ser estudado pois como Augusto Rocha destacou, "não basta o ato de prescrever um medicamento para que o paciente o use", além disso, o fator "profissional de saúde" é um dos "três tipos de fatores que influenciam o diabético" mencionados por Olmedo Canchola, que serão aprofundados logo mais.

Todos os pacientes demonstraram se sentir bem com o médico ou a enfermeira de referência e de modo geral, pelo menos do ponto de vista desses pacientes, não há dificuldades em conversar ou esclarecer dúvidas, afirmando inclusive que "Elas são muito prestativas e assim...perguntam muito se a gente tá entendendo" (Fátima, paciente diabética do CSC nº 08). Outro paciente declarou:

A Lúcia é uma pessoa muito calma, explica com clareza, se não entendeu ela repete de novo, uma pessoa de muita vontade, é uma espécie de super mãe, uma pessoa que a gente confia demais. Pra mim a Lúcia é tudo. Minha esposa tem até um pouco de ciúme. Mas a Lúcia é uma pessoa

extraordinária. E o doutor Diego é uma pessoa também que tá sempre acompanhando a gente, é uma pessoa muito bacana, novo ainda, mas ele é bastante experiente, muito calmo, muito humilde. Ele analisa as coisas pra fazer e passar um remédio, ele tem uma noção, não vai jogando de qualquer jeito. Eu não conheço bem os outros aqui não, eu conheço o outro doutor Fernando, mas eu confio mais ainda no doutor Carlos do que no próprio doutor Fernando que é mais de idade, eu acho que o doutor Diego é uma pessoa que nós precisa dele aqui, como se fosse o pai acompanhando o filho. (João, diabético do CSC nº 08)

Novamente houve uma diferença de um Centro de Saúde para outra, pois apesar dos diabéticos entrevistados do CSC nº 4 não afirmarem ter uma relação ruim, a fala demonstra que não há uma relação aberta: "a gente só faz a consulta, não tem muita coisa pra conversar", exemplificando justamente a questão levantada por Augusto Rocha citada anteriormente. Duas possibilidades para essa incidência: a não conscientização por parte do profissional sobre a importância da adesão ao tratamento (citada por Rocha A.) ou esse profissional não está ciente do pensamento não oculto desses pacientes, em ambos os casos, o que existe, talvez para ambos os lados (médico e paciente), é a falsa sensação de que esse aspecto segue sem déficits.

Se por um lado o paciente se sente confortável com o profissional, sem dificuldade em sanar as dúvidas com o profissional, por outro, o profissional chega a destacar inclusive em que termos a dificuldade é maior:

Principalmente com relação a sexualidade. Por que quando a pressão tá alta, diabetes tá alta, afeta a sexualidade. Diminui o desejo sexual, causa impotência sexual, então, eles tem muita vergonha de conversar comigo e até com o médico. O nosso clínico é meio assim, extrovertido, gosta de fazer brincadeira. Então eles tem receio. Quando chegam lá, o médico faz brincadeira e eles acabam tendo medo de tá conversando com ele. Então uma parte realmente que eles tem muita dificuldade é essa parte da sexualidade. E também a memória deles acabam falhando e eles tem vergonha daquilo que eles já assistiram na palestra de tá perguntando "ah, ela falou mas eu não lembro", a memória falha muito. A medida que eles vão envelhecendo, a memória falha e às vezes eles tem vergonha "eu sei que ela falou, mas eu esqueci". Então tem essa situação, né? (Lúcia, Enfermeira no CSC nº 08)

O médico do CSC nº 04 observou que os usuários apresentam dificuldade e constrangimento em tirar dúvidas e que isso ocorre com frequência. A forma que ele

encontrou para lidar com isso foi tentando se antecipar: "Eles tem dificuldade de tirar suas dúvidas. Mas a gente se antecipa. Eu percebo que ele tá com dúvida num determinado assunto, então a gente já aborda o assunto e procura esclarecer de alguma forma."

Como alguns pacientes sentem essa dificuldade de questionar dentro do consultório, existe a possibilidade de essas dúvidas estarem sendo sanadas (ao menos na concepção dos profissionais da saúde) fora do consultório. Os diabéticos afirmam que não: "Procuro ninguém não, só o médico mesmo"; " A primeira pessoa que eu procuro é a da Luz. Quando não tá na área dela, ela encaminha a gente para o doutor". Em contrapartida, o médico e a enfermeira afirmam que isso ocorre e esta discorre quais as fontes de informação mais recorrentes: "A maioria das vezes fora do consultório, primeiramente a televisão, depois vem a internet, depois vem leitura, folheto que a gente entrega, ou quando vão pra algum evento, desses que acontece final de semana, Feira de Saúde, Ação Global, Ação de Saúde."

O clínico geral declarou que procura desfazer os argumentos levantados pelo meio exterior: "Eu procuro mostrar que a orientação nossa, modéstia a parte, é a correta. E é a orientação que eles devem seguir, e não a orientação dos leigos, né?"

Ao lado das dúvidas, existem as dificuldades diárias desses pacientes, e segundo os profissionais da saúde, as maiores dificuldades se encontram no uso do medicamento, na adaptação da dieta balanceada, e na prática da atividade física como parte do cotidiano: "Do uso da medicação, seguir a dieta que a gente orienta, até por que alguns não tem condições de ter uma alimentação saudável, então eu acredito que seja por razão financeira." (Médico André)

"Eu acho que é em relação à alimentação. Diminuir aqueles alimentos que a gente não proíbe. Diminuir realmente os alimentos que prejudicam o açúcar no sangue. É o pão de queijo, o sorvete, a pizza, o refrigerante. Então esses alimentos, eu acho que a maior dificuldade deles em primeiro lugar é a alimentação. Segundo, o exercício, aderir ou por preguiça ou por falta de tempo. Eu tenho pacientes que fazem faculdade, trabalham o dia todo, à noite estudam, chegam meia noite. Outra coisa também em relação à medicação: muito comprimido. Dez comprimidos por dia, tem essa dificuldade. A gente fala 'primeiro, segundo, terceiro' , de repente eu falo "primeiro alimentação", né, mas se a gente for colocar na balança eu acho que acaba ficando linear. Em relação a medicação, pela quantidade, tem o que não sabe ler, não enxergam, tem isso também." (Enfermeira Lúcia)

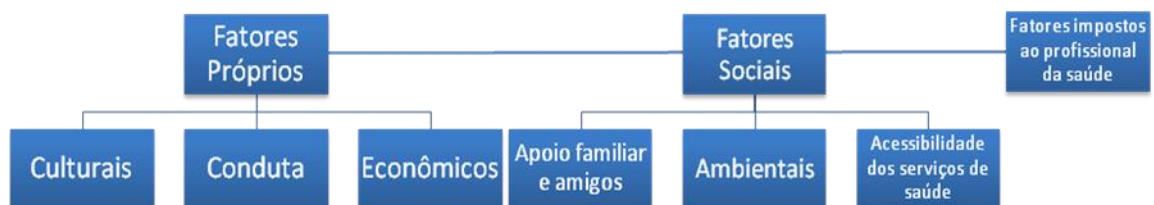
Apesar dos usuários afirmarem tomar de acordo com o indicado, eles não tem muita informação sobre a atuação desse medicamento, mas isso se deve pela falta de interesse por parte dos usuários: quando questionados se já haviam perguntado ao médico a respeito ou se tinham interesse em perguntar, responderam que não para ambas as perguntas. Mesmo que a compreensão seja uma barreira, a motivação em entender é um passo para melhor aderir ao tratamento medicamentoso. Todos os usuários entrevistados afirmaram saber que aquele respectivo medicamento é pra hipertensão e o outro para diabetes, por exemplo, não sabendo explicar nem ao menos que sua atuação é no metabolismo fazendo o controle da glicose.

4 Fatores que interferem na adesão ao tratamento

Como apresentado na metodologia, o trabalho compreende a categorização utilizando os fatores citados por Olmedo Canchola no artigo *Falta de adherencia al tratamiento en el enfermo diabético: un problema de salud pública* (Falta de adesão ao tratamento por diabéticos: um problema de saúde pública) para analisar e classificar as causas que levam os diabéticos a abandonarem o tratamento.

Tratamento se refere a medidas encaminhadas para curar ou aliviar enfermidade de uma pessoa doente, tanto no aspecto farmacológico como em outros cuidados. O tratamento da diabetes, busca proporcionar uma qualidade de vida tanto através do aspecto farmacológico como por cuidados baseados geralmente em mudanças de hábitos que estão enraizados na cultura ocidental.

Segundo Olmedo Canchola, os motivos que interferem na adesão ao tratamento pode ser classificados em vários fatores distribuídos da seguinte forma:



4.1 Fatores Próprios

4.1.1 Culturais

Olmedo Canchola afirma que pessoas com mais estudo geralmente possuem um entendimento mais claro de sua doença, sendo os que conseguem cumprir de maneira adequada o tratamento. Isso pôde ser observado, mesmo que ainda de modo superficial, principalmente quando perguntado aos diabéticos sobre suas concepções referentes a doença. De três pacientes questionados a cerca, um não possui estudo, outro possui ensino fundamental incompleto (mas não consegue mais ler devido a complicações na visão), e o último possui segundo grau. Para os dois primeiros, as respostas sobre "O que é diabetes na sua opinião" foram "É algo complicado" e "É uma doença horrível, tenebrosa" respectivamente. Já para o terceiro indivíduo a resposta foi:

É um tipo de enfermidade que tira a gente de certa rotina, é uma doença que a gente tá sempre lembrando, mas não é coisa de se preocupar da pessoa ficar com aquilo na cabeça e se neurizar com aquilo. Não pode. É uma doença comum. A gente vê aí em torno de 70% que tem. É só a gente aprender a conviver com ela, se alimentar corretamente. Mas é algo comum. (João, diabético do CSC nº 08)

Apesar de não explicar em aspectos biológicos, e seu percentual de incidência da doença não estar correto, sua perspectiva com relação a qualidade de vida se mostrou mais positiva mesmo diante da doença ao qual ele convive há 4 anos.

4.1.2 Conduta e econômico

Nos aspectos de conduta estão intimamente ligados a própria cultura, que cria barreiras quando se trata de mudar os hábitos. Esses hábitos dizem respeito a mudança na dieta e prática da atividade física (olhar capítulo "Os hábitos dos diabéticos"), principalmente por que, como citado a pouco, esses hábitos estão enraizados na cultura da população.

Com relação a alimentação, todos revelaram esforço contínuo, no entanto foi observado que a dificuldade de mudança desse hábito muitas vezes é agravado pelo fator econômico. Quando perguntado sobre alimentação e seguir dieta indicada por nutricionista, o usuário João respondeu de forma que apesar da consciência e do esforço, estes se acabam de encontro a outros fatores:

Na verdade a gente não segue, por que a gente encontra duas coisas: uma, muitas vezes o orçamento não permite a gente comprar, por que num é só

comprar, tem a dificuldade em encontrar. Você vai procurar numa verdura alí, ou num mercado perto de casa, não tem couve, não tem alface, não tem tomate, quando tem é de péssima qualidade, não tem pepino, e aí você vai ter que ir caçar o lugar, em outro verdurão, distância louca, pegar o carro, gastar combustível, o tanque do carro tá vazio, não tem combustível, você não tem pra por também, então você acaba tendo que adquirir outras coisas. Embora isso não seja correto. (João, diabético do CSC nº 08)

De fato, esse fator se revela como uma das maiores dificuldades, talvez a maior. Alguns usuários foram perguntados sobre suas maiores dificuldades no início do tratamento: de três, 2 afirmaram que a maior dificuldade foi mudar a alimentação e 1 disse que foi com relação a medicação (se adaptar aos horários), mas mesmo esta paciente apontou que teve muita dificuldade em diminuir o consumo de massas.

O esforço demonstrado para mudança na alimentação nem sempre é refletida nos outros fatores, vide a adesão da atividade física. Apenas uma usuária declarou fazer exercícios com frequência, afirmando que as atividades foram um fator positivo pois contribuiu muito para a perda de peso, além de possibilitar a interação social. Isso ocorre também pelo choque com o fator econômico, mesmo que de uma forma sutil, pois são indivíduos que ainda trabalham, afetando na disponibilidade de tempo e disposição para a prática de exercícios. O encontro dos fatores não chega a ser direto já que a atividade física não implica no pagamento de uma academia, podendo ser praticada através de exercícios simples, como a caminhada.

O uso da medicação também pode ser classificado em conduta, já que geralmente está ligado a mudança de hábito, pois mesmo que ele já tenha tido contato com outros medicamentos, agora esse contato se dará de forma frequente e contínua. Foi manifestado por uma paciente como a maior dificuldade de se adaptar no começo do tratamento: Eu achei mais dificuldade em me adaptar à medicação, os horários, tudo. Mas depois que a gente pega a rotina...é o hábito. (Maria, usuária do CSC nº 08)

O aspecto econômico também é refletida quando retornamos na questão do acesso ao glicosímetro, que proporciona um monitoramento mais adequado e evita o deslocamento até o Centro de Saúde que pode ser dispendioso para alguns pacientes, além disso, economiza tempo desses usuários e diminui o fluxo nos corredores desses centros. É fato que a questão econômica influencia em vários aspectos de forma direta e indireta. Olmedo Canchola alega que o fator econômico muitas vezes é responsável pelo abandono do tratamento dos diabéticos, mesmo quando o paciente deseja aderi-lo.

4.2 Fatores Sociais

4.2.1 Apoio familiar e amigos

O apoio da família se dá principalmente com relação ao uso do medicamento, monitoramento da glicemia e a dieta, enquanto o apoio dos amigos se dá mais na forma de apoio emocional. Não houve avaliação ou possível dedução com relação ao apoio dos amigos, mas com relação a família buscou-se saber como foi a aceitação e adaptação, principalmente com relação a alimentação que geralmente acaba afetando diretamente os familiares. Se o sujeito diabético é homem, comumente a mulher que cozinha, então pode haver uma resistência na companheira alterar sua forma de cozinhar, mas se a mulher que é portadora de diabetes, a resistência pode ser por parte dos familiares em aceitar a mudança do cardápio.

Todos os pacientes afirmaram que não houve dificuldade em a família se adaptar à nova rotina, seja por alguns alimentos já serem excluídos antes mesmo do diagnóstico, seja pela família não impor barreiras à mudança. Mas na visão do médico André, não é bem assim que acontece:

Eu atribuo o abandono até por parte dos familiares. A maioria, como eu falei, são idosos e eles vêm desacompanhado. Não vêm familiar, um filho, uma nora. Eles têm dificuldade em compreender, tomar medicação, como fazer a dieta, como fazer uma atividade física, a gente explica pra eles pra fazer caminhada. Eu acredito que com essa dificuldade no entendimento, eles se sintam desestimulados e aí não retornam pra que eles sejam acompanhados semestralmente.

A enfermeira Lúcia relatou que procura fazer uma cobrança nesse sentido, principalmente quando o paciente é idoso e/ou não sabe ler e precisa tomar medicação. Quando algum paciente atribui a alimentação inadequada à esposa, a enfermeira procura conversar para chamar a atenção. Ela contou o caso em que acionou a assistente social pois o paciente era idoso, com dificuldade de controlar a pressão, a alimentação e o enviou de bilhete convocando um familiar não estava resolvendo (não se sabe se a família não estava dando atenção ou se a paciente não mostrou o bilhete). Essa paciente diabética necessitava do apoio familiar pois tinha dificuldades e se recusava a dar início a insulina, e como o médico não quis interferir na vontade da paciente, a enfermeira se interferiu no lugar: "Eu chamei o filho,

pra que o filho pudesse ajudar. E hoje em dia...ela já tá tomando a insulina. Então iniciou com a insulina uma vez por dia, o filho aplicando antes de ir trabalhar".

4.2.2 Acesso aos serviços de saúde

Como os centros de saúde em questão trabalham com os diabéticos através dos grupos, o olhar sob esse fator será voltado para o inserimento do usuário ao grupo.

No CSC nº 04, observou-se que não há mais abertura de agendas para participar do grupo por falta de profissionais, levando aquele usuário diabético que espera fazer parte do grupo tem de entrar numa lista de espera. O surgimento de vagas atualmente se dá pela saída de um paciente do grupo ou pela morte de um (olhar capítulo "O grupo do diabético"). A técnica em enfermagem Larissa revelou que "O grupo funcionava muito bem quando tinha toda a equipe. Não tem mais equipe pra tratar o paciente". Larissa explica que a falta de profissional se dá por que para o médico não é interessante, pois o profissional de saúde não conta com boa estrutura para trabalhar, o que dificulta dar continuidade ao tratamento do paciente, além disso, se algo acontece com o paciente, a culpa cai sobre o médico. Ela buscou exemplificar:

Se chega um paciente aqui com câncer, manda pro hospital de base e ele fica esperando coisa que não pode esperar. Então o médico se frustra. Na rede particular, ele sabe que o paciente tem que ir pra oncologia, vai transferir o paciente, o paciente tem convênio, de alguma forma ele vai entrar, e se o paciente não entrar não é culpa dele, é culpa do paciente que não tem dinheiro. Na secretaria não, a culpa é nossa.

No CSC nº 08, apesar da grande demanda, as agendas abertas parecem estar sendo suficientes, mas a dificuldade se mostra a mesma:

Pela dificuldade que eu tenho, só tem eu como profissional, necessitaria de ter mais profissionais, pra que a gente pudesse até ter um intervalo menor desses pacientes. Clínico nós temos apenas um. Eu tenho apenas 10 horas por semana pra dividir entre diabético e hipertenso, então não tenho vaga. Eu tenho que conseguir cada vez mais aumentar espaço entre os grupos, por que se eu diminuir, tenho que ter mais dias pro clínico. Eu tenho que, agora, atualmente, eu estou eliminando o grupo de hipertenso pra dar vaga pra diabético. (Lúcia, enfermeira no CSC nº 08)

É possível que em algum momento, se não houver ampliação de uma equipe capacitada, já que não há um programa de prevenção contra diabetes e o número de

portadores dessa doença é cada vez maior, o CSC nº 08 (e outros centros de saúde) sofram uma superlotação, não dando conta de tratar uma enfermidade que gera tantas complicações.

4.3 Fatores relacionados aos profissionais de saúde

Esse fator diz respeito à empatia entre o paciente e o profissional da saúde: enquanto o paciente espera um bom tratamento, um lugar que se possa expressar e tirar as dúvidas, o profissional espera que o paciente corresponda de acordo com suas recomendações. Se algum dos dois deixa de cumprir com sua parte, essa relação sofre uma ruptura. (Olmedo Canchola, 2001).

Como visto no item "Relação Profissional de saúde/paciente" desde trabalho, todos os entrevistados afirmaram ter boa relação com os profissionais da saúde, mas nem todos demonstraram interesse em se abrir com o profissional, sendo que essa abertura permite extrair informações que podem ser primordiais para o processo de tratamento.

Como abordado no tópico anterior, segundo relato da profissional de saúde, trabalhar na rede pública de saúde acaba não tendo tantos benefícios quando comparado ao trabalho na rede privada e os desafios são muitos. Uma fala do doutor André do CSC nº 04 reflete uma dificuldade de outro setor que está relacionado ao seu trabalho e acaba sendo um fator desmotivacional:

O medicamento que nós temos aqui é limitado, nós não temos os lançamentos, os medicamentos mais novos pra diminuir a glicemia, e aí nós temos que prescrever medicamentos que são, digamos assim, antigos, mas são os medicamentos que estão disponíveis.

Dessa forma, os fatores motivacionais tanto do paciente como do médico devem ser levados em consideração e esses fatores podem variar de indivíduo para indivíduo além de ter impactos diferentes em cada um.

A capacitação do profissional de saúde também há de ser considerado: se ele possui preparação acadêmica suficiente para fazer os encaminhamentos necessários. Esse fator não foi apreendido durante a análise das entrevistas.

5. Ambiente diferente, tomada de decisão diferente

Houve diferenças e semelhanças percebidas entre um Centro de Saúde e outro que, percebidas no decorrer do trabalho, e podem ser fatores que afetam direta ou

indiretamente na adesão ao tratamento. Essas diferenças se dão principalmente pela equipe que compõe os grupos do diabético e os incentivos dados e recebidos a esses profissionais. Mas é também evidente que as medidas do diabético com relação a doença variam de acordo com o ambiente proporcionado (não só no centro de saúde).

Para melhor visualização, essas diferenças serão colocadas da seguinte forma:

Diagnóstico feito através dos sintomas e glicemia sérica Realiza rastreamento do diabético com frequência	Sim	Sim
Recomendações pós-diagnóstico referentes a	Dieta + Medicação	Alimentação + medicação + atividade física
Monitoramento da glicemia capilar	Sim	Sim
Realiza rastreamento do diabético com frequência	Não	Não
Possui grupo do diabético	Sim	Sim
Agenda aberta para paciente fazer parte do grupo do diabético	Não	Sim
Faz distribuição das fitas (para glicosímetro)	Não	Sim
Realização de palestra para diabéticos	Não ocorre há algum tempo Relativamente boa	Periodicamente
Relação profissional/paciente	Relativamente boa	Boa
Preocupação do profissional demonstrada com relação ao diagnóstico precoce do diabético	Não	Sim

Em avaliação ao programa de diabetes em suas respectivas unidades, as respostas do médico e a enfermeira foram no geral positivas. O primeiro afirmou que acredita que o atendimento é desejável, já a enfermeira se estendeu um pouco mais no discurso e afirmou que o grupo é excelente, comparado a outros Centros de saúde, principalmente levando em consideração as dificuldades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto ao pressuposto da falta de informação ou a transmissão de forma inadequada, esse não se revelou como fator principal para causa de abandono do tratamento, mesmo por que, como a própria técnica em enfermagem ressaltou, "hoje eles tem mais informação". No entanto, confirmou-se os fatores levantados por V. Hugo Olmedo Canchola sobre a falta de adesão ao tratamento por parte do diabético, ressaltando a importância de levar em conta os vários fatores que influenciam no tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2, como a ruptura entre o paciente e o médico, e a não conscientização sobre sua condição.

Através da aplicação de questionários semiestruturados para os profissionais da saúde e para usuários diabéticos de seus respectivos Centros, seguido por uma análise, constatou-se que as maiores dificuldades são relacionadas a mudança de hábitos alimentares e medicação. Todavia, a prática da atividade física ainda é ausente, principalmente por que os pacientes ainda trabalham fora de casa, alguns tem dificuldades até mesmo de frequentar o grupo por não conseguir liberação do trabalho ou não aceitarem a declaração de comparecimento.

Outro fator relevante é a baixa escolaridade desses indivíduos, pois ter esclarecimento sobre a doença e sua condição representa mais chances de ter um tratamento adequado, no entanto, não é impossível ensinar usuários com pouco ou nenhum estudo a reconhecer sua situação e aprenderem a tomar como importante a doença.

Além da escolaridade ter relevância no tratamento, o espaço de encontro com os profissionais da saúde se revelou um diferencial. A existência de profissionais que mostram maior disposição e preocupação com o paciente, gerando uma boa relação, desperta a disposição do paciente diabético e melhora a perspectiva do mesmo com relação a qualidade de vida diante da doença. O diferencial se mostra também no monitoramento dos portadores dessa patologia, no uso de palestras e mecanismos alternativos que os ensine, reeduce e principalmente mostre que a diabetes não é uma doença para se preocupar, como colocou um dos pacientes.

Recentemente, em uma nota sobre diabetes tipo 2, Annick Fontbonne afirmou que poucos sistemas de saúde, mesmo dos países desenvolvidos, se mostraram realmente adequados para acompanhar doentes crônicos. Esse acompanhamento há de ser sistemático e uma melhor cooperação entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado aos diabéticos

e não apenas apelos para perda de peso e uma alimentação saudável, implicando também na ação não só dos profissionais da saúde (inclusive sanitaristas) mas também dos políticos.

A medida ideal seria a contratação de profissionais capacitados para trabalhar com diabéticos, permitindo a abertura de agendas para inserir todos os pacientes em grupos, permitindo a realização mais frequente de palestras (o reforço é importante devido a falha na memória presente principalmente em idosos). Mas medidas mais simples podem ser articuladas, como realização de parcerias com as universidades para implantação de grupos de atividade física no turno diurno para os diabéticos, apenas de não resolver a questão para aqueles que estão impedidos pelo trabalho, incentivaria aqueles que podem mas ainda não encontraram disposição. Também seria interessante considerar um rastreamento a cada três anos e o incentivo a mudança do estilo de vida.

Devido o curto período de tempo para realização da mesma, não foi possível aprofundar o estudo com o acréscimo de outros centros de saúde, como o CSC nº 02, que não possui grupo do diabético pela falta de profissionais para compor uma equipe. Fica assim, a possibilidade de um trabalho futuro de grande relevância não só na área acadêmica, mas também na área social e política, que pode ser trabalhado não só por economistas, enfermeiros e nutricionistas, mas também pelos recém sanitaristas, bacharéis em Saúde Coletiva. Deve-se considerar também um estudo com foco na família do diabético, que exerce grande influência no tratamento dos pacientes.

Além do incentivo a novas pesquisas, o trabalho serve como alerta para aqueles que possuem algum dos fatores de risco e levam uma vida de sedentarismo e alimentação inadequada, já que é uma doença assintomática e a vida corriqueira muitas vezes serve de pretexto para deixar de frequentar o médico.

REFERÊNCIAS

ARANDA, FERNANDA. **Brasil avança no ranking internacional do diabetes**. 2010 Jun 05 [acesso em 03 de Fevereiro de 2013 às 2:30] Disponível em: <http://saude.ig.com.br/brasil+avanca+no+ranking+internacional+do+diabetes/n1237653069583.html>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 2001.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Nº 16. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2006.

CAZARINI RP; ZANETTI ML; RIBEIRO KP; PACE AE & FOSS MC. **Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas**. Medicina, Ribeirão Preto, 35: 142-150, abril/junho, 2002

CANCHOLA VH et al. **Falta de adherencia al tratamiento en el enfermo diabético: un problema de salud pública. Investigación en salud**. Rev. Fac. Med. UNAM Vol. 41 Nº 2 Março-Abril, 1998.

COSTA, J. A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. C. G.; COTTA, R. M. M. **Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2008

DIAS AFG, VIEIRA MF, ET AL. **Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética**. Arq Bras Oftalmol . 2010;73(5):414-8)

F.P.M GUIMRÃES & A.M.M. TAKAYANAGUI. **Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2**. Rev. Nutr., Campinas, 15(1): 37-44, jan./abr., 2002.

FONTBONNE A. **Diabetes tipo 2: um cenário preocupante** [Internet]. Recife (PE): Portal DSS-Nordeste; 2013 Jan 23 [acesso em 26 de Fevereiro de 2013 às 22:40]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/diabetes-tipo-2-um-cenario-preocupante/>

GEORG, A. E. et al. **Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil.** R. Saúde Públ., São Paulo, v. 39, n. 3, p. 452-460, jun. 2005.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **The global Burden** [acesso em 12 de março de 2012 às 22:36]. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>]

MINAYO, M. C. S. (org) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

O ranking do diabetes. Disponível em <http://www.estadao.com.br/especiais/o-ranking-do-diabete,16870.htm>. Acessado em 28.09.2012

PORTAL DIABETES. **Complicações**, 2006 [acesso em 12 de março de 2013 às 23:10]. Disponível em <http://www.portaldiabetes.com.br/conteudocompleto.asp?idconteudo=3263>

REINERS A. A. O. et al. **Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 13 (Sup 2): 2299-2306, 2008.

ROCHA A, **Adesão ao tratamento:** O papel do médico. Rev. Bras. Hipertens vol 10 (3): julho/setembro de 2003, pag. 212-215

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **São 12 milhões de diabéticos no Brasil** [Internet]. 2012 Abr 18 [acesso em 10 de Janeiro de 2013 às 17:20]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil/>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. 10 coisas que você precisa saber sobre pé diabético, 2010 [acesso em 12 de março de 2013 às

23:45]. Disponível em <http://www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-pe-diabetico/>

TOBAR, FEDERICO; YALOUR, MARGO. Como fazer teses em saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TOSCANO, C. M, **As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial.** Ciência & Saúde Coletiva, 9(4): 885-895,2004.

ANEXOS

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: **A adesão ao tratamento por parte dos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 - O Caso em Ceilândia.**

O nosso objetivo é constatar se há o abandono do acompanhamento médico por parte de pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 e quais os motivos que levam esses pacientes a desistirem do tratamento.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através da participação de uma entrevista realizada no Centro de Saúde ao qual o paciente está vinculado, não existindo um tempo pré-determinado para realização da entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para isso. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, pode entrar em contato com a pesquisador responsável através do e-mail: sergiors@unb.br ou através do número (61) 81351517.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Agradecemos por seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo II - Questionário profissionais de Saúde

1. Nome do Profissional:
2. Profissão:
3. Quanto tempo atuando na profissão?
4. Como é feito o diagnóstico de um diabético?
5. Quais são as primeiras recomendações dadas ao recém-diagnosticado com diabetes?
6. Com relação ao retorno, eles precisam manter uma frequência de consultas ou só marcam quando consideram necessário?
7. Como é feito o monitoramento desses pacientes?
8. Quais são as dúvidas mais frequentes?
9. Você percebe dificuldades do paciente em tirar dúvidas?
10. Como acha que os diabéticos esclarecem as dúvidas fora do consultório?
10. Quais as maiores dificuldades que você acredita que os diabéticos tem no dia a dia?
11. Por que você acha que há o abandono do acompanhamento médico?
12. Como você avaliaria o programa de diabetes nesta unidade?

Anexo III - Questionário paciente diabético

1. Nome do paciente:
2. Sexo: M F
3. Data de nascimento ___/___/_____
4. Grau de escolaridade: _____
5. Estado Civil
6. Fuma: Sim Não 6. Bebe: Sim Não
7. Apresenta algum outro tipo de doença? É hipertenso?
8. Usa medicação? Sim Não
- 8.1 Se sim, sabe dizer qual?
- 8.2 Você toma o medicamento de acordo com as recomendações?
- 8.3 Sabe para que serve o medicamento?
- 8.4 Se a resposta for NÃO para a pergunta a cima: Já perguntou ao médico a respeito? Ou Já teve curiosidade de perguntar?
- 9 Segue alguma dieta balanceada? Sim Não
- 9.1 Que tipos de alimentos você mais ingere e os que você procura evitar?
- 10 Faz atividade física com frequência? Sim Não
- 10.1 Quem tipo de atividade física?
11. Faz monitoramento da glicemia?
12. Há quanto tempo foi diagnosticado com diabetes?
13. Como descobriu que tinha diabetes?
14. Quais as primeiras recomendações médicas que recebeu quando foi diagnosticado?
15. Faz parte de grupo para diabéticos?
- 16 Com que frequência tem consulta com seu médico?
17. Já faltou alguma consulta (ou reunião do grupo, caso participe)? Por que?
- 18 Você examina os pés frequentemente?
- 18.1 Sabe qual é a importância do cuidado com os pés?
- 19 Como você descobriu que tinha Diabetes?
- 20 Acha que isso mudou seu cotidiano? Em que aspectos?
- 21 Qual foi sua maior dificuldade no começo?
- 22 Participa de algum grupo educativo voltado para diabéticos?
- 23 Quando surge alguma dúvida, quem você procura para tirar a dúvida?
- 24 Você sente à vontade com se médico durante a consulta? Por que?