



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

SILVANA APARECIDA VALENTIM

**CONVIVENDO COM O DIABETES MELLITUS EM UM  
DISTRITO RURAL DE LONDRINA-PR**

---

Londrina  
2010

SILVANA APARECIDA VALENTIM

**CONVIVENDO COM O DIABETES MELLITUS EM UM  
DISTRITO RURAL DE LONDRINA-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Carmo Lourenço Haddad

Londrina  
2010

SILVANA APARECIDA VALENTIM

**CONVIVENDO COM O DIABETES MELLITUS EM UM DISTRITO  
RURAL DE LONDRINA-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Catarina Aparecida Sales  
UEM – Maringá – PR

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Mara Lucia Garanhani  
UEL – Londrina – PR

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria do Carmo L. Haddad  
UEL – Londrina – PR

Londrina, 08 de novembro de 2010.

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho aos meus pais, que nasceram vencendo batalhas e no caminho das suas escolhas tornaram-se minha luz, figuras de amor e força que se alongam através da própria dor para me dar conforto.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pelo nascimento da vida, a beleza das horas de minha existência, pelas lágrimas no caminho e o sorriso nas vitórias.

Ao lar que me abrigou os conflitos, as dúvidas, os sonhos e me impulsionou com seus vários braços de afeto na figura ora de pai, ora de mãe e irmãos, a seguir em frente mesmo havendo dores, com a certeza de que sem resignação as tarefas se perdem. Obrigada família por não me deixar desistir.

À minha querida e sempre presente, orientadora, Maria do Carmo Lourenço Haddad, por tudo! Pela sua força, conhecimento, dedicação, companheirismo, paciência, por emprestar seu olhar e ampliar meus horizontes, norteando meus passos, assegurando minhas descobertas. Amparando-me como grande Mestra e ser humano que é. Deus sempre a cubra de luz e bênçãos pela sua generosidade. Foi uma honra tê-la como orientadora!

À Professora, Dr<sup>a</sup> Mara Lúcia Garanhani, pela sua iluminação nos momentos preciosos deste trabalho. Obrigada, do fundo do coração.

A Professora, Dra<sup>a</sup> Catarina Aparecida Sales pelas contribuições relevantes no exame de qualificação.

A Professora, Dr<sup>a</sup> Julia Trevisan Martins, pela colaboração na readequação dos procedimentos metodológicos.

Aos companheiros saudosos do Mestrado, amigos maravilhosos, figuras abençoadas que fazem diferença no mundo, foram inesquecíveis nossos dias de construções para saber um pouco mais. Os risos, as incertezas, o apoio e a beleza das trocas foram significantes neste tempo de aquisições.

Aos professores e organizadores do Mestrado Profissional... Quanta dedicação e respeito pelo nosso desenvolvimento intelectual. Deixo a profunda

admiração pelo afinho e seriedade com que nos conduziram ao conhecimento, facilitando-nos o crescimento e o despertar para novos rumos. Deus proteja e abençoe a todos e com grande saudade, ao professor Darli Antônio Soares.

Aos funcionários do departamento de Saúde Coletiva, que sempre se desvelaram ao nosso socorro nos momentos de dúvida e resoluções de problemas.

Aos companheiros de jornada na Unidade de Saúde da Família de Lerroville, colegas de espaço e de exercício diário de acolhimento e trabalho. Obrigada pela dedicação e acompanhamento nas tarefas de nossas profissões, sempre intensas em todos os seus aspectos. Em especial a companheira Gisele Plath, que assumiu as atividades em minhas ausências, facilitando meu aprendizado.

Aos participantes desta pesquisa que puseram seus corações confiantes para que eu pudesse ouvir e interpretar, muitíssimo obrigada.

*“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura, enquanto durar.”*

*Cora Coralina*

VALENTIM, Silvana Aparecida. **Convivendo com o Diabetes Mellitus em um Distrito rural de Londrina-PR**. 2010. 124 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

## RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) configura-se como uma epidemia mundial, traduzindo-se em um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência dessa doença, com conseqüências humanas, sociais e econômicas devastadoras. Muitos dos portadores de DM têm complicações renais, visuais, vasculares, e demonstram muitas dificuldades em mudar hábitos de vida. Esta pesquisa, com delineamento qualitativo, tem o objetivo de verificar como o portador do Diabetes Mellitus convive com sua doença em um distrito rural de Londrina-PR. O estudo foi realizado no Distrito de Lerroville que se situa á distância de 54 km de Londrina e a população de estudo foi selecionada dentre os portadores de DM tipo 2 com idades entre 40 a 60 anos por meio do método de saturação de dados e coincidência de informações, utilizando-se do processo de entrevistas gravadas com perguntas norteadoras. A avaliação dos dados foi conduzida pelo enfoque da estrutura do fenômeno situado. Foram entrevistadas 12 pessoas portadoras de DM tipo 2, sendo 7 mulheres e 5 homens com variações de tempo de doença entre 3 a 26 anos. Dos resultados podemos considerar vinte subcategorias oriundas da interpretação dada aos relatos, enumeradas em três grandes categorias. Destaca-se que a vivência do DM em uma região rural, na primeira categoria, aponta facilidades como o acompanhamento da ESF, o apoio familiar, a plantação de verduras e legumes, o ambiente rural, a espiritualidade, a compreensão do sentido da vida. A segunda categoria revela diversas dificuldades do diabético entre elas algumas limitações: como a distância dos grandes centros de especialidades, o problema de falta de transporte e estradas. A terceira categoria revela as mudanças que ocorreram na alimentação, na adesão ao exercício físico e à terapia medicamentosa. A ruralidade dos endereços dos diabéticos e o seu modo de viver registram facilidades, dificuldades e agitam-se mudanças boas, outras nascidas do medo das perdas, das complicações e do medo de morrer. Considera-se que o diabético morador de uma área rural vivência sua doença entre as ambigüidades da própria existência e as necessidades da sua vida. É preciso encontrar parcerias multiprofissionais e educação permanente para que a ESF fortaleça-se e ampare com maior amplitude de ações o seu doente portador de DM.

**Palavras-Chave:** Diabetes Mellitus. Auto Cuidado. Hábitos de Vida. Distrito Rural.

VALENTIM, Silvana Aparecida. **Experiencing to Diabetes Mellitus in Londrina. Country District, Paraná.** 2010. 124 f. Dissertation (Professional Master's in Public Health) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

### **ABSTRACT**

Diabetes Mellitus (DM) is a introduced world epidemic, becoming to a great challenge to Health System all over the world. The aging of population, the crescent growing, the adoption of styles of not healthy life, wrong diet and obesity are the great responsible for incidence and prevalence of this illness, with human being, socials and economics devastating consequences. Most of diabetics people suffer to Kidneys, eyes and blood vessels troubles, and diagnostrating several difficulties to changing habits of life. This qualitative drafted research aims to verifying how the diabetic people live together on their illness in district of Lerroville, about 30 miles of Londrina, Paraná, Brazil, and the research population was selected among the DM type 2 diabetic people and between the age of 40 to 60 years old by saturation data coincidence of informative methods, through taped interviews and aimed questions, The evaluation of data was conducted by focus structure of located phenomenon Twelve diabetic people were interview, 7 women and 5 men, time interview between 3 and 26 years old. From results we have 20 subcategories that came from interpretation offered to enumerate in 3 great categories. We must detach that the experiences of the DM living country in the first category aims facilities like the ESF's accompaniment, the support of the family, the plantation of vegetables, the country environment, spirituality and the understanding of the meaning of life. The second category shows several difficulties to diabetic people, like some troubles of limitations: distance from the great center specialties, lack of roads and transport. The third category shows the changing that happens in feeding, adhesion to physical exercises and drug therapy. Address of the diabetic country people and their way of life show facilities and difficulties, good changings, another changings from lake of fear of the troubles and deathing fear. We have to consider the diabetic who lives on country place, experience his illness among the ambiguities of the self existence and necessities of life. We must find multi professional partnership and permanent education for ESF strengthen and support with best range of actions the diabetic people.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Selfcare. Ways of life. Country district.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Divisão Distrital do Município de Londrina-PR .....	33
<b>Figura 2</b> – Caracterização dos participantes da pesquisa. Londrina-PR, 2010 .....	49
<b>Figura 3</b> – Categorias e subcategorias analíticas que estruturam o fenômeno investigado: o vivenciar do diabetes mellitus sendo morador em um distrito rural. Londrina-PR, 2010 .....	50
<b>Figura 4</b> – Complicações a longo prazo do diabetes. Adaptado de Crawford, Cotran, 2000.....	74
<b>Figura 5</b> – Pirâmide Alimentar, 2005 .....	97

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AAED</b>	<i>American Association of Diabetes Educator</i>
<b>ABESO</b>	Associação Brasileira de estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
<b>Ac</b>	Antes de Cristo
<b>AVD</b>	Atividade de Vida Diária
<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>CEBRID</b>	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
<b>DECODE</b>	<i>Diabetes Epidemiology Collaborative analysis of Diagnostic criteria in Europe</i>
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DM1</b>	Diabetes tipo 1
<b>DM2</b>	Diabetes tipo 2
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>HA</b>	Hipertensão Arterial
<b>HDL</b>	<i>High density</i> , ou alta densidade de lipídios
<b>HGT</b>	Hemogluco teste
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>KCAL</b>	Kilocaloria
<b>LDL</b>	<i>Low density</i> ou baixa densidade de lipídios
<b>mg/dl</b>	Miligramas por decilitros
<b>MODY</b>	<i>Maturity Onset Diabetes in the Young</i>
<b>MST</b>	Movimento Sem Terra
<b>ng/ml</b>	Nanograma por mililitro

<b>NHANES</b>	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
<b>NPH</b>	<i>Neutral Protamine Hagedorn</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>QV</b>	Qualidade de vida
<b>REMUME</b>	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SISNEP</b>	Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
<b>SOCESP</b>	Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo
<b>TGD</b>	Teste de tolerância a glicose alterado
<b>TOTG</b>	Teste oral de tolerância à glicose
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UI/ml</b>	Unidade internacional por mililitro
<b>USF</b>	Unidades de Saúde da Família
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>1 INTRODUÇÃO - Questões que Inquietaram</b> .....	17
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	23
2.1 A HISTÓRIA.....	23
2.2 A DOENÇA DIABETES MELLITUS .....	24
2.3 ASSISTÊNCIA À PESSOA COM DIABETES MELLITUS.....	25
2.3.1 A Atenção Básica á Saúde .....	25
2.3.2 Educação em Diabetes Mellitus.....	26
2.3.3 Uma das Dificuldades na Assistência á Pessoa com DM.....	28
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	31
3.1 OBJETIVO GERAL .....	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	32
4.1 LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	33
4.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	36
4.3 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	38
4.4 REFERENCIAÇÃO DOS ÍNDICES, ELABORAÇÃO DOS INDICADORES E CATEGORIZAÇÃO .....	41
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	43
<b>5 REPOSTAS AS INQUIETAÇÕES</b> .....	44
5.1 Apresentando a pessoa que vivencia o DM e reside em um Distrito Rural .....	44
5.2 Apresentando as categorias temáticas .....	50
5.2.1 Categoria 1 - Facilidades Vivenciadas por pessoa com diabetes mellitus residente em um Distrito Rural .....	52

5.2.1.1	Subcategoria 1.1 - A participação da equipe da Unidade de Saúde da Família no tratamento e o fornecimento de medicações essenciais.....	52
5.2.1.2	Subcategoria 1.2 - Apoio familiar no tratamento do diabetes .....	55
5.2.1.3	Subcategoria 1.3 - Cultivando a saúde.....	58
5.2.1.4	Subcategoria 1.4 - A ambientação rural traz um espaço de tranquilidade .....	60
5.2.1.5	Subcategoria 1.5 - A religiosidade promove aceitação da doença .....	61
5.2.1.6	Subcategoria 1.6 – Dar sentido a vida facilita a adaptação às limitações que a doença provoca .....	64
5.2.2	Categoria 2 - Dificuldades Vivenciadas por pessoa com diabetes mellitus residente em um Distrito Rural .....	66
5.2.2.1	Subcategoria 2.1 - Dependência Familiar para Seguir o Tratamento do Diabetes .....	67
5.2.2.2	Subcategoria 2.2 – Se deslocar para grandes centros para fazer o tratamento especializado.....	70
5.2.2.3	Subcategoria 2.3 – As complicações do diabetes surgem freqüentemente .....	72
5.2.2.4	Subcategoria 2.4 – As limitações físicas que o diabetes provoca impedem o exercício do trabalho.....	77
5.2.2.5	Subcategoria 2.5 – Dificuldade de deixar os vícios do fumo e do álcool.....	80
5.2.2.6	Subcategoria 2.6 – Impedimentos para mudar hábitos alimentares.....	83
5.2.2.7	Subcategoria 2.7 - Vivenciando as dificuldades do tratamento medicamentoso .....	86
5.2.2.8	Subcategoria 2.8 – Falta de recursos econômicos para manter o tratamento e comprar alimentos dietéticos.....	88
5.2.2.9	Subcategoria 2.9 - Vivenciar os aspectos de hereditariedade da doença e os sentimentos do estar doente .....	90
5.2.3	Categoria 3 - Mudanças nos hábitos de vida da pessoa com diabetes mellitus residente em um distrito rural após o seu diagnóstico.....	94
5.2.3.1	Subcategoria 3.1 – Vivenciando melhorias nos hábitos alimentares .....	94

5.2.3.2	Subcategoria 3.2 – A pratica do exercício físico como coadjuvante no tratamento do diabetes .....	99
5.2.3.3	Subcategoria 3.3 – Verificar a glicemia periodicamente permite acompanhar o desenvolvimento do diabetes .....	101
5.2.3.4	Subcategoria 3.4 – Vivenciando o autocuidado no uso dos medicamentos .....	102
5.2.3.5	Subcategoria 3.5 – Melhor compreensão das informações recebidas para controlar o diabetes .....	105
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>107</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>112</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>125</b>
	ANEXO A .....	126
	ANEXO B .....	127

## **APRESENTAÇÃO**

A minha formação acadêmica foi realizada na Universidade Estadual de Londrina-PR, concluída em 2001. Sempre me motivou o estudo das doenças crônicas e suas complicações, a prevenção e a atuação da equipe de saúde no auxílio aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Enquanto acadêmica de Enfermagem participei de alguns grupos realizados nas Unidades de Saúde da Família (USF), estagiando nos campos da saúde coletiva, acompanhando as equipes de saúde em conversações, palestras, avaliações pressóricas e glicêmicas, visitas domiciliares, e detecção de complicações derivadas das doenças crônicas.

Trabalhei por três anos na cidade de Tamarana-PR, como Enfermeira coordenadora da Unidade Básica de Saúde. E juntamente com mais três companheiras de profissão ampliei meus conhecimentos e diariamente vivenciei nas consultas de enfermagem as dificuldades dos portadores de doenças crônicas em aceitar a terapia medicamentosa, as restrições alimentares e a adoção de hábitos de vida saudáveis. Motivá-los a realizarem uma atividade física era desafiador. Todas as terças e quintas-feiras tínhamos um grupo na área central de Tamarana, e era acordado com todos fazer caminhada ao redor da praça próxima à rodoviária. Havia uma integração, apesar das limitações físicas de cada participante. O mais interessante é que alguns mantinham a caminhada em outros dias da semana. Nestas reuniões ainda realizávamos alongamento acompanhado por música relaxante, meditação, oração e era reservado um tempo para escuta ativa e confraternização. Foi uma experiência marcante e construtiva em minha carreira profissional.

Em 2002 realizei o curso de especialização em Saúde da Família, pela Universidade Estadual de Londrina, e o tema de minha monografia foi sobre a visão dos portadores de hipertensão arterial quanto a educação em saúde recebida, da equipe de saúde da família, no município de Tamarana-Pr. Este trabalho, novamente, avivou em mim o compromisso em desenvolver atividades assertivas e personalizadas, não mais centradas na doença em si, mas ampliar o olhar para a

dor do outro, seus significados, seus valores, sonhos, lutas, vivências que vão além do ser doente ou portador de uma doença crônica.

No ano seguinte, retornei à Londrina para coordenar uma Unidade de Saúde da Família na região leste do município. O que me intrigavam eram as diferenças de enfrentamento das pessoas perante a sua doença. Alguns tinham muita força de vontade e disciplina no seguimento do tratamento, outros apresentavam grandes dificuldades no uso das medicações e na realização do auto cuidado. Continuei o trabalho com os grupos e percebia que apesar de receberem informações acerca de suas patologias, necessidade de mudança de hábitos e medicações, muitas dúvidas permaneciam no silêncio.

Antes de ser transferida para a Unidade de Saúde da Família de Lerroville ainda atuei em outra USF, com abrangência populacional de 20 mil habitantes. Era comum recebermos diariamente portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial descompensados. Esses indivíduos apresentavam quadros de sofrimento e não raro, já eram portadores de doença renal aguda ou crônica, possuíam seqüelas pelo acidente vascular cerebral, ou quadro inicial desta ocorrência. Outros já possuíam diagnósticos de cardiopatias originárias das síndromes metabólicas e outras tantas mazelas resultantes em parte da dificuldade em adotar hábitos saudáveis, do uso errôneo ou falta da medicação, e da solidão para viver a própria dor.

Em outubro de 2007 reiniciei minhas atividades laborativas na Unidade de Saúde de Lerroville. Nesta oportunidade, juntamente com a Equipe de Saúde local, identificamos um grande numero de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina e já apresentando várias complicações físicas e emocionais.

Ao ter a oportunidade de participar do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, ofertado pelo Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, as minhas inquietações tomaram corpo, e por meio desta pesquisa surgiram perguntas sobre como era a vivencia do portador de diabetes mellitus residente em área rural. Neste contexto trabalhei com as temáticas em torno do ser morador de ambiente rural e portar uma doença crônica como o diabetes mellitus, questioneei o auto cuidado, as facilidades e dificuldades vivenciadas no tratamento, as mudanças e a convivência com a própria doença.

## 1 INTRODUÇÃO - QUESTÕES QUE INQUIETARAM

O Diabetes Mellitus (DM) constitui-se em um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia resultante de defeitos na ação e ou secreção da insulina, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e de seus familiares com limitações e barreiras para o auto cuidado (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008).

Nas últimas cinco décadas, observou-se um aumento universal significativo na expectativa de vida do ser humano, atribuído principalmente ao controle epidemiológico das doenças infecciosas, melhores condições de higiene e alimentação. A consequência desse conjunto de fatos foi o aumento significativo das doenças não infecciosas como o diabetes mellitus e as doenças cardiovasculares. Uma mudança epidemiológica vem ocorrendo desde o século passado, denominada transição epidemiológica, com grande impacto econômico e social. O DM, que era uma doença rara, no século XXI, tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública mundiais, pela sua prevalência e complicações crônicas, com importante grau de morbidade e mortalidade (GOMES, 2006).

De acordo com Wild (2004) o DM tem sido considerado uma das grandes epidemias mundiais deste século e um importante problema de saúde pública nos países desenvolvidos e, em especial, nos países em desenvolvimento. Em termos mundiais, cerca de 30 milhões de indivíduos apresentavam DM em 1985, passando para 135 milhões em 1995 e 240 milhões em 2005, com projeção de atingir 366 milhões em 2030, dos quais dois terços habitarão países em desenvolvimento.

O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida, pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 220 milhões de pessoas são portadoras da doença, que causa cerca de 5% de todas as mortes no mundo a cada ano. Aproximadamente 80% dos diabéticos vivem em países de baixa e média renda (BRASIL, 2006).

Apesar dos conhecimentos adquiridos sobre a etiopatogenia, a fisiologia da doença e suas complicações, as estimativas reais sobre o número e pessoas afetadas nas diferentes regiões ainda são escassas e na maioria das vezes limitada a um determinado tempo de avaliação (GOMES, 2006).

Pesquisadores americanos (ONG et al., 2008) revelam que na população norte americana com mais de 20 anos, a prevalência de DM, a partir dos dados do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), de 1999 a 2004, foi estimada em 7,8%. Essa prevalência foi maior na população feminina e nos indivíduos com idade entre 40 e 59 anos.

Genuth et al. (2003) referem que de acordo com o *Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*, há um grupo intermediário de indivíduos em que, embora os níveis de glicose não atinjam critérios para o diagnóstico de diabetes, são demasiadamente elevados para serem considerados normais. Nesse grupo estão os indivíduos com teste de tolerância a glicose alterado (TGD) que são assim definidos quando o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), apresentam glicemia final entre 140 e 199 mg/dl.

No estudo *Diabetes Epidemiology Collaborative analysis of Diagnostic criteria in Europe* (DECODE, 1999), foi demonstrado que, além do DM, a TGD, também constitui um fator de risco para eventos cardiovasculares, estimando-se que aproximadamente, 35 a 45 milhões de adultos que apresentam TGD têm risco para o desenvolvimento do DM.

Em 2000, no Brasil, havia aproximadamente 4,5 milhões de indivíduos portadores de DM, dos quais 50% desconheciam seu diagnóstico (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006). Em 2009 cerca de 8 milhões de brasileiros estavam diabéticos. Há uma previsão de que em 2030 esse número no Brasil, atinja 11 milhões de portadores da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). A DM é uma doença silenciosa, que sem o tratamento adequado, ela avança e pode trazer sérias complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Uma significativa proporção de portadores do DM tipo 2 (DM2) é formada por assintomáticos ou oligossintomáticos, o diagnóstico da doença em geral é feito tardiamente, com um atraso estimado de pelo menos 4 a 7 anos. Tal fato

implica em complicações micro e macrovasculares já na primeira detecção (FORTI et al., 2006).

Malerbi e Franco (1992) em um estudo multicêntrico, realizado em nove capitais brasileiras, avaliou a população urbana de 30 a 69 anos, ao final dos anos 1980. Os pesquisadores identificaram uma prevalência de DM de 7,6%, incidindo igualmente nos dois sexos, mas aumentando com a idade e a adiposidade corporal. As maiores taxas foram observadas em cidades como São Paulo-SP e Porto Alegre-RS, sugerindo a influência da urbanização e da industrialização.

Em outro estudo desenvolvido em São Carlos-SP com uma amostra de 1.116 indivíduos residentes em área urbana e com idades entre 30 a 79 anos, constatou-se as prevalências de DM e TGD de 13,5% e 5%, respectivamente. A prevalência de DM é, portanto, superior àquela observada em estudos nacional e regional prévios sendo que aumenta conforme diminui a escolaridade do indivíduo colaborando ainda o envelhecimento e a obesidade que associados elevam a prevalência de DM (BOSI, 2009). Um inquérito realizado pelo Ministério da Saúde em 15 capitais brasileiras obteve prevalências variando de 8% (Aracajú-SE) a 15% (Manaus-AM) de DM em pessoas de 40 anos ou mais (BRASIL, 2003).

O estudo de base populacional, realizado em Pelotas-RS, no ano de 2000, obteve prevalência semelhante: 7,1% entre 1.968 indivíduos de 20 a 69 anos estudados (COSTA et al., 2006). Entretanto, outros estudos têm apresentado prevalências maiores entre esses, destaca-se um estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, com amostra de 1.473 indivíduos com idade entre 30 e 69 anos, que encontrou uma prevalência de DM de 12,1% (TORQUATO et al., 2003).

As conseqüências humanas, sociais e econômicas para as pessoas com DM são vastas, pois 4 milhões de mortes anuais estão relacionadas a essa doença e suas complicações com muitas ocorrências prematuras, representam 9% da mortalidade mundial. O impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como conseqüência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo das complicações, como o tratamento prolongado da doença cardiovascular, a diálise para o portador de insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006).

Segundo Laplantine (2004) e Daar et al. (2007) o estilo de vida está entre as principais causas das doenças crônicas do mundo ocidental, tendo como

produtos do modo de vida ou meio social: a alimentação, sedentarismo, obesidade, poluição atmosférica, ruídos, tabagismo e as condições de vida; os quais constituem parte da etiologia dessas doenças.

Vivenciar uma patologia crônica e tão limitante como o DM, traz ao seu portador sentimentos e emoções por vezes negativas que lhes entravam o próprio caminhar e o sentido de viver e ser feliz. O adoecer traz diversas limitações, para o portador do DM e é no ato de comer que muitas vezes encontra prazer. A proibição perante os alimentos que se lhes apresentam perigosos, traz ao seu modo de compreender a própria existência a perda daquilo que lhe é tão particular, o domínio ante o que se busca para alimento é a perda do poder e do prazer, logo é o distanciar-se da felicidade (GARCIA, 2004).

Em um estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa foram entrevistadas oito mulheres portadoras de DM2 em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP, observou-se que o ato de comer é bastante complexo, envolve uma amplitude de emoções e sentimentos, valores culturais específicos, "come-se" simbolicamente o nervosismo, a ansiedade e as frustrações do cotidiano. Assim o comportamento alimentar está relacionado tanto com aspectos técnicos e objetivos, o que, quanto e onde comemos, como também com aspectos socioculturais psicológicos (PERES; FRANCO; SANTOS, 2006).

Ao considerar a pessoa com uma condição crônica de saúde, tal como o portador de DM, é importante transcender os processos cognitivos e sua totalidade biopsicossocial e espiritual (GERBASI; SANTOS, 2006). Muito esforço tem sido empreendido no sentido de estimular mudanças no estilo de vida da população, tais como, o estímulo ao consumo de uma alimentação adequada e a prática regular de atividade física. Contudo, nota-se que a adesão a estas mudanças ocorrem muito lentamente. Assim não basta apenas informação para auxiliar a pessoa que possui o DM, é necessário vê-lo e compreendê-lo na sua individualidade, necessidade e subjetividade, verificando como é o seu estar doente, qual é a sua visão de auto cuidado.

O excesso de orientação e falas de punições cerceiam e não estimulam a vivência autêntica do cuidado, pois o portador de DM está mergulhado no sentimento de culpa pelos hábitos de vida do passado, num presente no qual o corpo doente implica em limitações e restrições, cuja perspectiva de futuro está

obscurecida pelo caráter progressivo da doença, gerando um conflito existencial (PEREIRA, 2006).

O Ministério da Saúde em 2006 publicou as diretrizes para o tratamento do DM, algumas ações e condutas que devem fazer parte do trabalho da equipe de saúde, a fim de garantir o fortalecimento do vínculo, a efetividade do cuidado, a adesão aos protocolos e a autonomia do pacientes. Recomendou oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para os aspectos culturais e desejos pessoais, visando o cuidado integral centrado na pessoa, criando oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitando o papel central que o diabético tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado (BRASIL, 2006).

Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 18,7% da população brasileira ocupa a zona rural, o que corresponde a cerca de 31,7 milhões de pessoas. As áreas rurais possuem os piores indicadores sociais, de saúde e alimentação, portanto há necessidade de investigações que venham contribuir para melhor entendimento das práticas alimentares e de saúde nesse contexto (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

Enquanto enfermeira de uma Unidade de Saúde da Família rural verifco durante a consulta de enfermagem e nas discussões de casos com os médicos e dentistas deste serviço, um grande número de portadores de DM com a taxa de glicemia elevada, bem como o uso crescente de insulina culminando em urgências diárias seja por hipoglicemia ou hiperglicemia. Essas ocorrências nos revelam diversas dificuldades dos portadores dessa doença tais como a de seguir dietas, conviver com o sobrepeso e a obesidade, não adesão ao tratamento medicamentoso, sedentarismo, não cuidado com a higiene bucal e conseqüentemente perda de dentes e complicações derivadas destes comportamentos.

Os profissionais de saúde insistem em prescrever e orientar dietas, em direcionar os pacientes no exercício do auto cuidado corporal, na realização periódica de exercícios físicos, regras para seguir na alimentação, mas quem são as

peessoas que convivem com o DM, e qual o significado para elas desta convivência estando distantes dos grandes centros médicos e morando em uma área rural?

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A HISTÓRIA

A primeira descrição de que se dispõe de manifestações compatíveis com o diabetes foi encontrada em um papiro achado num túmulo em Tebas, em 1862, possivelmente escrito por Hesy-há, traduzido pelo egiptólogo alemão Georg Ebers e publicado em 1874. Descrevia-se um grande vazamento de urina e se propunha a tratar a poliúria com grãos de trigo, frutas e cerveja doce (CRUZ, 2006). Os papiros de Ebers datam de 1550 a.C., em 30 anos, da era cristã, portanto do século I (OLIVEIRA, 2003).

Na era cristã, 70 anos depois de Cristo, Arateus da Cappadócia, medico grego, denominou essa enfermidade de diabetes (correr através do sifão) com sua clássica descrição de que “a carne do corpo e dos membros se derretia e se convertia em urina” (KRALL; LEVINE; BARNETT, 1994). Arateus, eclético, empregou os ensinamentos de várias escolas e descreveu as causas e indicações e tratamentos das doenças agudas e crônicas, foi ele quem observou que era uma doença dos quatro *polis* ou dos quatro *pês*: polifagia (porque os diabéticos comem muito), polidipsia (porque os diabéticos bebem muita água), poliúria (porque os diabéticos urinam muito), poliastenia (porque os diabéticos embora comam e bebam muito, ficam cansados, sentem-se enfraquecidos) (OLIVEIRA, 2003).

Apesar de várias descrições na China, Japão e Índia de que em certas pessoas ocorria poliúria com a urina doce e espessa, coube a Willis, em 1675, a observação da condição semelhante - doce e mel, estabelecendo o nome de DM (doce como mel) (MILECH, 2004).

Thomas Willis que foi medico do Rei Charles II descobriu a glicosúria, ele provava a urina dos diabéticos dizendo que ela era “***muitíssimo doce, cheia de açúcar***”, por essa razão os médicos passaram a usar a pratica de experimentarem a urina dos doentes, desde esta altura a doença passou a chamar-se “diabetes açucarada” ou “diabetes mellitus” (OLIVEIRA, 2003). Médicos hindus no ano 600 relataram o encontro de formigas e moscas nas urinas de certas pessoas e

batizaram a situação de *madhumera*, ou urina de mel, chamou-se a atenção para a sede extrema e a halitose (provavelmente de Cetose) que esses indivíduos apresentavam (CRUZ, 2006).

As ilhotas de Langerhans só foram descobertas no século XIX por Brockman, Minkowski e Von Mering que realizaram uma experiência em que a remoção do pâncreas causava diabetes em cães. Outro estudo, feito pelo cientista Opie, notou que havia uma lesão nas células betas nas ilhotas de pacientes que faleciam da enfermidade (MILECH, 2004), mas foi a descrição de Thomas Cawley, em 1788, a primeira referência publicada da ligação entre o pâncreas e o Diabetes humano: o encontro, á autópsia, de um órgão fibrótico e com cálculos (CRUZ, 2006).

## 2.2 A DOENÇA DIABETES MELLITUS

O DM é uma doença crônica, autoimune, caracterizada pela deficiência da produção de insulina pelo organismo. O problema envolve o metabolismo da glicose podendo ser apresentado de várias maneiras: Os tipos mais conhecidos são o tipo 1 (DM1) tipo 2 (DM2). A falência das células beta no pâncreas caracteriza o primeiro tipo, que acomete, com mais frequência, crianças e adolescentes. O DM2, cuja carga genética é bem maior, ocorre por resistência à ação da insulina, tendo a obesidade como um dos principais fatores desencadeantes. Já as demais formas de diabetes podem manifestar-se por lesões anatômicas no pâncreas, decorrentes de diversas agressões tóxicas, seja por infecções, compostos químicos, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2010).

As complicações crônicas do DM decorrem de alterações micro e macro vasculares que levam a disfunção, dano ou falência de vários órgãos, tais como: manifestações de disfunção do sistema nervoso autônomo, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, a nefropatia, com elevada taxa de evolução para insuficiência renal, a retinopatia, principal causa de cegueira adquirida, a neuropatia, principal causa não traumática de amputação de membros inferiores e pé diabético, e disfunção sexual (BOULTON et al., 2005; MOLITCH et al., 2004).

As alterações crônicas com múltiplas disfunções incorrem em elevado custo econômico e social, comprometendo a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos diabéticos. Reforçando o mapeamento das perdas, o DM associado às doenças cardiovasculares, englobando isquemia miocárdica, obstrução arterial periférica e doença vascular cerebral, projeta um aumento de duas a quatro vezes mais o risco de doença cardiovascular, sendo essa a principal causa de mortalidade em diabéticos (GRUNDY, et al., 2004; HAFFNER, 2000).

Identificar os fatores de risco cardiovasculares e os distúrbios metabólicos torna-se primordial para atuar preventivamente na morbimortalidade por doenças cardiovasculares, sendo que os estudos epidemiológicos podem propiciar o melhor planejamento de cuidados e recursos destinados à implantação de projetos e medidas que visem à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento eficaz.

## 2.3 ASSISTÊNCIA À PESSOA COM DIABETES MELLITUS

### 2.3.1 A Atenção Básica à Saúde

O Ministério da Saúde preconiza que a Atenção Básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território que reside estas populações.

Na atenção básica, o cuidado integral ao usuário, pode ser efetuado por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária) (BRASIL, 2006).

A atenção ao usuário portador de diabetes é uma prioridade, por se tratar de uma doença metabólica de caráter crônico. A complexidade da doença somada aos constantes avanços tecnológicos e terapêuticos torna essencial um atendimento multidisciplinar e/ou interdisciplinar. Para enfrentar as adversidades da doença o diabético necessita ser assistido por uma equipe estruturada e bem preparada tecnicamente de modo que possa atender o usuário de maneira integral, mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, evitando-se assim a sua fragmentação (MACHADO et al., 2007).

### 2.3.2 Educação em Diabetes Mellitus

Uma das metas do Programa de Saúde para todos no Ano 2010 é proporcionar programas de educação para 60% dos diabéticos, destacando a importância do autocuidado, ultrapassando a meta de 40% que foi definida em 1998. Constata-se um déficit significativo de conhecimento e de habilidade em manejar a doença em 50 a 80% dos diabéticos. O controle glicêmico, verificado por meio da hemoglobina glicosilada é alcançado em menos da metade dos pacientes com DM2 (RODRIGUES, 2009).

Os sentimentos e as emoções fazem parte da vida e a afetam indiscutivelmente no seguimento ou não das orientações realizadas pelos profissionais da saúde. Parece que o desconforto psicossocial, decorrente do impacto da doença e do tratamento diário, dificulta a adesão a algumas recomendações básicas como a auto monitorização da glicemia, fator fundamental para o sucesso do tratamento (DELAMATER, et al., 2001).

O tratamento do diabetes requer modificações no estilo de vida das pessoas para sempre e viver com uma condição crônica pode ser muito ameaçador, pois afeta a vida como um todo, mudando dramaticamente a rotina diária das pessoas diabéticas e seus familiares (ZANETTI, 2006), podendo provocar emoções como medo, culpa, vergonha, raiva, preocupação e arrependimento (ALTSCHULER, 1997). A presença da ESF na vida das pessoas com DM, integrando educação e suas vivências, respeitando suas individualidades é a base para garantir melhorias em seus estilos de vida.

Antes de levar instruções á pessoa portadora de DM é preciso conhecê-la em suas reais necessidades para que as informações não se percam. Bolander (1998) identificou sete importantes necessidades típicas dos doentes crônicos, sendo elas:

1. Prevenção e controle de crises: o caráter evolutivo e prolongado da doença crônica leva o doente a necessitar de saberes e de programar formas de reduzir ou prevenir a ocorrência de crises, de conhecer os sinais de uma crise eminente e ter planejado formas de atuação para estes momentos.
2. Gestão de regimes prescritos e a necessidade de tratamentos prolongados exigem adaptações de vida que dependem de vários fatores, tais como, a aprendizagem, a aceitação, o fator econômico, entre outros.
3. Controle e a multiplicidade dos sintomas de uma doença crônica obrigam a profundas alterações de vida do seu portador e família. Alterações essas que podem ser desgastantes e prolongadas.
4. Prevenção do isolamento social: a doença crônica provoca por vezes reações de isolamento que conduzem à solidão e depressão, levando por vezes à ruptura de relações prolongadas como o casamento, sendo por isso necessário manter o apoio social e o aconselhamento profissional de forma a prevenir maior desgaste.
5. Adaptação a alterações: doenças crônicas e suas alterações são tão freqüentes que tornam a adaptação mais difícil. A doença

crônica passa a fazer parte da identidade da pessoa bem como daquelas que lhe são mais significativas.

6. Normalização do cotidiano: com o objetivo de tornar menos visíveis as alterações muitos indivíduos portadores de doença crônica tentam gerenciar os sintomas, evitando determinados locais ou horas do dia para os seus encontros sociais.
7. Controle do tempo: dependendo das alterações provocadas pela doença crônica e suas implicações (por exemplo, manter ou não o emprego) a percepção e gestão do tempo altera-se, enquanto que uns consideram ter muito tempo, outros não.

A necessidade de desenvolver atividades de ensino e práticas educativas de saúde, direcionadas à pessoa com diabetes e sua família, centradas na disponibilização do conhecimento e no fortalecimento de atitude ativa frente à doença, está relacionada à prevenção de complicações por meio do automanejo da doença, o que possibilita à pessoa conviver melhor com a sua condição (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE, 2002).

A educação para o autocuidado é aspecto fundamental no tratamento do portador de diabetes mellitus e sua importância é reconhecida em diversos estudos realizados em comunidades com diferentes características socioeconômicas e culturais (RODRIGUES, 2009). A melhoria na qualidade de vida (QV), que depende da educação para a saúde, está interligada ao metabolismo da glicose, um estudo mostrou que QV pobre pode aumentar a glicose no sangue com a probabilidade de desenvolver o DM2, o que pode estar associada às opções de estilo de vida menos saudáveis (QUEIROZ, 2009).

### 2.3.3 Uma das Dificuldades na Assistência à Pessoa com DM

Outro ponto de grande interesse é a questão de alguns vícios associados ao DM. Este quadro repercute negativamente no tratamento do doente. O vício do tabaco tem sido um grande vilão na recuperação de pessoas que sofrem doenças cardiovasculares.

Segundo Rosemberg (2003) os estragos que a nicotina, uma das principais substâncias do tabaco, causa são grandes:

- Sistema cardiocirculatório - a análise em série das concentrações de nicotina no sangue de tabagistas, revelam sua elevação rápida após cada tragada, podendo o pico máximo atingir a 10ng/ml ao cabo de 5 a 10 minutos. Há intenso efeito colinérgico no sistema nervoso central, assim como produção de adrenalina, catecolaminas, vasopressina e outros hormônios; desencadeada aceleração da frequência cardíaca e vaso-constricção elevando-se a pressão arterial e diminuindo a oxigenação do miocárdio e dos tecidos em geral. Aumentando a frequência cardíaca, o miocárdio trabalha mais e necessita consumir mais oxigênio que lhe é negado devido a vasoconstricção e pela elevação da carboxihemoglobina no sangue. Assim, o coração entra rapidamente em sofrimento.
- Alterações nas artérias e a angiogênese - a constricção vascular provoca queda da temperatura, que, por exemplo, pode ser medida nas mãos com termograma especial, acusando diminuição de 2 a 3 graus nos dedos. A pressão arterial, medida entre as tragadas e após estas, mostra ascensão intermitente, elevando-se de acordo com os níveis de nicotina existentes no cigarro. Por efeito da nicotina, desenvolvem-se lesões no endotélio das artérias, estreitando a luz das artérias provocando angustiamiento, com sérias consequências para a hemodinâmica. Em poucos minutos, após fumar um cigarro, a velocidade sanguínea chega a decrescer até 7% e a resistência vascular coronariana aumenta até 21%, mesmo sem repercussão na pressão arterial.
- A nicotina é o maior fator de risco, através do tabaco, de processo vaso-espástico comprovado pela Doppler fluxometria. Em pacientes com angina pectoris, o tabaco acentua muito mais o estreitamento das coronárias, demonstrável pela angiocoronariografia. Nos fumantes regulares, o tabagismo causa aumento da pressão sanguínea, que geralmente está elevada entre 6% e 16%. Registram-se distúrbios significantes da função diastólica ventricular

esquerda nos fumantes, independente de seu fator de risco de esclerose coronariana. Em certos fumantes, ao final de um dia, tendo fumado 20 cigarros, a pressão diastólica eleva-se 17% e a frequência cardíaca 34%.

- A nicotina colabora para a formação de trombos com suas propriedades angiogénicas facilitando o crescimento de placas de ateroma e neoformação de arteríolas, aumenta a circulação de catecolaminas provocando isquemia e esclerose. Atua também na fibrose avançada da íntima do coração. Provoca diversas alterações patológicas no sistema cardiocirculatório que conduz ao infarto do miocárdio, lesando toda a rede arterial e periférica.
- O tabaco contém cerca de 70 substâncias cancerígenas participando da carcinogênese. Há cada ano no Brasil são milhares de pessoas iniciando tratamento devido a diversos tipos de cânceres.

Ser saudável não depende apenas do corpo físico, mas também do aspecto emocional, fator fundamental que parece interferir na adaptação dos pacientes à sua doença. Torna-se cada vez mais evidente que os problemas de saúde atuais não podem ser resolvidos com assistência voltada exclusivamente aos aspectos biológicos, frente às doenças atualmente dominantes como as doenças crônicas, a medicina não tem se mostrado tão eficaz como ocorrera com as moléstias infecciosas (ADAM, 2001).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como a pessoa com diabetes mellitus vivencia a sua doença em um distrito rural de Londrina-PR.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as facilidades vivenciadas por pessoas com diabetes mellitus, residentes em um distrito rural.
- Identificar as dificuldades vivenciadas por pessoas com diabetes mellitus residentes em um distrito rural.
- Descrever as mudanças ocorridas nos hábitos de vida das pessoas com diabetes mellitus residentes em área rural após o descobrimento da doença.

#### 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma investigação qualitativa descritiva que se baseia no conhecimento sobre a população estudada, a partir da descrição da experiência humana e como ela é vivenciada. A metodologia qualitativa revela o ser humano e os seus sentimentos, valores, crenças, hábitos, atitudes, representações e opiniões. Por meio da análise de conteúdo aprofundam a complexidade dos fatos, processos particulares e específicos de indivíduos e grupos, permitindo a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna (PAULILO, 1999).

Para Garnica (1997) a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e no pesquisador seu principal instrumento, os dados são descritivos e a preocupação com o processo é maior do que com o produto, o significado que as pessoas dão as coisas e a sua vida são focos de atenção daquela pesquisa.

Entre as características do método qualitativo encontram-se as mencionadas por Chizzotti (2003), quais sejam, a imersão do pesquisador nas circunstâncias e contexto da pesquisa, a saber, o mergulho nos sentidos e emoções; o reconhecimento dos atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas; os resultados como fruto de um trabalho coletivo resultante da dinâmica entre pesquisador e pesquisado; a aceitação de todos os fenômenos como igualmente importantes e preciosos: a constância e a ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, a continuidade e a ruptura, o significado manifesto e o que permanece oculto.

Na análise de comunicações, são exigidos mecanismos apropriados para encontrar em dados obtidos por meio de entrevistas, mensagens e documentos em geral, informações que ilustrem, expliquem ou ajudem a revelar os fenômenos investigados. Entre esses mecanismos, inserem-se a análise do conteúdo como proposta teórico-metodológica, com a pretensão de ultrapassar o status de simples técnica de análise para compor um campo do conhecimento (CAPELLE; MELO; GONÇALVES, 2003).

Segundo Bardin (2004, p.42) a análise de conteúdo pode ser entendida como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Do ponto de vista analítico instrumental este conceito foi fundamental para a compreensão dos dados fornecidos nas entrevistas.

No caso específico deste estudo, a pesquisa qualitativa é a que oferece uma melhor compreensão do entendimento do significado atribuído ao problema proposto à investigação. A transformação de dados coletados, ainda no seu estado bruto, em resultados de pesquisa envolve a utilização de determinado procedimentos para sistematizar, categorizar e tornar possível sua análise por parte do pesquisador.

#### 4.1 LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado no distrito de Lerroville que é um dos oito distritos administrativos do município de Londrina e está situado a 49 km de Londrina-PR seguindo pela rodovia PR 445, conforme apresentado na Figura 1.



**Figura 1** – Divisão Distrital do Município de Londrina-PR.  
**Fonte:** Plano Municipal de Saúde Londrina (2008).

O nome do distrito de Lerroville tem a sua origem na homenagem ao Dr. Nicolau Lerro, habitante da região que foi assassinado por motivo de posse de terras durante a colonização. Os habitantes do distrito, em sua memória, começaram a chamar o local de Vila do Lerro, o que acabou se denominando Lerroville. O núcleo urbano do distrito de Lerroville originou-se da estrada que liga os distritos de Tamarana e Paiquerê.

A ocupação iniciou-se no ponto mais alto do espigão por onde passa a estrada e constituiu-se no início em local de comércio para os agricultores circunvizinhos. Entre 1963 e 1964 foi intensificada a cultura cafeeira no distrito, em decorrência do grande incêndio de 1963, que atingiu grande parte das matas do distrito precipitando a decisão de muitos proprietários em explorar a terra desmatada.

De forma diferenciada em relação aos outros distritos, o cultivo do café foi preservado, mesmo após a introdução da soja como grande perspectiva econômica, na década de 1970, em todo o Estado, bem como em 1975, quando ocorreu a grande geada que atingiu também a região.

O distrito de Lerroville foi criado através da Lei nº 4783, de 29 de novembro de 1963. Possui uma Área de 298.590 (km<sup>2</sup>), sua altitude é de 810.500m sendo o ponto mais alto do Município. A população deste distrito, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo populacional de 2000 era de aproximadamente 1686 habitantes em área urbana e 3.018 habitantes em área rural, totalizando 4.704 pessoas, sem contar os assentamentos do movimento sem terra (MST), população que está em fase de ocupação da Fazenda Guairacá e poderá elevar os números a mais de 7.000 pessoas. O Distrito de Lerroville é o que têm maior população e maior área de abrangência (IBGE, 1996).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito de Lerroville foi inaugurada em 29 de Outubro de 1978, sob o nome de Dr. João Nicolau, fica situada a Avenida Presidente Castelo Branco nº 181, sobre o registro Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde nº 2.577.887. É a única unidade básica de saúde local e em 2000 foi reformada, ampliada e modernizada, passando a contar com uma área de 487,11 m<sup>2</sup>.

Os profissionais estão distribuídos em duas Equipes de Saúde da Família, sendo que o atendimento clínico geral é realizado por dois médicos, duas enfermeiras e seis auxiliares de enfermagem; o atendimento odontológico por dois dentistas, uma auxiliar de odontologia e um técnico. A área de atuação das equipes é dividida em região central, vila rural, chácaras, sítios, fazendas e assentamentos, com a responsabilidade em todas as ações voltadas para o tratamento, prevenção e educação em saúde de seus moradores.

No Sistema de Informação da Atenção Básica de Londrina (LONDRINA, 2008) estão cadastradas no distrito de Lerroville 3.670 pessoas. Esse número é variável, pois se trata de uma população em constante mudança, considerando possuir áreas de assentamento.

A economia desse distrito é fundamentalmente pautada na agricultura e hortigranjeiros, tem suas discrepâncias econômicas e sociais, tais como: nenhuma farmácia, diversos bares, poucas igrejas, poucas opções de lazer,

muitos desempregados e entre diversas patologias crônicas a presença de 128 pessoas portadoras de diabetes mellitus, destas, 43 pessoas com DM2.

A população desse estudo foi selecionada dentre os 43 portadores de DM2 com idades entre 40 a 60 anos, cadastrados nos aprazamentos da USF, com preservação da lucidez e que consentiram em participar da pesquisa.

O número final dos participantes foi definido ao término das transcrições das entrevistas seguindo o método de saturação de dados e convergência de informações. Após o tratamento dos dados pela convergência de informações avaliadas e interpretadas a saturação dos dados ocorreu na 12ª entrevista.

Foram excluídas do estudo as pessoas diagnosticadas com o DM1, as pessoas com DM2 com idade inferior a 40 anos e acima de 60 anos e as que possuíam problemas mentais.

#### 4.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A busca para coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista gravada e a postura de observação, com três perguntas norteadoras com enfoque nos objetivos, que foram: Fale-me quais as facilidades que você encontra por vivenciar o diabetes residindo em área rural; - Fale-me quais as dificuldades que você encontra por vivenciar o diabetes residindo em área rural; - Fale-me quais mudanças ocorreram em sua vida depois do diagnóstico de diabetes mellitus.

As diretrizes para a realização das entrevistas foram observadas conforme preconizado por Sousa (1998):

- O contato inicial para conhecer o entrevistado, bem como o local da entrevista, sendo explicado ao participante o objetivo da pesquisa e que o mesmo tinha total liberdade para interrompê-la, tendo suas informações caráter sigiloso.
- A segunda parte estava voltada para a observação e gravação da entrevista considerando as regras que determinam na entrevista o

respeito aos momentos de silêncio sem discussões e com permanência de ambiente cordial.

Peräkylä (1997) fala da questão da fidedignidade e validação em pesquisas baseadas em gravações e transcrições. Embora seu texto trate mais especificamente de pesquisas de análise de conversação (*conversation analytic research*) em um contexto institucional, a autora aponta alguns aspectos interessantes para a pesquisa qualitativa que inclui a fala dos participantes, a fidedignidade, a seleção do que é gravada, a qualidade técnica da gravação e a fidelidade das transcrições e duas formas de validação: o curso da conversação e a generalização dos resultados analíticos da conversação.

Para Minayo (2006, p. 246) a entrevista

é o material privilegiado da análise da enunciação, no sentido de que se trata de um discurso dinâmico em que a espontaneidade e o constrangimento são simultâneos, onde o trabalho de elaboração se configura ao mesmo tempo como emergência do inconsciente e construção do discurso.

E Laville e Dionne (1999) caracterizam as entrevistas pela flexibilidade que possibilita um contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado e a exploração em profundidade em todos os aspectos. O seu direcionamento pode ser ampliado, considerando sempre as necessidades do projeto, ou seja, dos objetivos, pressupostos e objeto da pesquisa.

O período de coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2009 à fevereiro de 2010. No primeiro contato foi agendada, data, horário e local para realização das entrevistas conforme a disposição dos diabéticos. O local escolhido por todos os participantes foi a sua própria casa por ser um ambiente considerado tranquilo, calmo, em que os participantes relataram sentirem-se mais a vontade.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, com uso do gravador, após a aceitação de cada participante do termo de compromisso livre e esclarecido, nos períodos matutinos e vespertinos, conforme agendados anteriormente.

As entrevistas qualitativas permitem ao pesquisador não ser distante e nem neutro, estabelecendo um relacionamento com o sujeito da pesquisa, sendo que a empatia, seu humor, sua sensibilidade e sinceridade são consideradas

instrumentos importantes para a condução do estudo. É também uma interpretação pessoal do pesquisador, relativa à percepção de que o mesmo tem dos dados levantados, sendo que toda leitura constitui-se em uma interpretação, e por isso, não há leitura neutra (RUBIN; RUBIN, 2004).

Não foi necessário voltar para realizar novamente qualquer entrevista ou mesmo complementá-la.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

A inferência ou a dedução pelo raciocínio são apresentadas pela análise categorial, proposta para a análise do conteúdo, em três momentos cronológicos e distintos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2004).

Nesta pesquisa a análise de conteúdo foi utilizada obedecendo às etapas propostas por Bardin (2004), quais sejam:

**Pré Análise do conteúdo:**

É composta pelas seguintes etapas:

- a) **Leitura flutuante** – tem como objetivo propiciar o contato do pesquisador com o material a ser analisado; é o momento que deve deixar-se impregnar pelas impressões e orientações do conteúdo. Esta primeira análise fornece os subsídios para formular os objetivos e as hipóteses (pressupostos) e definir o *cópus* do trabalho. Foi o princípio da pesquisa, a leitura de outros trabalhos que se relacionavam à temática Diabetes.
- b) **Escolha dos documentos** – o pesquisador escolhe aqueles que poderão fornecer as informações sobre o problema em estudo. As escolhas e substituições devem ser seguidas por meio de normas, regras e critérios para não comprometer o rigor científico na pesquisa. Quatro princípios são destacados: **exaustividade** – não deixar de lado qualquer dos documentos para que o material

selecionado apresente abrangência a todos os elementos necessários; **representatividade** – na amostragem, selecionar os documentos que realmente são representativos, esta mostra deve ser um reflexo final dos documentos selecionados; **homogeneidade** – a escolha dos documentos deve estar baseada na mesma técnica e possuir as mesmas características; **adequação** – os materiais selecionados devem proporcionar as informações adequadas aos objetivos da pesquisa (BARDIN, 2004; RICHARDSON, 1999). Esta pesquisa buscou documentos que não só atentassem para a doença DM, mas também seus aspectos históricos, sociais, familiares, emocionais. Estudar autores que descrevessem a pessoa com DM e suas relações negativas e positivas em seu tratamento.

**c) Formulação de hipóteses e objetivos** – a hipótese (pressuposto) é uma afirmação provisória que pretendemos examinar com os procedimentos de análise. Nada mais é do que presumir subjetivamente e intuitivamente levando o pesquisador para uma direção de raciocínio para a compreensão dos dados. É uma orientação provisória para este raciocínio que poderá ou não ser confirmado. Remete aos objetivos e o que se espera alcançar com os resultados. O estabelecimento de hipóteses, não é obrigatório; é possível trabalhar sem idéias pré-concebidas. O pressuposto para este estudo versou no aspecto de entender a vivência da pessoa com DM em sua ruralidade permeada por fatores que poderiam facilitar esta vivência ou dificultar entendendo que a distância dos grandes centros de tratamento traria possíveis transtornos à pessoa que convive com esta doença.

**d) Preparação do material** – antes da análise propriamente dita o material deve ser preparado formalmente. Consiste na última etapa da pré-análise, deve ser realizada com critérios rigorosos, procedendo às transcrições das entrevistas de maneira fiel ao que foi verbalizado, os dados brutos são transformados e agregados

em núcleos que permitem uma descrição exata das características do conteúdo. Cada entrevista teve a duração de aproximadamente de 10 a 30 minutos, e tão logo era encerrada, questionava-se ao entrevistado (a) sobre o interesse em ouvir a gravação. O material obtido nas entrevistas foi transcrito no máximo 24 horas após a realização, com a finalidade de realizar possíveis correções e ser o mais fiel possível aos relatos. A transcrição não pode sintetizar a falas, ela deve ser realizada de forma literal, preservando todas as características possíveis (GIL, 2004).

Após diversas leituras foram retirados os vícios de linguagem e feita a correção ortográfica para proteção dos participantes da pesquisa. Esta é a fase da organização do material. É uma fase flexível, na qual pode ocorrer a eliminação de dados e substituição e introduções de outros que possam contribuir para o conhecimento do problema. Ainda acontece a aproximação do investigador com o objeto da análise.

### **A análise propriamente dita:**

Para a análise dos dados relativos às questões norteadoras realizadas na entrevista, todo material proveniente das comunicações verbais e não verbais pode se constituir em matéria-prima da análise do conteúdo. Os dados provenientes de tal matéria chegam ao pesquisador em estado bruto e precisam ser processados de maneira científica, possibilitando a compreensão, interpretação e inferências necessárias à análise ora adotada (LOPEZ-ARAGUREN, 1986).

Os objetivos de um estudo ajudam a delimitar os dados que realmente são significativos e é a partir deles e do material objeto da análise que se podem selecionar as unidades e estabelecer o conjunto de categorias pertinentes (ROSENBERG, 1981).

O processo de análise deve iniciar-se pelos dados manifestos e explícitos; no entanto, não se descarta a análise do sentido oculto das mensagens e de suas entrelinhas. Deve-se sempre iniciar a análise partindo do que está escrito, isto é, do que foi verbalizado para depois interpretá-lo e contextualizá-lo. Assim

sendo, para entender o texto é fundamental compreender o contexto, uma vez que a mensagem da comunicação é simbólica e, para entender os significados do mesmo é imprescindível considerar o contexto, haja vista que está explícita em qualquer análise de conteúdo (FRANCO, 1986).

Há necessidade de superar o conteúdo manifesto da mensagem para, através da inferência, atingir uma interpretação mais profunda (BARDIN, 2004).

#### 4.4 REFERENCIAÇÃO DOS ÍNDICES, ELABORAÇÃO DOS INDICADORES E CATEGORIZAÇÃO

É o momento de indicar os núcleos de significados que serão buscados nos discursos.

[...] no caso dos textos que são considerados manifestações que contêm índices (elementos que podem ser agrupados em um determinado conjunto). É necessário que a escolha dos mesmos seja efetuada na fase preparatória. Após escolhidos os índices é feita com precisão e segurança a construção dos indicadores, quando também devem ser determinadas as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização (agrupamento de elementos pertencentes a um determinado conjunto ou classe) para análise temática e codificação para registro dos dados (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999, p.30).

O recorte do discurso pode ser feito considerando o nível semântico (tema) ou lingüístico (frase). O indicador é um recurso utilizado que determina a frequência com que certas palavras, expressões e temas aparecem no discurso e pode ter um significado ímpar para o pesquisador que utiliza esta ferramenta. Neste estudo utilizamos o tema como direcionador da identificação dos núcleos de significado.

Um momento de fundamental importância na pesquisa qualitativa que utiliza a análise de conteúdo é a categorização, operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, e seguida por reagrupamento, segundo o gênero, com os critérios previamente definidos.

Comporta duas etapas: o inventário (recorte dos elementos) e a classificação, divisão organizada dos elementos da mensagem (ROCHA, 2002).

A organização da codificação pode ser realizada por meio de classificação e a agregação, constantes nos dados, ordenados de acordo com suas semelhanças. Procede-se então o agrupamento dos núcleos de significado de forma a constituir-se em categorias e subcategorias.

Nesta etapa ocorreu a re-leitura das entrevistas, em seguida, tomando os núcleos de significados interpretados dos discursos individuais, foi realizada a aproximação e as convergências e divergências presentes. Esta aproximação, buscando as evidências entre os núcleos de sentido, possibilitou a construção de categorias.

O conceito de categoria abrange elementos ou aspectos que possuem as mesmas características. Representa uma classificação dos elementos constantes nos dados que são ordenados de acordo com as semelhanças; impõe então o registro do que cada unidade tem em comum com as outras.

A categorização é em síntese, o ato de recortar, classificar e ordenar idéias ou fatos, segundo semelhanças (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999).

A partir das categorias e subcategorias obtidas, tendo por base o pressuposto teórico, que serviu de fundamentação para o estudo é realizada a inferência e a interpretação dos dados, voltando à literatura pertinente para subsidiar o processo reflexivo (BARDIN, 2004).

Assim, neste estudo, estabelecemos para o tratamento dos resultados as seguintes pré-categorias: 1) As facilidades que a pessoa com DM2 vivencia sendo residente em um distrito rural; 2) As dificuldades que a pessoa com DM2 vivencia sendo residente em um distrito rural; 3) As mudanças que ocorreram nos hábitos de vida da pessoa com DM2 residente em área rural após a descoberta da doença.

Destacamos que ao transcrever trechos das entrevistas, utilizamos códigos para ilustrar aspectos da dinâmica das entrevistas. São eles: [...] para significar que um fragmento/parte da fala que foi excluído; [...] para ilustrar as pausas que ocorreram durante a entrevista. Para garantir o anonimato dos sujeitos as entrevista foram enumeradas aleatoriamente por E1, E2, E3, E4 e assim sucessivamente.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para desenvolvimento deste estudo, foi atendido ao que consta na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebendo parecer favorável cadastro no SISNEP sob a CAAE nº 0.109.0.268.000-09 (Anexo A).

Foi também solicitado à Secretaria de Saúde de Londrina autorização para o desenvolvimento da pesquisa, o que foi concedido (Anexo B).

Aos participantes do estudo foi solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após serem efetuados os esclarecimentos quanto ao anonimato, sobre a liberdade em interromper a participação na pesquisa, no momento que quisessem, sem que isso lhes acarretasse danos pessoais.

## 5 RESPOSTAS ÀS INQUIETAÇÕES

### 5.1 APRESENTANDO A PESSOA QUE VIVENCIA O DM E RESIDE EM UM DISTRITO RURAL

Meu olhar volta-se para um pequeno instante que é a busca do entender a pessoa que convive com o diabetes, o seu estar no mundo. Após a aproximação em seus lares, o assinar do termo de consentimento livre e esclarecido, a conversação ocorria através das perguntas norteadoras, já expostas. E os depoimentos emergiam com suas vivências ora de dor ora de vontade de viver e encontrar a cura ou equilíbrio para a DM. Neste espaço exponho algumas impressões estampando vivências ricas em sentimentos onde a coragem permeia incertezas e o amor dilata o próprio existir.

Uma das primeiras entrevistadas contou com a participação de um morador bem humorado e educado que aceitou com disposição ser entrevistado. Sua casa está situada no perímetro urbano, por ser área central do distrito. Uma casa de material modesta com paredes azuis e um belo jardim que se abria á frente, com diversos arbustos e flores. Sentamos na varanda de sua casa, um lugar bem arejado e na presença de sua companheira de vinte anos de convivência, com a qual ele revelou não ter tido filhos porque não foi da vontade de Deus, entre sorrisos e agradecimentos, expôs sua vivência como diabético, e evidenciou uma preocupação com a obesidade, pois pesava na ocasião 128 quilos. Entre os entrevistados foi um dos que mais demonstrou mudanças, pois chegou a pesar 140 quilos e estava praticando caminhadas regularmente.

Em outra entrevista pude ouvir um senhor que é dono de um bar no distrito de Lerroville. Naquela manhã de dezembro encontrava-se com o rosto avermelhado pelas atividades do dia, de shorts e camiseta regata. Adentramos sua casa que possui uma entrada através do bar e fica ao lado, uma casa simples de material, mas bem dividida com sua tonalidade branca.

Este senhor é casado, pai de duas filhas e tem dois netinhos, um menino de cinco anos e uma menina de um aninho que é o xodó dele e da esposa. Ele adora pescar e todo final de semana se dirige para as margens do Tibagi, um rio

do Paraná que banha diversas cidades. Visualmente apresentava-se acima do peso, o olhar cansado e entristecido e embora soubesse da gravidade da doença DM2 também era tabagista e adorava uma cervejinha, para ele eram os seus prazeres em viver, mas entendia que também tal prazer tornava-se um ônus pesado que colaborava para o agravamento do seu quadro de saúde. Na sala de sua casa após assinar o termo de consentimento nos sentamos e em tom baixo foi com tranqüilidade dando-me seu depoimento, revelando suas angústias frente a uma doença que ele considerava muito difícil de enfrentar, pois tinha medo do futuro, havia passado por cateterismo e tinha uma das visões atingida pelos efeitos crônicos da doença.

Outra conversação foi obtida com um dos entrevistados que mais possuía complicações da doença. Era uma manhã chuvosa quando adentrei em sua casa, estava na sala junto à esposa e haviam acabado de realizar a diálise peritoneal, feita várias vezes ao dia. A face hipocorada com olheiras e uma voz baixa atestavam seu sofrimento perante o quadro que se estabelecia. Não tinha filhos e em sua casa, situado há duas quadras da USF, morava também a sua mãe, uma casa de madeira dividida em quatro peças e organizada. Sentados na sala ele ia me revelando que aguardava um transplante de rins, a família já havia passado por exames para atestar a compatibilidade. Nesta entrevista destaco a luta para continuar vivendo apesar das grandes contradições ante as complicações da doença.

Outro depoimento foi construído junto a uma mulher. Era viúva e tinha uma filha de três anos. Havia perdido o marido há poucos meses e de uma forma trágica, assassinado. Morava num conjunto de populares dentro do centro urbano de Lerroville, trazia um sorriso nos lábios e um olhar distante que estampava profunda tristeza. Sua casa, construída segundo ela com muita luta e economia era feita de material e ainda estava sem pintura, mas tinha um interior limpo e agradável. Sentamo-nos na cozinha e lá abriu parte do seu coração revelando seu sofrimento e sua busca de aceitação da doença. Embora tentasse aceitar o fato do DM ser uma doença crônica para ela ainda haveriam grandes ajustes e inquietações a serem feitos e enfrentadas respectivamente. Vi nela o desalento perante a vida e a doença.

Em outra entrevista pude ouvir, um homem casado e pai de quatro filhos, que trabalhava em uma escola nos serviços gerais. No dia-a-dia é uma

pessoa sociável e alegre e ao aceitar nosso convite para a entrevista sentiu-se preocupado em estar respondendo acertadamente as perguntas que lhe seriam feitas. Afirmei-lhe que ficasse á vontade e deixasse o coração falar. Sua casa, construída há poucos anos era de madeira e a parte reformada era de material de cor amarela com detalhes em branco, situada em uma chácara há cinco quilômetros da USF, tinha um ambiente acolhedor, móveis novos com cheiro de madeira de pinho no ar. Sentamo-nos na sala e numa conversa animada ele desfiou sua vivência com o DM, sua luta contra o açúcar e a adoção dos alimentos *light* e *diet*. Reportou-se a família que em grande parte também havia desenvolvido o DM2. Destacou a fé em Deus como um recurso de fortalecimento na luta por hábitos melhores.

A entrevista de numero seis aqui transcrita figura-se em uma mulher com profundas dores. Devido ao seu estado crônico, o rosto encontrava-se edemaciado pelo uso de medicações para controle da anemia hemolítica, queixas de dores articulares e hipertensão arterial, considerei-a como a mais angustiada dos entrevistados. Sua casa fica num sítio á meia hora de carro da USF, cerca de 20 quilômetros, entre declives e aclives. Ao chegar na porteira fui recebida por dois cães de porte médio que ladraram á minha entrada e só me permitiram adentrar quando o esposo veio nos acolher. Sentadas na pequena varanda de sua casa ela me relatou dores e dificuldades, os questionamentos profundos de quem luta contra um quadro que parece piorar a cada dia. As distâncias físicas a serem vencidas na busca do tratamento, a falta de dinheiro para os remédios não encontrados na USF e a espera por dias um pouco melhores.

A entrevista realizada pela tardinha de uma segunda-feira de Janeiro de 2010 foi feita com um senhor que trazia um olhar entristecido, sofrido e profundo. Olhos acastanhados e um sorriso largo com falta de alguns dentes. Recebeu-me junto com a esposa, uma senhora emagrecida por complicações de hipertiroidismo. A casa era de madeira antiga e esverdeada, localizada há seis quadras da USF, algumas arvores frutíferas ao redor, com muito espaço entre a sala e a cozinha onde nos sentamos. Estava obeso, embora tivesse emagrecido após a adoção de hábitos alimentares, referiu o emagrecimento de 20 quilos ao longo de um ano e seis meses. Uma grande angustia era a presença de uma ulcera em halux direito, á época quando apareceu a ferida pensou que perderia o pé. Destaca-se nesta conversação

o vínculo familiar, pois a esposa o acompanhou nas mudanças alimentares e isto muito o fortaleceu na sua luta por uma vida melhor.

Minha oitava entrevista recebeu-me em sua pequena chácara que fica há um quilometro da USF. Com o olhar cansado e um esforço na respiração convidou-me a sentar á mesa de sua cozinha. O netinho de seis anos ficou ao redor entre ouvindo a conversa e brincando com suas torres de montar, por várias vezes senti que ele queria ajudar nas respostas da avó, mas acabou permanecendo quieto. Em seus relatos uma vida de lutas, dores e angustias. Para ela só uma gastroplastia poderia lhe dar o milagre de uma vida melhor. Estava á ocasião com 116 quilos, com problemas renais e cardíacos. Vários especialistas faziam seu acompanhamento e o que pude notar nas suas falas foram os desencontros de informações como a realização ou não de caminhadas, um médico recomendava enquanto outro proibia terminantemente. Mesmo não estando longe da USF tinha dificuldades para ir a pé até o local, há um aclive que exige certo esforço respiratório para vencê-lo. Via o DM como um castigo penoso, a obesidade como a fonte de todas as suas limitações. Percebi claramente uma pessoa em desespero pedindo socorro.

Entre as ultimas entrevistas encontrei uma senhora que mora há quatro quadras da USF, alegre veio me receber. Mora nos fundos de um dos poucos mercados de Lerroville, uma casa de material, pintada de laranja claro com alguns detalhes em verde. Sentadas em sua sala ela descreveu as suas mudanças de hábitos e a preocupação com a artrite nos joelhos. Adorava fazer doces, mas por conta de ter limites na alimentação teve que parar. Entre um sorriso e outro descobri a expressão, coco de bom, que significa estar muito bom, para ela apesar das dificuldades a vida prosseguia. Com a pele clara, olhos verdes tinha a plena certeza de como enfrentar os percalços da doença, e apesar das dores pelas mãos e membros inferiores produzia tapetes coloridos e de grande beleza. Casada há mais de trinta anos, mãe de dois filhos e com vários netos que lhe traziam felicidade. Aprendi com ela que apesar das dores e da doença é possível estar em paz e bem.

A décima entrevistada morava há oito quilômetros da USF, num sítio imenso com um quintal extenso e rodeado por varias casas de familiares. Havia tratores no quintal e dois pequenos carros de passeio em razoável estado de conservação. Sua casa de madeira na cor bege tinha o cheiro de fazenda, agradável

e fresco. Junto ao esposo e á filha foi me contando seus encontros e desencontros com o DM. Adorava cozinhar para a família, e o ato de fazer um cardápio diferente sempre a fazia cair em tentação. Fazia caminhada nas estradas próximas ao sítio, mas ás vezes ficava dias sem atividades físicas. Lutava contra a obesidade e o sentimento de culpa entre as delícias dos alimentos e a necessidade de dietas menos calóricas. Esforçava-se por manter uma pequena horta próxima a sua casa, o que significava para ela o seu empenho em buscar uma alimentação mais saudável.

Entre as últimas entrevistas tive a grata satisfação de ouvir a mãe da décima entrevistada aqui descrita, sua casa no mesmo sítio em que mora a filha era a primeira da entrada, feita em madeira e bem espaçosa, ficou em sua sala aguardando-me sentada em uma poltrona de cor preta com uma das pernas elevadas sobre uma cadeira com almofadas. A própria filha já entrevistada recebeu-me. Sentei-me próximo a ela. E perante as perguntas abertas e norteadoras ia me revelando uma vida de grandes complicações e perdas. Perdera uma das visões e a outra enxergava minimamente. Tivera uma perna amputada também pelo agravamento do DM. Revelou-me que na família eram oito pessoas com DM, que sua mãe também fora diabética e morreu pelas suas complicações. Dores estampadas em um rosto triste, mas acariciadas pelos filhos, esposo e irmãs que sempre estiveram muito presentes nos dias mais duros e difíceis da sua vida. Era entre os entrevistados uma das pessoas que maior tempo possuía de doença, mas a que mais amada demonstrava ser. Destaco na vivência desta entrevista a importância do apoio e do amor familiar no tratamento e no caminho de todos os que adoecem.

Para entrevistar a última pessoa sorteada desloquei-me cerca de dez quilômetros da USF. Moradora há 35 anos em um sítio com pastos ainda verdes eu a encontrei em uma de suas atividades rotineiras, lavando roupas. Assim que me viu veio ao meu encontro, ao receber-me ficamos alguns minutos em pé em seu quintal observando sua horta, e com orgulho fez questão de me mostrar: variedades de alface, repolho roxo, cenoura, couve e couve flor, entre outras qualidades de verduras. Sentamo-nos em sua varanda. Sua casa de madeira envelhecida e acinzentada, destas que passam anos e anos sem pintura, apenas cinza escurecido pelo tempo e a fumaça de fornos e fogos da queima de madeiras. Ali moravam ela, o marido e um dos filhos. A outra filha tinha o endereço em uma cidade vizinha. Tinha

muita gratidão á USF e a Equipe de saúde de Lerroville, pois quando estivera muito doente sentiu-se socorrida e amparada. A vida abria-se em um olhar melancólico. Revelava a depressão como algo paralelo ao DM o que muito a assustava. As distâncias físicas não impediam seu tratamento e a busca da medicação, mas a depressão era um fator de extrema negatividade, pois a saturava no que lhe havia de mais precioso, a alegria de viver.

Nesta pesquisa a saturação dos dados foi alcançada com 12 entrevistas obtidas das pessoas com DM2, sendo sete mulheres e cinco homens. As profissões identificadas foram: dois lavradores, um comerciante, dois autônomos, um funcionário público, uma senhora com funções de trabalho voltadas ao lar e cinco aposentados. As idades variaram entre 40 a 60 anos e todos residiam com pelo menos um de seus familiares.

Quanto ao numero de anos como portador de DM2, todos os entrevistados tinham acima de dois anos, com variações entre 3 a 26 anos do tempo de doença. Nas primeiras leituras das entrevistas ficaram evidentes as várias complicações que comprometem o modo de viver dos entrevistados, a seguir, sem a ordem relatada nas entrevistas anteriores, uma apresentação geral conforme a Figura 2:

<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Profissão</b>	<b>Vinculo Familiar</b>	<b>Tempo de Doença</b>	<b>Complicações e Comorbidades</b>
48	M	Comerciante	Casado / 2 filhos	7 anos	Retinopatia, cardiopatia e obesidade.
50	M	Autônomo	Casado / sem filhos	3 anos	Quadros de hiperglicemia e hipertensão e obesidade.
43	F	Autônoma	Viúva / 1 filho	5 anos	Depressão e hiperglicemia.
48	M	Benefício	Casado / sem filhos	14 anos	Retinopatia, insuficiência renal crônica e submetido a diálise peritoneal.
44	M	Funcionário Público	Casado / 4 filhos	8 anos	Neuropatia.
59	M	Aposentado	Casado / 5 filhos	12 anos	Úlcera profunda em halux direito e obesidade.
56	F	Benefício	Casada / 2 filhos	5 anos	Anemia hemolítica e obesidade.
52	F	Do lar	Casada / 3 filhos	7 anos	Artrite e neuropatia.
50	F	Benefício	Separada / 3 filhos	10 anos	Cardiopatia, Hipertensão arterial, nefropatia e obesidade.
54	F	Lavradora	Casada / 2 filhos	10 anos	Depressão.
43	F	Lavradora	Casada / 1 filho	4 anos	Obesidade.
60	F	Aposentada	Casada / 3 filhos	26 anos	Amputação de Membro inferior Direito, retinopatia e neuropatia.

**Figura 2** – Caracterização dos participantes da pesquisa. Londrina-PR, 2010.

## 5.2 APRESENTANDO AS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Após análise das entrevistas identificamos três categorias que interagem entre si e expressam subcategorias temáticas, conforme apresentadas na Figura 3:

Categorias	Subcategorias
1. Facilidades vivenciadas por pessoa com DM residente em um distrito rural.	1.1 A participação da equipe da Unidade de Saúde da Família no tratamento e o fornecimento de medicações essenciais. 1.2 O apoio familiar no tratamento do diabetes. 1.3 Cultivando a saúde. 1.4 A ambientação rural traz um espaço de tranquilidade. 1.4 A religiosidade promove aceitação da doença. 1.6 Dar sentido a vida facilita a adaptação às limitações que a doença provoca.
2. Dificuldades vivenciadas por pessoa com DM residente em um distrito rural.	2.1 Dependência familiar para seguir o tratamento do diabetes. 2.2 Se deslocar para grandes centros para fazer o tratamento especializado. 2.3 As complicações do diabetes surgem freqüentemente. 2.4 As limitações físicas que o diabetes provoca impede o exercício do trabalho. 2.5 Dificuldade de deixar os vícios do fumo e do álcool. 2.6 Impedimentos para mudar hábitos alimentares. 2.7 Vivenciando as dificuldades do tratamento medicamentoso. 2.8 Falta de recursos econômicos para manter o tratamento e comprar alimentos dietéticos. 2.9 Vivenciar os aspectos de hereditariedade da doença e os sentimentos do estar doente.
3. Mudanças nos hábitos de vida da pessoa com o DM residente em um distrito rural após o seu diagnóstico.	3.1 Vivenciando melhorias nos hábitos alimentares 3.2 A pratica do exercício físico como coadjuvante no tratamento do diabetes. 3.3 Verificar a glicemia periodicamente permite acompanhar o desenvolvimento do diabetes. 3.4 Adesão e controle no uso dos medicamentos. 3.5 Melhor compreensão das informações recebidas para controlar o diabetes.

**Figura 3 –** Categorias e subcategorias analíticas que estruturam o fenômeno investigado: o vivenciar do diabetes mellitus sendo morador em um distrito rural. Londrina-PR, 2010.

Ao tematizar este estudo pode-se observar o encontro de três categorias subdivididas e 20 subcategorias que se interagem em suas diversas temáticas. Tem-se então diversos apontamentos que atestam a convivência das pessoas com DM em seu ambiente rural.

A primeira categoria aponta para alguns recursos encontrados pelos diabéticos no enfrentamento de sua doença, permeados pela ruralidade econômica e social em que se encontram. Na segunda categoria observam-se as dificuldades e

complicações que envolvem a história de cada um. Os diabéticos desvelam a doença e todos os impedimentos e agravos decorrentes dela. Em ordem posterior revelam mudanças que ainda estão em fase de concretude, indagando que vivenciar hábitos novos requer mais que saberes.

### 5.2.1 Categoria 1 – Facilidades Vivenciadas por Pessoa com DM Residente em um Distrito Rural

Nesta categoria os entrevistados expõem através de seus relatos a presença de fatores que lhes dão sustentação no enfrentamento do Diabetes Mellitus. Sua divisão acontece em seis subcategorias, nas quais o diabético estabelece a valorização da equipe de saúde da família, o apoio familiar, a disponibilidade de cultivar a terra e o valor desta, a espiritualidade fortalecendo-os ante a dor do que é irremediável e o sentido da vida no desafio da aceitação do próprio adoecimento.

#### 5.2.1.1 Subcategoria 1.1 - A participação da equipe da Unidade de Saúde da Família no tratamento e o fornecimento de medicações essenciais

Os entrevistados citaram que uma das facilidades encontradas no tratamento do diabetes é o bom atendimento na USF, conforme observado nos relatos abaixo:

*O posto para mim é uma mãe, eu sempre fui muito bem atendida com remédio e tudo [...] Graças a Deus todas as vezes que eu procurei o posto fui atendida. (E8)*

*[...] o posto é ali perto e não tem dificuldade de receber atendimento. (E6)*

*[...] fui muito bem atendida no posto. Teve uma época que eu passei muito mal, e fui muito bem atendida, a doutora e o pessoal do posto vinha aqui 2 a 3 vezes por semana, está registrado no meu prontuário. Teve uma época que eu tive uma pneumonia muito forte e virou tuberculose, eles passaram bem apurado comigo, mas graças*

*a Deus fiquei curada, fiz tratamento completo, não tenho queixa.  
(E10)*

Para a pessoa da E8 sua vivência com o DM foi facilitada pela ESF, a sua existência tem sido fundamental para que ela consiga manter seu tratamento. Da mesma forma as pessoas da E6 e E10 também relatam pontos positivos no atendimento da USF, sendo a proximidade local às suas casas uma facilidade importante.

No Plano Municipal de Saúde de 2008 a 2011 de Londrina está descrito que a assistência a saúde na atenção básica tem sua estruturação a partir das equipes de saúde da família distribuídas nas 52 unidades básicas de saúde (UBS) ou (USF), sendo que 13 destas unidades estão localizadas em área rural e as demais em área urbana (LONDRINA, 2008).

É responsabilidade da equipe da Unidade de Saúde o atendimento da demanda espontânea, bem como a assistência aos moradores do território de sua área de abrangência, por meio da realização de visitas domiciliares, da organização de programas de saúde para grupos populacionais considerados de maior risco ou de interesse epidemiológico, entre outras atividades.

O objetivo dos programas de saúde é de possibilitar adequado controle e avaliação de resultados das ações das ESF, sendo o controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus um destes programas (LONDRINA, 2008).

O cuidado integral ao usuário portador da DM constitui-se em um desafio para a equipe de saúde, especialmente no que tange a mudança no estilo de vida, que está diretamente ligada ao apoio de familiares e amigos.

O protocolo clínico de saúde do adulto que descreve o acompanhamento do diabético preconiza ações comuns à toda equipe de saúde da família. Médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, auxiliares administrativos, devem ter funções definidas e exercidas com regularidade para que a equipe alcance os objetivos primordiais para melhoria da saúde de seus pacientes visando a promoção à saúde, por meio de ações educativas, com ênfase nas mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo, treinamento de profissionais, encaminhamento a outros profissionais, quando indicado, ações assistenciais

individuais e em grupo, participação em projetos de pesquisa e gerenciamento do programa (LONDRINA, 2006).

Os depoimentos dos entrevistados também evidenciaram que o fornecimento de medicamentos é uma das facilidades oferecidas pela USF, conforme os relatos abaixo:

*Facilidades [...] eu tenho a assistência que eu preciso, eu tenho a insulina, as seringas. (E3)*

*[...] aqui eu tenho bom atendimento, tenho o posto de saúde, a Insulina, se não fosse o posto a gente não sabia o que fazer. (E4)*

*[...] o posto é tudo, medicamento eu pego no posto, e as facilidades é a existência do posto e a insulina. (E5)*

Observa-se que para os diabéticos de Lerroville nas falas das pessoas da E3, E4 e da E5 o fornecimento das medicações hipoglicemiantes e da insulina e seus insumos tem sido primordial para manutenção e continuidade de seus tratamentos. Vê-se também o reconhecimento assertivo da USF e sua equipe.

A assistência farmacêutica na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina está organizada de acordo com a Política Nacional de Medicamentos e a Política de ações capazes de promover o acesso aos medicamentos essenciais e a melhoria das condições de assistência à saúde da população. A adoção de uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), a reorientação da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos padronizados são diretrizes adotadas pelo município e estão contempladas no Plano Municipal de Assistência Farmacêutica (LONDRINA, 2008).

Em 2008 e 2009 houve a descentralização no fornecimento da insulina, ocorrendo em complementação ao Protocolo Clínico de Saúde do Adulto, denominada “Sistematização do Cuidado ao Paciente Diabético na Unidade de Saúde”, abordando condutas relacionadas: à classificação de risco de portadores de DM para doenças cardiocirculatórias aplicada na atenção primária; à sistematização do cuidado ao paciente diabético que usa insulina na unidade de saúde; à educação em saúde; à alimentação; à atividade física e organização de insumos e medicamentos do Programa de Atenção ao Portador de DM. Nesta complementação, a abordagem a portadores de DM que usam insulina é

considerada prioritária na prevenção de doenças-cardiovasculares (LONDRINA, 2007).

Estabelecer cuidados integrais ao paciente com DM e sua família é um desafio para a ESF, especialmente para auxiliar o paciente em sua construção cultural e social mudando o seu modo de viver. Aos poucos, ele aprenderá a gerenciar o diabetes em seu dia a dia, em um processo que vise qualidade de vida e autonomia.

*[...] eu tiro o chapéu pro posto de saúde de Lerroville, é um postinho abençoado [...] já tinha ido muita gente embora se não fosse o posto, a gente não tem dinheiro, a sorte nossa é o posto [...] Quem pegou pesado para ajudar a me atender, foi uma medica magrinha, a doutora R., ela disse, comigo vou te curar, ela derrubou minha diabetes pra 120 com 40 dias. [...] A médica disse, se eu e você cuidarmos você vai ver como vai melhorar. (E2)*

Na fala da pessoa de E2 fica evidente o quanto é primordial não só a existência da USF, mas a participação da equipe auxiliando no tratamento do DM. Para ele a interferência positiva da ESF trouxe-lhe a melhora. O Ministério da Saúde conclama que as Equipes de Saúde da Família exerçam ações comunitárias e individuais, informando a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica inclusive a medicamentosa, mantendo o cuidado continuado, educando e preparando portadores e familiares a terem independência no autocuidado; monitorando o desenvolvimento da doença, prevenindo complicações e gerenciando o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando qualidade de vida para a população (BRASIL, 2006).

#### 5.2.1.2 Subcategoria 1.2 - Apoio familiar no tratamento do diabetes

A família é o centro do viver das pessoas, onde em seu processo de conviver são construídos saberes, valores e crenças, possibilitando a cada um de seus membros compartilharem de experiências como a do adoecimento e o

enfrentamento das necessidades na recuperação da saúde, buscando ações que lhe tragam uma rede de sustentação em momentos de fragmentação do cotidiano da família vividos pelo adoecimento de algum membro (MATTOS; MARUYAMA, 2009).

O relato da pessoa E12 expressa a importância da família no tratamento do diabetes.

*[...] eu graças a Deus me dou bem com meu esposo e meus filhos, todos me dão muita atenção. O meu marido me leva pra tomar banho, ajuda a procurar o meu chinelo [...], eu tomo banho sozinha, me enxugo e eu saio e ele me dá roupa e eu me visto sozinha, ele me ajuda a não cair da cadeira, quando preciso levantar pra vestir uma roupa ele me ajuda. (E12)*

A fala da pessoa da E12 demonstra o reconhecimento à família que a assiste no seu auto cuidado. Sendo a família um sistema complexo e dinâmico que sofre influência do meio histórico, social e cultural, ela recebe interferência de suas relações no processo saúde e doença de seus membros, bem como na interpretação da experiência de cada pessoa, no entanto, a experiência do adoecimento de um de seus membros também influencia na reconstrução de crenças e comportamentos, tal como identificamos na fala abaixo:

*Eu deveria me espelhar na mãe, saber a situação da mãe pra me cuidar bem melhor, mas a gente passa e fica sem aquele 100% de cuidado. (E11)*

Para a pessoa da E11 assistir sua mãe em seus sofrimentos e complicações lhe trouxe um novo olhar sobre a doença, mas não conseguiu trazer-lhe transformações. A mudança de hábitos exigida no tratamento não atinge apenas a vida do paciente, mas têm efeitos profundos na dinâmica familiar, o que faz com que tanto o paciente quanto a família busquem significados para a doença e se organizem frente à nova situação instaurada (SANTOS, 2005). No caso da pessoa da E11 não houve mudanças em seu estilo de vida.

Prevalece no núcleo familiar uma rede de relações e de interações que são compartilhadas em diversos momentos, conflitantes ou não, sendo a vivência do processo saúde e doença um desses momentos. Quando há na família um membro que sofre de doença crônica, todos os demais membros estão sujeitos a sofrer de estresse e ansiedade. Os membros da família preocupam-se com a

gravidade da doença, com o sofrimento e a possível morte, e como conseqüências, podem experimentar diversos sentimentos entre eles o medo, o desamparo, a vulnerabilidade, a insegurança, a frustração e até mesmo a depressão (MARTINI et al., 2007), de acordo com o que observamos no relato a seguir:

*[...] O meu marido tem andado meio doentão, dá um nervo, ele fez cinco pontes de safena, você olha e vê ele muito nervoso, não me conformo com essas coisas, a gente tem que saber controlar pra ele não ficar nervoso que as coisas são assim mesmo, eu vou tentando apaziguar. (E12)*

Observamos que a pessoa da E12 refere que o esposo, embora a auxilie no seu autocuidado, também esta doente e fica nervoso com as complicações que ela possui devido ao DM. Ela, a seu modo, tenta poupá-lo. Inicialmente, os familiares de pacientes diabéticos reagem com angústia e desespero perante a sensação de terem pouco controle sobre suas vidas e sobre a vida do parente diabético. Conforme o progresso do tratamento, tanto o paciente quanto a sua família enfrentam situações de incerteza e descrença contra as quais podem reagir recorrendo a mecanismos de negação do sofrimento (SANTOS, 2005).

Ochoa e Vigo (2005) afirmam que as pessoas com DM que tiveram apoio adequado de amigos e familiares, aderiram melhor às condutas de autocuidado, sendo que se torna importante avaliar os meios de apoio ao paciente para identificar as suas necessidades de assistência, no propósito de evitar as complicações de longo prazo.

Maior participação familiar no tratamento do diabético poderá facilitar a adaptação à doença e ao seu auto cuidado e, deste modo, poderá prevenir e/ou retardar o início e/ou agravamento das complicações agudas e crônicas (ZIMMERMAN; WALKER, 2002).

*[...] fiquei trinta dias internado no HU, ela (aponta para a filha) ficava lá comigo, quando ela vinha embora aqui pra cuidar do marido e da filha, as minhas irmãs é que ficavam comigo lá, porque lá tem que ficar sentado na cadeira, não tem onde deitar, nunca fiquei nenhum dia sozinha lá, porque eu não enxergo e com a perna doendo, pra perder a perna eu sofri bastante. (E12)*

A senhora em questão demonstrou profundo sofrimento devido às complicações provocadas pelo diabetes. E em sua fala, apesar de ter perdido uma

visão e sofrido amputação de uma perna, ficou clara a importância da presença familiar no seu auto cuidado e acompanhamento. Em momento algum, apesar da tristeza em passar por dores intensas, houve desistência de sua parte em continuar vivendo, pelo contrário, reconhecia a presença familiar como um ponto primordial para a continuidade da sua existência.

Como grande parte do cuidado diário é realizada pelo diabético e sua família, torna-se necessário que todos estejam orientados adequadamente e assumam as responsabilidades pelo cuidado, daí a importância de conscientizar e envolver a família nas orientações (PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003), o que observamos na fala abaixo:

*Não encontro dificuldade, porque os filhos levam a gente no médico... Meu marido nos leva pra Londrina se precisar ir ao posto, onde precisar ir ele leva, eles vem na hora. Minhas irmãs caem na estrada na hora pra virem me buscar. (E12)*

Para a pessoa da E12 a presença familiar sempre disponível é de grande alegria e incentivo. Acredita-se que seja imprescindível o apoio da família no processo do cuidado à pessoa com diabetes. A rede de apoio ou suporte social é consolidada pelos laços sociais entre as pessoas, especialmente entre os membros da família da pessoa com uma doença crônica, onde esse apoio torna-se mais importante para a pessoa poder aceitar sua situação e a família poder aprender a conviver com a doença (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002).

A família é uma benção que dá sustento e refugio aos amargurados e doentes do mundo. É para muitos a presença de Deus nos homens, que ampara dores e acolhe angustias, dinamizando o sentimento mais profundo da vida, o amor.

### 5.2.1.3 Subcategoria 1.3 - Cultivando a saúde

Entre os entrevistados ocorreram referências ao cultivo de verduras e legumes, sendo que os mesmos destacaram que morar em área rural tornava-se um fenômeno facilitador para acesso a estes alimentos, conforme verificamos nos relatos a seguir:

*Aqui a gente faz as plantações, verduras, chuchu, abóbora você planta uma couve então aqui a gente usufrui mais da verdura. (E11)  
[...] Eu acho bom morar na zona rural, até na alimentação, acho melhor no sítio, a gente tem mais à vontade as verduras, a gente sempre planta verdurinha. (E10)*

As pessoas da E11 e E10 vêem facilidades no cultivo de legumes e verduras e apontam que na área rural isto é mais próximo, mais á vontade. A alimentação, enquanto fenômeno complexo e dinâmico traduz as condições de vida de uma comunidade não apenas pelo que se come, mas, também, pelos motivos que conduzem a determinado comportamento alimentar, como questões econômicas, sociais, ambientais, culturais, históricas, geracionais, entre outras (ALVES; BOOG, 2008).

Salienta-se ainda que questões físicas e sócio-econômicas fazem da zona rural brasileira, um espaço heterogêneo, marcado pela pluralidade de atores (fazendeiros, pequenos agricultores familiares, meeiros, assalariados, trabalhadores urbanos residentes em zona rural, trabalhadores assentados, entre outros), com práticas sociais distintas e sofrendo múltiplas carências sócias econômicas (ALVES; BOOG, 2008).

Outro fator preocupante é que tanto na zona rural como urbana, a maioria das famílias não possui uma horta no pátio de suas casas e não tem o hábito de comer frutas e verduras ou não sabe como aproveitar às mesmas, o que melhoraria a qualidade da alimentação, a economia nos gastos com alimentos e preveniria doenças na família (ABELHA; COELHO FILHO, 2004).

Observamos que para apenas dois entrevistados, terem uma horta com verduras e legumes constitui-se em um fator de grande auxílio na busca de uma dieta equilibrada, e de uma vida mais saudável.

Os estudos de Abelha e Coelho Filho (2004) apontam que muitos lavradores que ganham seu sustento através do plantio de frutas e verduras, quase não as usam em sua mesa. Talvez porque signifiquem seu ganha pão, vêem as frutas e verduras como meio de sustento e não alimento. Preferem os alimentos mais calóricos, pois acreditam que estes podem lhes dar mais forças para o trabalho. É uma inversão de valores na escala alimentar que acaba levando o agricultor a ter hábitos não tão saudáveis.

#### 5.2.1.4 Subcategoria 1.4 - A ambientação rural traz um espaço de tranquilidade

A poesia “O cântico da Terra”, abaixo, ilustra o que representa a terra na vida do homem:

Eu sou a terra, eu sou a vida. Do meu barro primeiro veio o homem. De mim veio a mulher e veio o amor. Veio a árvore, veio a fonte. Vem o fruto e vem a flor. Eu sou a fonte original de toda vida. Sou o chão que se prende à tua casa. Sou a telha da cobertura de teu lar. A mina constante de teu poço. Sou a espiga generosa de teu gado e certeza tranqüila ao teu esforço. Sou a razão de tua vida. De mim vieste pela mão do Criador, e a mim tu voltarás no fim da lida. Só em mim acharás descanso e Paz. Eu sou a grande Mãe Universal. Tua filha, tua noiva e desposada. A mulher e o ventre que fecundas. Sou a gleba, a gestação, eu sou o amor. A ti, ó lavrador, tudo quanto é meu. Teu arado, tua foice, teu machado. O berço pequenino de teu filho. O algodão de tua veste o pão de tua casa. E um dia bem distante a mim tu voltarás. E no canteiro materno de meu seio tranqüilo dormirás. Plantemos a roça. Lavremos a gleba. Cuidemos do ninho, do gado e da tulha. Fartura teremos e donos de sítio felizes seremos (CORA CORALINA, 1981, p. 43).

O espaço rural é bem mais do que um simples fornecedor de alimentos. É, no fundo, um espaço multifuncional, que, a par das suas atividades agrárias tradicionais (agricultura, pecuária e silvicultura), pode também desempenhar funções ambientais e territoriais (RIBEIRO, 1999).

É reconhecido que o mundo rural tem hoje um valor simbólico para os urbanos. Viard (1997) diz que o espaço rural tem uma nova legitimidade, identitária, e não a legitimidade alimentar do passado. Esta nova legitimidade é fundada na percepção do campo (sobretudo para os urbanos) como símbolo de liberdade, paisagem, beleza e saúde, o que é confirmado no relato abaixo:

*É mais fácil para mim, morar aqui na zona rural, é perto do posto e tenho paz vivendo aqui. (E6)*

*Nós sempre moramos em zona rural tanto que eu e meu marido quando vamos um dia pra Londrina ver o médico, nós não vemos a hora de sair de Londrina, o tumulto de lá é grande, não serve para nós. (E8)*

As pessoas da E6 e da E8 deixam claras suas preferências pela área rural seja porque já estão ambientadas ou pela ausência da agitação presente

nos grandes centros urbanos, o que faz pensar a área rural não só como um espaço bucólico, mas em um ambiente pacífico e relaxante.

O campo, ao contrário da cidade, é o lugar da certeza, da vida simples e bem vivida e, principalmente, da liberdade. Liberdade de se andar, de maiores espaços, e de comportamentos menos normatizados e polidos; isso não significa dizer que o campo é o lugar da impunidade, mas sim de uma liberdade de ser rústico, onde as aparências valem menos, onde os modos são menos sofisticados (ANDRADE, 1974).

Acerca desta questão nota-se atualmente que quase 80% dos brasileiros vivem em cidades. São pessoas em busca de melhores empregos e condições de vida. Mas tudo tem o seu preço e viver na cidade, sobretudo nas cidades grandes, significa enfrentar a poluição, os congestionamentos do trânsito, a falta de saneamento e segurança. Enfim, coisas da vida urbana. O que as grandes cidades oferecem em oportunidades, acabam por tirar em qualidade de vida (BRASIL, 2010). Neste sentido distingui-se na fala do depoente da E8 tal ocorrência.

#### 5.2.1.5 Subcategoria 1.5 - A religiosidade promove aceitação da doença

A religião é a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo. Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última difere-se pela clara sugestão de um sistema de adoração/doutrina específica partilhada com um grupo (PANZINI, et al., 2010). A fala da pessoa da E2 expressa esse princípio:

*[...] Deus, a gente não pode esquecer-se dele. Deus faz a sua parte.*  
(E2)

Religiosidade e espiritualidade são duas palavras diferentes. Religião implica em um sistema de crenças a que um indivíduo adere, enquanto que espiritualidade pode ser compreendida como a experiência atual de uma pessoa em

relação aos outros, com a natureza e com Deus. Espiritualidade é encontrada através de um relacionamento pessoal com Deus (LARSON, 2003).

*Quem tem diabetes tem que buscar um dom de Deus pra poder cuidar do diabetes, pra ajudar, e aquele que não tem faz uma prece pra ajudar os diabéticos. (E11)*

Ao descrever a fala da pessoa da E11, observa-se o quanto é importante encontrar ajuda, dons, na crença em Deus. E o recurso da oração como meio de sustentação para vencer dificuldades.

Em um estudo desenvolvido na Universidade de Duke nos Estados Unidos e apresentado no Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP) em abril de 2010, avaliou quase 4.000 idosos, e demonstrou que os participantes que freqüentavam serviços religiosos, rezavam ou liam literatura religiosa com freqüência tinham 40% menos chances de ter hipertensão arterial (GUIMARÃES; AVEZUM, 2010).

É extremamente primordial que as pessoas que convivem com o diabetes exercitem sua fé, pois ao fortalecer sua espiritualidade o ser humano também vai melhorando seu aspecto emocional. O DM traz em si uma intensa carga emocional e melhorar este aspecto auxilia no seu equilíbrio.

Pargament (1997) comenta em seus estudos sobre a Psicologia da Religião, que o conceito de religiosidade repousa sobre aquilo que é sagrado e sobre a busca de significado, envolvendo expressões de espiritualidade, expressões tradicionais de fé, participação em igrejas estabelecidas, ações políticas e sociais, bem como atos pessoais de misericórdia e compaixão.

Para Guimarães e Avezum (2010) muitos autores apontam para a mediação de fatores como o estresse, e algumas pesquisas mostram a relação da religiosidade com menores níveis de cortisol, proteína C reativa, fibrinogênio e citocinas.

*[...] se Deus deu o diabetes para a pessoa, é porque tem que passar por isso. Eu agradeço muito a Deus por ter mandado pra mim e não para alguém da minha família. (E3)*

*[...] a diabetes é uma coisa de Deus. (E5)*

Na fala da pessoa da E3 aparece na expressão de aceitação da doença a submissão á vontade de Deus e ao mesmo tempo o pensamento de que a doença foi enviada por Deus, o que remete a pensar que falta o entendimento dos mecanismos da doença que se cronifica na manutenção dos maus hábitos e outros fatores agravantes. Na fala da pessoa da E5 estas proposições se repetem. Portanto as falas acima expressam que a doença requer uma postura de enfrentamento por parte de quem a vivencia. Esse enfrentamento afeta todo o seu existir e configura-se sob várias formas: aceitação da enfermidade, da limitação que ela impõe em muitas esferas, como horário e tipo de alimentação, uso de hipoglicemiantes e, muitas vezes, do tratamento de doenças associadas (OVIEDO; BOEMER, 2009).

Elsen, Marcon e Silva (2002) afirmam que na busca de algo que a fortaleça, as pessoas encontram conforto na religião. Em situações de doença, em que a fragilidade e a carência se exacerbam, as pessoas sentem a necessidade de se apegar a forças espirituais, ao apoio de Deus para poderem suportar a realidade (SILVA; SHIMIZU, 2007) conforme observamos no relato abaixo:

*[...] estou esperando a cirurgia bariátrica, se Deus abrir a porta pra mim, minha grande esperança é a redução de estômago. [...] Estou com 50 anos se conseguir quero viver até os 70 a 80 anos, agora se eu não conseguir não vou mais do que daqui dois anos. (E9)*

A pessoa da E9 vive um drama existencial, sua fé está em Deus, mas para ela todas as suas chances de cura estão na cirurgia bariátrica. Ela vive o tormento da obesidade e das várias complicações desta e da DM. Seu futuro segundo seu entendimento depende desta cirurgia, pois também já não vê outras saídas.

Para Oviedo e Boemer (2009) em alguns momentos a pessoa sente-se motivada por uma força para mudar seu estilo de vida e, assim, controlar a moléstia. Entretanto, em outros, essa disponibilidade para mudanças dissipa-se, tornando-a frágil no que se refere ao controle de sua enfermidade. Tal comportamento é particularmente verdadeiro para aspectos interligados ao controle alimentar, o qual parece ser o grande foco de dificuldade. E tal fato é bem vivenciado pela pessoa da E9 que busca na cirurgia de redução do estomago a cura para os seus males.

*[...] tem que ter fé em Deus, se for pra nós passarmos por isso vai ter que passar, é uma doença que vem na gente, não é outro que joga pro outro, e que tem que ter paciência [...] enquanto Deus não chamar, não vai embora. (E8)*

Observamos na fala da pessoa da E8 que a segurança de poder confiar em Deus advém da possibilidade de ter superado momentos difíceis anteriormente vivenciados. Esse sentimento de segurança é muito importante para as pessoas que convivem com doenças que podem levar à morte (SILVA; SHIMIZU, 2007).

Cabe mencionar que a dimensão da religiosidade vem sendo integrada, ainda que embrionariamente, à assistência à saúde, caracterizando novos modos de cuidar, o que inclui a subjetividade, o respeito pela religiosidade e, principalmente, o fato de considerá-la um elemento essencial de ajuda à pessoa enferma (JUNQUEIRA, 2008).

#### 5.2.1.6 Subcategoria 1.6 – Dar sentido a vida facilita a adaptação às limitações que a doença provoca

O que importa ao homem saber, acima de tudo, o que ele é, de onde vem, para onde vai e qual o seu destino? As idéias que fazemos do universo e de suas leis, da função que cada um deve exercer sobre este vasto teatro, são de uma importância capital. Por elas dirigimos nossos atos. Consultando-as, estabelecemos um objetivo em nossas vidas e para ela caminhamos. Nisso está a base, o que verdadeiramente motiva toda a civilização (DENIS, 1989).

A doença traz ao seu portador diversas dificuldades, para vencê-las cada um deles busca no seu viver a aceitação dos seus próprios limites renovando o sentido da vida, auto explicando-se, justificando que há outras pessoas que também sofrem. Buscam ocupar-se, valorizando outras atividades laborativas, conforme verificamos nos relatos a seguir:

*Sempre que vejo alguém reclamando, procuro consolar de alguma forma e dizer que faz parte, já que veio a doença temos que enfrentá-la. (E3)*

*[...] era mais complicado, mas a gente se acostuma. [...] eu tenho confiança que a vida volte ao normal. (E4)*

*[...] mas já me acostumei [ ] vai acostumando com o tempo. (E5)*

*Tem gente que tem problemas bem piores [ ] mas o diabetes não é coisa de outro mundo. (E3)*

*Eu acostumei viver assim. Eu não tenho que reclamar [ ] eu vou levando, vou fazendo meus tapetes, minhas coisas, a vida continua [...]. (E10)*

Nas falas acima também se percebe que a aceitação torna-se resignificação da doença para promover um acomodar-se, ir para um espaço de compensação.

O problema do sentido da vida é saber se a vida tem finalidade e valor. O mito de Sísifo ilustra bem este aspecto. Condenado pelos deuses, Sísifo tem de empurrar uma monstruosa pedra até ao cimo de um monte. Lá chegando, a pedra escapa-lhe e rola outra vez pela encosta abaixo, o que o obriga a voltar a empurrá-la, repetindo esta ingrata tarefa para todo o sempre (MURCHO, 2006).

Pode-se argumentar que a existência de Sísifo não tem sentido porque nunca consegue atingir a sua finalidade. Mas o caso de Sísifo parece diferente, pois é defensável que se conseguisse alcançar a sua finalidade, a sua existência seria igualmente destituída de sentido. Isto porque a própria finalidade a que Sísifo foi condenado é destituída de valor. O valor é uma condição necessária para o sentido. A vida de cada um tem sentido, um valor, do ponto de vista do universo, na exata medida em que cada ser trazer ativamente valor e sentido ao universo (MURCHO, 2006).

Segundo Merleau-Ponty (1994, p. 227-8):

*Mesmo normal, mesmo envolvido em situações inter-humanas, o sujeito, enquanto tem um corpo, conserva a cada instante o poder de esquivar-se disso. No próprio instante em que vivo no mundo, em que me dedico aos meus projetos, a minhas ocupações, a meus amigos, às minhas recordações, posso fechar os olhos, estirar-me, escutar meu sangue que pulsa em meus ouvidos, fundir-me a um prazer ou a uma dor, encerrar-me nesta vida anônima que subtende a minha vida pessoal.*

Diante disso, os sujeitos do estudo, cada um a sua maneira de ser no mundo, revelaram uma estrutura de vivência do enfrentamento do diabetes que contempla a busca de compreensão do adoecimento (PEREIRA, 2006).

Enfrentar o DM é um convite diário, ao seu portador para repensar a vida, mesmo com limites físicos e alimentares, conhecendo-se, estabelecendo objetivos para o futuro e valorizando as adaptações que se tornam pequenas conquistas para quem tem uma doença crônica que não permite à desistência, não aceita velhos e maus hábitos, tão pouco a desesperança.

O diabético vive um dilema entre o que quer e o que precisa. Pereira (2006) em sua tese sobre o corpo e seu significado, afirma que a realidade não é a doença em si, mas a transfiguração que esta sofre ao identificar-se com o sujeito. O diabetes manifesta-se de diversas maneiras a depender da significação que a pessoa portadora atribui à doença em seu cotidiano. Tendo em vista as possibilidades do ser em ressignificar suas vivências, os modos de enfrentamento serão sempre inesgotáveis na ambigüidade da existência. Alguns poderão permanecer tentando explicar a própria vida e outros chegarão ao enfrentamento com possíveis mudanças mais profundas. Mesmo em se tratando de uma mesma doença, a experiência vivida é única para cada pessoa.

#### 5.2.2 Categoria 2 – Dificuldades Vivenciadas por Pessoa com DM Residente em um Distrito Rural

Esta categorização conta com nove subcategorias que destacam o significado do adoecimento crônico, acarretado pelas complicações da doença, empecilhos, barreiras e distâncias geográficas, excesso de medicamentos e suas reações, limitações e impedimentos para o trabalho. A presença dos vícios alimentares, do álcool e do tabaco, carência de alimentos específicos para manter a dieta e a carga genética como um legado familiar.

### 5.2.2.1 Subcategoria 2.1 - Dependência Familiar para Seguir o Tratamento do Diabetes

Para a pessoa da E4, fala transcrita a seguir, estar doente, diabético, e enfrentar as crises de hipoglicemia, e os picos hipertensivos devido a insuficiência renal crônica, necessitar de auxílio da mãe e da esposa para melhorar e até de cuidados da ESF, como aconteceu diversas vezes em seu tratamento, gera-lhe a sensação de estar incomodando, dando trabalho e de sempre ser dependente de alguém:

*[...] e eu preciso de alguém pra me socorrer... quando eu passo mal eu preciso da ajuda da minha mulher ou da minha mãe, é difícil [...] Fiquei mais dependente.(E4)*

Assim, a doença crônica traz consigo perdas sucessivas de independência e autocontrole, gerando sensações de luto e, como tal, sentimentos de ansiedade, tristeza, irritação e medo. Saber viver com a doença crônica depende das características individuais, da forma como ela é aceita e do que se espera da vida. Por outro lado, as necessidades do portador deste tipo de doença, também diferem, verificando-se uma necessidade de adaptação aos efeitos prolongados da doença crônica. Existe uma maior dificuldade de adaptação ao mundo novo, dado que este não está pensado nem estruturado para pessoas diferentes do padrão considerado normal (SANTOS, 2003).

O termo dependência liga-se a um conceito fundamental na prática geriátrica: a fragilidade que é definida da por Hazzard et al., (1994) como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Essa condição é observada em pessoas com mais de 85 anos ou naqueles mais jovens que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzam sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco.

No relato da pessoa da E12, apresentado a seguir é evidenciado suas dificuldades em realizar atividades básicas como a higiene corporal, preparar sua alimentação, vestir-se, portanto necessita ter alguém por perto para socorrê-la.

As suas limitações físicas, a amputação do membro inferior esquerdo e diminuição quase total de sua visão a fragilizaram no auto cuidado, no entanto:

*O difícil é porque tem dia que o marido precisa trabalhar e a filha também precisa sair, ela que cuida de muita coisa e às vezes eu fico sozinha dentro desta casa, aqui e eu não posso sair pra fora sem ajuda, se eu tiver de cadeiras de rodas eu não posso sair mas se eu estiver com a perna mecânica eu consigo e eu venho pra dentro e vou no banheiro.[...] é difícil tomar banho por causa da cadeira que tem que empurrar até o banheiro. (E12)*

Embora toda dificuldade relatada pela pessoa da E12, percebe-se no contato com seus familiares que estes têm um especial carinho por ela expressado no esmero e dedicação com que a cercam.

A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados (CALDAS, 2003).

Quando a doença crônica surge, verifica-se um conjunto de alterações que dependem do ciclo de vida em que a pessoa se encontra o que condiciona o tipo de adaptação que terá de ser feita no campo familiar, profissional e social. A adaptação à incapacidade é difícil, produz uma sensação de perda que é reflexo, não só da alteração de uma função física, como também de uma forma de vida, surgem os medos resultantes da indefinição das capacidades econômicas e da aceitação familiar, social e profissional (SANTOS, 2003). Nas pessoas da E4 e E12 as gravidades de suas complicações as expõem a diversas fragilidades e ampliam a necessidade de terem familiares sempre por perto para que possam realizar funções mínimas.

O medo de se tornar dependente dos cuidados de outras pessoas ronda constantemente as pessoas que vivenciam a cronicidade do DM. A pessoa da E6 revela também esta angústia:

*[...] eu tenho medo de cair numa cadeira de rodas, numa cama e ficar dependente. (E6)*

Para Pitaud (1999) e Caldas (2003) na avaliação do grau de dependência utiliza-se o método de avaliação funcional. A função é definida como a capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas cotidianos, ou seja, aquelas atividades que lhe são requeridas por seu entorno imediato, incluindo a sua participação como indivíduo na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social.

A função é avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD), que por sua vez se dividem em: (a) atividades básicas da vida diária, tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se, entre outras; (b) atividades instrumentais da vida diária indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro, entre outras; e (c) atividades avançadas da vida diária marcadoras de atos mais complexos, e em grande parte, ligados à automotivação, como trabalho, atividades de lazer, contatos sociais e exercícios físicos (CALDAS, 2003).

A dependência altera a dinâmica familiar. À medida que a pessoa vai desenvolvendo a doença, há uma mudança de papéis nos membros da família (CALDAS, 2003). Para Mendes (1995) geralmente a decisão de assumir os cuidados é consciente, e os estudos revelam que, embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certas regras refletidas em quatro fatores:

- Parentesco: com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho; com predominância da filha;
- Proximidade física: considerando quem vive com a pessoa que requer cuidados;
- Proximidade afetiva: destacando a relação conjugal;
- A relação entre pais e filhos.

Caldas (2003) afirma ainda que em geral, são as mulheres que assumem o cuidado, e esse papel é visto como natural, pois está inserido socialmente no papel de mãe. Isto também pode ser observado neste estudo.

### 5.2.2.2 Subcategoria 2.2 – Se deslocar para grandes centros para fazer o tratamento especializado

Para os diabéticos que residem em área rural e vivem o efeito da cronicidade e suas complicações as necessidades se ampliam quando necessitam buscar atendimento em centros urbanos especializados, seja em uma urgência ou no tratamento ambulatorial nas diversas especialidades. As dificuldades além da distância envolvem também empecilhos como ruas inclinadas, ausência de asfalto em estradas rurais e falta de transporte. Os depoimentos a seguir revelam esta afirmação:

*[...] em Londrina o tratamento é melhor, eu tenho medo da doença, de dar um infarto e o socorro demorar, por causa da distância, eu também vou ao Cardiologista e é difícil ir e voltar, a distância é muito ruim. (E1)*

*Dificuldade é quando tenho que ir pra Londrina a gente que mora em sítio não é fácil [...] não é toda vez que a gente pode vir no posto que é longe, são várias dificuldades que a gente que mora no sítio passa.[...] é difícil até para ir pegar o remédio por causa da distancia e às vezes da estrada que inunda. (E7)*

*[...] pra eu sair daqui e subir esse morro, ir até lá pra procurar o médico, às vezes não é no postinho, é em Londrina, para mim a dificuldade é muito grande, antontem que eu fui pra Londrina, tive médico e eu gastei uns 25 minutos pra chegar daqui até o ponto de ônibus. (E 9)*

Um trabalho realizado nos Estados Unidos acerca de como melhorar o cuidado do diabetes nas comunidades rurais realizado por Massey et al. (2010) aponta que indivíduos que vivem em comunidades rurais, muitas vezes tem dificuldades de obtenção de cuidados de saúde, por causa da distância entre unidades de saúde, e acrescenta as limitações financeiras, as barreiras culturais e físicas, a desconfiança, problemas de comunicação, e as altas taxas de analfabetismo de saúde.

Um autor americano informa, ao ouvir relatos de comunidades rurais nos Estados Unidos, não ser incomum o diabético morador em área rural ter consultas/procedimentos perdidos, tais como exames oftalmológicos, que são

cruciais para a detecção de diabetes e co-morbidades associadas (GAM et al., 2003).

No relato da pessoa da E11 observam-se algumas dificuldades nesse sentido:

*[...] para a gente é um pouco difícil sim, porque ir de ônibus não é nas horas que a gente tá precisando ir, mas quando a gente acha uma carona a gente vai, e eu tenho feito bastante acompanhamento do diabete lá no AHC. A dificuldade é do transporte. (E11)*

A pessoa da E11 enfrenta as distâncias e os horários limitados do transporte de ônibus como exposto acima. Na unidade do distrito rural de Lerroville, ouvimos relatos diários de que se um paciente precisa ir a Londrina, para uma consulta e esta estiver agendada para as 07h00min, tem que estar dentro do ônibus às 05h00min da manhã, isto porque já se levantou às três para sair de sua casa realizando uma caminhada para chegar a tempo ao ponto de ônibus.

Na USF vemos com freqüência os pacientes perderem o atendimento em especialidades, consultas prioritizadas, exames complexos, porque não conseguiram nem sair de casa. Alguns ao buscarem reagendamento relatam que chovia muito e o carro ou moto estragou na estrada. Vias rurais que ficam muito escorregadias com a água pluvial e às vezes somente um trator pode fazer o resgate. Para reagendar a consulta perdida ocorre mais um transtorno devido não só á demora como também por todo procedimento administrativo que tem que ser refeito pela equipe da USF para a priorização da consulta perdida acarretando em retrabalho.

Em visitas domiciliares realizadas pela equipe da USF de Lerroville nos locais mais distantes, como em sítios, fazendas e assentamentos, algumas pessoas relataram que estavam doentes há vários dias e que não foram a USF porque não tinham transporte e nem meios de comunicação para avisar os profissionais da equipe de saúde.

### 5.2.2.3 Subcategoria 2.3 – As complicações do diabetes surgem freqüentemente

O DM atualmente representa uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo, acometendo indivíduos em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social. Distinguindo-se por ser uma das principais causas clínicas de hospitalização no Brasil. Suas manifestações crônicas são causas freqüentes de invalidez em pessoas em período produtivo (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009).

As complicações do DM são classificadas em agudas e crônicas. Entre as complicações agudas encontram-se a cetoacidose diabética, hipoglicemia e o coma hiperosmolar não cetótico, complicações estas de fácil manejo clínico, mas que podem ter conseqüências sérias se não tratadas a tempo (PEDROSA; MACEDO; RIBEIRO, 2006). As falas a seguir vêm de encontro a este pensar:

*[...] a ultima vez que tive uma elevada do açúcar foi de 450, daí eu estava adocicado, toda a boca, nem a água não prestava mais, ai eu falei, vou morrer dessa vez, vou morrer mesmo. (E2)*

*[...] tinha muitas dores de cabeça [ ] ficava bêbado ,embriagado, andando e começando a cair [ ] e depois eu quase morri [ ] e fiquei sabendo que era o diabetes, e fui parar na UTI[ ] quando eu vi já tava morrendo, o homem só se cuida quando está morrendo, e não sabia do quê [ ] só depois da UTI que eu descobri que era o diabetes. (E6)*

*[...] deu fraqueza muscular, as vistas que escurece. (E7)*

*[...] eu sinto dor nas pernas, eu sinto dor nos pés, no corpo, sinto as vistas ruim quando o diabetes sobe. (E10)*

As complicações crônicas decorrem das alterações macrovasculares e microvasculares manifestam-se nas artérias coronarianas, cerebrais e periféricas de extremidades inferiores, tendo o prognóstico agravado pelo fato de a aterosclerose desenvolver-se em idade precoce nos portadores de DM (PEDROSA; MACEDO; RIBEIRO, 2006). Segundo Bianchi (2008) e Howard et al. (2006) os portadores de DM2 apresentam maior risco de desenvolvimento de complicações cardiovasculares (40%) e de morrerem por estas complicações do que os não diabéticos, o que é observado no relato a seguir:

*[...] além da diabetes, tenho problemas no coração, pressão alta, problemas nos rins, e tudo pra mim fica difícil. Faço acompanhamento no endócrino no AHC. (E9)*

A prevalência da nefropatia em portadores de DM1 pode chegar a 40%, e em portadores de DM2 varia de 5% a 20%, sendo esta complicação a principal causa de insuficiência renal crônica. A nefropatia deve ser prevenida, uma vez que se apresenta associada ao aumento da mortalidade pelo DM, principalmente por doença cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Já para De Luccia (2003) as complicações microvasculares resultam de alterações dos níveis glicêmicos, que provocam um espessamento da membrana basal dos capilares, e estão relacionadas à retinopatia, nefropatia e neuropatia. A pessoa da E4 descobriu que além de ser diabético era hipertenso e que tal associação prolongada e sem controle alimentar e medicamentoso, desenvolveu doença renal crônica e com ela a necessidade do tratamento de diálise peritoneal, realizada diariamente na residência pela esposa, após treinamento em uma clínica especializada. Abaixo se encontra o relato referente a essa vivência:

*[...] o meu rim não funciona mais direito, parou e eu estou fazendo a diálise peritoneal, é complicado, são muitos horários. Estou aguardando um transplante de rins, pois os meus estão parando. (E4)*

Outra complicação muito comum que pode ocorrer com as pessoas que vivenciam o DM é o desenvolvimento de ulceração. A pessoa da E6, há dois anos, após fazer limpeza do seu quintal, descobriu que tinha uma tunguiase em hálux direito e ao tentar removê-la com uma agulha surgiu a ferida, havia no local uma infecção não percebida.

*[ ] deu a ferida no pé. [...] a diabetes tava alta demais chegou mais de 300. (E6)*

O pé diabético é conhecido como um estado fisiopatológico multifacetado, caracterizado por úlceras, infecção e/ou destruição de tecidos profundos que surgem nos pés do portador de diabetes e ocorrem como consequência de neuropatia, de doença vascular periférica ou de deformidades nos

membros inferiores (INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2007; PEDROSA et al., 1998). As neuropatias, classificadas em sensitivomotoras e simpaticoperiféricas, são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de lesões nos pés (HOWARD et al., 2006).

Um pequeno trauma pode resultar em dor e úlcera puramente isquêmica devido a presença associada da doença vascular periférica. A diminuição da irrigação sanguínea prejudica o funcionamento dos mecanismos de defesa contra infecção e dificulta a ação adequada de antimicrobianos, retardando a cicatrização das feridas (BRASILEIRO et al., 2005).

Pedrosa et al. (1998) esclarece que a prevalência da neuropatia sensitivo motora periférica crônica é de 30% a 70% e a da doença vascular periférica é de 10% a 20%. Cerca de 80% a 90% das úlceras são precipitadas por traumas extrínsecos, valendo destacar que 70% a 100% destas lesões apresentam sinais da neuropatia com algum grau de doença vascular. Os relatos que se seguem nos trazem no exemplo da pessoa da E9 o medo e ansiedade ante as perdas que a doença pode provocar e a pessoa da E12 vivenciou uma amputação do membro inferior direito com complicações:

*[...] o diabetes é uma coisa terrível, se perde os dedos dos pés, perde as pernas, perde os rins, fica cego, perder um rim, imagina ficar com uma bolsinha enfiada na barriga pra fazer xixi, meu Deus é muito difícil, traz uma ansiedade muito grande. (E9)*

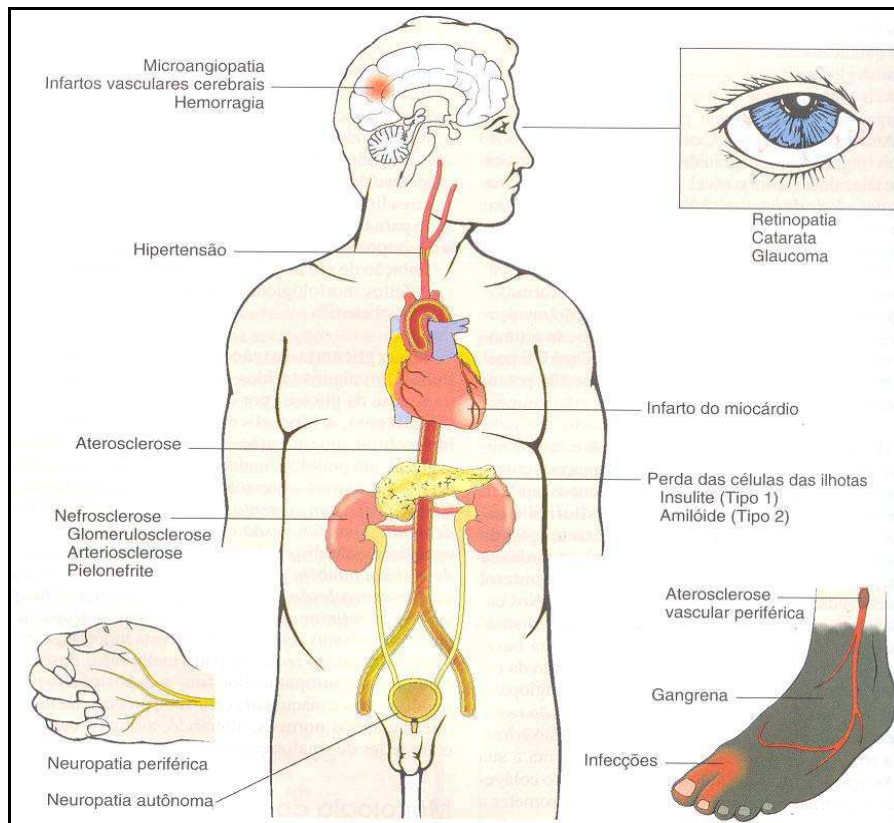
*[...] um dia eu fui andar no terrorão e senti um frio no pé, sentei lá e aquela dor no meu pé, pensei vou andar que vai esquentar, mas o frio continuou, e ainda demorei oito dias para ir ao médico. Fiquei internada no HU[...]fizeram uma veia prótese que funcionou dois anos. [...] depois eu perdi a perna e deu 46 hemorragias em mim, deu dentro do hospital, deu aqui em casa, precisou o SAMU vir me buscar. (E12)*

Além das lesões nos membros inferiores, outra complicação crônica devastadora do DM é a retinopatia que se constitui na principal causa de cegueira em pessoas em idade produtiva (16 a 64 anos), sendo encontrada após 20 anos de doença em 90% dos portadores de DM1 e em 60% dos portadores de DM2. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007). Os depoimentos das pessoas da E12 e da E10 descritos na seqüência apontam a perda da visão por deslocamento de retina e a preocupação com a limitação visual respectivamente:

*[...] uma vista tava boa e a outra tinha descolado a retina, no dia que operei uma eu perdi a outra, eu não tomei os remédio que tinha que tomar. O medico disse que era para me internar cedo e ficar em jejum total, daí eu não tomei nem os comprimidos e esperei o dia todo sem comer nada, fui para a sala de cirurgia às seis horas da tarde. Na enfermaria eu tinha muita dor, a enfermeira após eu reclamar me deu dipirona, mas não passou e eu reclamei de novo, aí ela me deu outra medicação e eu dormi, quando acordei já não enxergava. O médico falou que foi um derrame que deu. (E12)*

*[...] as vistas da gente é importante, olha eu mesma troquei o óculos e tenho tanto medo desse negócio da vista diminuir bastante [...] não pode brincar, exagerar na alimentação, tem que cuidar. [...] o diabetes é simples, mas é perigoso, ele pode complicar mais tarde. (E10)*

A pessoa da E12 passou por momentos intensos de angustia em uma cirurgia para evitar o deslocamento total de uma das retinas, mas após o procedimento teve um acidente vascular encefálico que a levou a perder totalmente a outra visão. A Figura 4 ilustra os vários órgãos que o diabetes mellitus pode comprometer:



**Figura 4** – Complicações a longo prazo do diabetes. Adaptado de Crawford, Cotran (2000, p. 826).

Na fala da pessoa E11 estampa-se a preocupação com as diversas perdas que o DM representa:

*A gente fica doente só de saber as complicações que a diabetes faz, é a doença que mata aos poucos. A diabetes come a perna, come rim, come a vista, um pouquinho a cada dia o diabetes vai fazendo a gente ir perdendo da vida. (E11)*

Somam-se às complicações do DM a Hipertensão arterial (HA) e a obesidade, comorbidades encontradas com freqüência em um mesmo paciente. Mais da metade dos diabéticos já apresentam HA quando do diagnóstico do DM. Dos 300 milhões de indivíduos que serão portadores de DM em 2025 pelo menos 150 milhões serão diabéticos e hipertensos. Médicos de múltiplas especialidades (clínica médica, cardiologia, nefrologia e angiologia) estão envolvidos no controle destas patologias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

O V Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (HA) publicado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007) aponta como complicações da HA:

- Insuficiência coronariana aguda (angina instável e infarto agudo do miocárdio);
- Insuficiência coronariana crônica;
- Insuficiência cardíaca congestiva;
- Vasculopatia periférica;
- Acidente vascular cerebral;
- Retinopatia hipertensiva;
- Insuficiência renal aguda e/ou crônica

A obesidade tal como a HA torna-se para o diabético uma síndrome de grandes proporções e gravidades. Estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2006 revela que 43% dos adultos de todas as capitais brasileiras estão acima do peso, sendo que 11% têm obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). Os depoimentos a seguir das pessoas da E2 e E9 demonstram a dificuldade em manter o peso, ambos sofrem com a obesidade:

*[...] não sei por que ainda tenho esse peso, baixei para 105 kg e estou agora com 128 kg, a minha dificuldade perder peso, a hora que eu resolver mesmo eu vou derrubar, vou virar passarinho. (E2)*

*[...] e eu só engordo, vou comer só abobrinha, tudo engorda. Se for do jeito que eu estou eu não vou viver mais que dois anos. Tenho que perder peso por causa do coração, você vai engordando e o músculo do coração vai engordando tudo junto. Eu tenho dificuldade até pra falar, eu paro de comer eu passo mal, levanto três horas da manhã pra comer, por causa da bendita da diabetes, eu peso 116 kg. (E9)*

A Associação Brasileira para o estudo da obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) – em certificação ao Consenso Latino Americano de Obesidade/1998 – ata do Rio de Janeiro, informa que a obesidade repercute sobre a família, a comunidade e a sociedade em seu conjunto. Ao comprometimento físico e psicológico individual se somam as cargas econômicas e sociais por menor produtividade no trabalho, gastos e impacto no sistema de saúde.

Pode-se considerar que um ganho excessivo de peso em curto espaço de tempo ou a progressão para o estado de obesidade mórbida em indivíduos que desenvolvam atividades de esforço físico, mesmo sem repercussões clínicas importantes, poderá gerar comprometimento da aptidão física, dores osteoarticulares, letargia e alterações do sono, que acabam por limitar a capacidade laborativa. Obesidade e HA associados tornam a vida do diabético uma bomba relógio, prestes a disparar com suas conseqüências destrutivas e irreparáveis.

#### 5.2.2.4 Subcategoria 2.4 – As limitações físicas que o diabetes provoca impedem o exercício do trabalho

Gibran Khalil no livro O Profeta (1987, p. 20) descreve sobre o trabalho no poema:

Vós trabalhais para poder manter a paz com a terra e a alma da terra. Pois ser ocioso é tornar-se estranho às estações e ficar afastado da procissão da vida que marcha majestosamente e com orgulhosa submissão em direção ao infinito. Quando trabalhais sois uma flauta através da qual o sussurro das horas se transforma em música. Qual de vós quereria ser uma cana muda e silenciosa, quando todo o resto canta em unísono?

As atividades laborais têm importância para existência do homem e de sua relação com o mundo material e psíquico, pois, por meio delas, o ser humano convive e relaciona-se com o meio externo; os indivíduos buscam satisfazer suas necessidades, ou seja, procuram o prazer e evitam o sofrimento (MARTINS, 2008).

Trabalhar é uma necessidade, porém há opiniões quanto a considerá-lo também um direito do homem, ou seja, um direito enquanto cidadão. Porque é através dele que o indivíduo pode desenvolver-se e realizar-se como pessoa, em especial se considerarmos que é um valor social que dignifica o homem, confere-lhe a sua essência fundamental (KLINJ, 1998).

Embora o trabalho seja um grande meio de realização social e pessoal do homem, para o diabético as complicações da doença dificultam suas atividades laborativas, o que gera desconforto e sofrimento, as frases abaixo ilustram tais ocorrências:

*[...] Muitas mudanças, mudou tudo!!! Até o trabalho da gente, pois tem dia que você está pra baixo, é uma doença triste, péssima mesmo, [...] É difícil! Tem dia que a gente passa mal. (E1)*

*[...] cheguei perder serviço, perdi uma firma. (E2)*

*[...] trabalho não posso nem sonhar, porque passo muito mal, tenho que cuidar dos problemas do rim e estou controlando a diabetes. (E4)*

*[...] é difícil! Seis meses atrás eu ainda fazia bastante coisa, mas piorei e agora não posso fazer nada, muito mal faço o almoço, a janta pra mim e pro meu marido. (E10)*

Para os entrevistados em E1, E2, E4 e E10 a doença trouxe limitações que para uns gerou perdas econômicas e para outros tristeza e o entendimento de que as mudanças se instalaram até mesmo no realizar de pequenas tarefas como cozinhar.

Ao longo da história, constata-se que o homem valoriza o trabalho a partir de estratégias com a finalidade de buscar a sobrevivência, sendo instigado a criar instrumentos para transformar e dominar a natureza (MARTINS, 2008).

Se por um lado fazemos parte do mundo e temos que nos adaptar às modificações, podemos progressivamente em conjunto com outros homens, buscar nossas potencialidades, modificando-o, possibilitando a sobrevivência, a expansão e a evolução da própria espécie. Esse proceder constitui nossa história e representa um processo complexo, organizativo dos indivíduos, no qual há uma

intencionalidade: construção da sociedade, bem como de suas contradições (RIGOTTO, 1994).

Decorrente de um descompasso que pode acontecer entre as mudanças e a capacidade do ser humano em ajustar-se a elas, surge as crescentes incertezas, a insatisfação generalizada com o modo de vida, aflorando sentimentos tais como o tédio, a angústia, a ansiedade, o prazer, o sofrimento, a frustração, entre outros. O resultado disso é que a constante adaptação pode interferir diretamente nos níveis físico, psicológico, emocional e espiritual dos indivíduos (LANCMAN, 2004).

*[...] primeiro você me via direto na rua, agora você não vê mais, eu trabalhava, hoje eu não consigo. Agora que eu consegui melhorar minha casa, o piso, a parede, não posso lavar, eu não consigo varrer o chão. Esta casa foi limpa terça feira passada, minha filha veio aqui e fez uma faxina. Eu não consigo limpar o quintal. (E9)*

*[...] a cada dia que passa, parece que a gente vai perdendo um pouco, eu já perdi bastante. Faz cinco anos que eu tenho diabetes perdi minhas forças, já perdi meu ânimo, eu fazia todo o serviço da minha casa, da casa da mãe também, eu já não dou conta nem de uma casa mais. (E11)*

*[...] quando eu trabalhava na roça eu erguia sacaria com meu marido, depois que eu peguei a diabetes, daí uns dois a três anos acabou, eu não tinha mais força para erguer nada. (E8)*

*[...] minha vida mudou muito. Eu era bem mais sadia, mais esperta, agora eu já não agüento trabalhar, eu sou péssima para cuidar da casa, não tem mais gente para ajudar, eu sou sozinha, tenho 02 filhos casados, que não moram aqui, e 01 solteiro aqui em casa, mas fica mais na roça. (E10)*

Os depoimentos presentes nas falas das pessoas da E9, E11, E8 e de E10 demonstram os vários impedimentos ao trabalho resultantes dos efeitos crônicos do DM. A perda da força motora devido ao quadro da miastenia, o sentir fraqueza geral, acumpliciado pelo cansaço físico tomam formas impeditivas ou restritivas para a realização de tarefas mais simples como cuidados com a própria casa. Fica estampado o incomodo que tal situação ocasiona. A capacidade laborativa é a relação de equilíbrio entre as exigências de uma dada ocupação e a capacidade para realizá-la.

As conseqüências do diabetes nos sistemas de saúde, considerando-se, tão somente, seus aspectos clínicos, refletem apenas uma fração dos prejuízos causados aos indivíduos, suas famílias e à sociedade. Além dos

custos diretos da doença, devem ser examinados os custos indiretos para a sociedade e para o indivíduo, tais como: morte prematura, incapacidade, absenteísmo, a diminuição do retorno da educação oferecida ao indivíduo, diminuição da renda do chefe de uma família, aumento de aposentadorias precoces e desemprego (BAHIA, 2007).

#### 5.2.2.5 Subcategoria 2.5 – Dificuldade de deixar os vícios do fumo e do álcool

Estima-se que há no mundo um bilhão e 300 milhões de fumantes, dos quais 80% – mais de um bilhão – vivem nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Para acomodarmos todos em um só país teríamos que retirar toda a população da China e lá reunir os tabagistas (CORRÊA, 2003).

Os fumantes passivos são cerca de dois bilhões dos quais 700 milhões são crianças. Resulta que metade da população terrestre está exposta, direta ou indiretamente, aos efeitos nocivos da nicotina e demais substâncias tóxicas do tabaco (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; BANCO MUNDIAL, 2000).

Se o atual padrão de consumo de tabaco persistir, no ano 2010, haverá um bilhão e 600 milhões de tabagistas (CHANCE et al., 1978). Com os dados de 1999, sabe-se que são fumados 20 bilhões de cigarros por dia no mundo, totalizando sete trilhões e 300 milhões por ano. Com isso, consome-se a fabulosa quantidade de 200 toneladas de nicotina por dia, perfazendo 73 mil toneladas anualmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Com os programas nacionais de controle do tabagismo e ações educacionais, a prevalência tabágica na população vem caindo nos países desenvolvidos. Porém, nos países em desenvolvimento, o consumo total de tabaco está aumentando. A pandemia do tabagismo está se deslocando dos países industrializados para os países em desenvolvimento (ROSEMBERG, 2003).

Um estudo da *World Health Organization* (WHO) (2008) apontou o Brasil como sétimo país com maior número de fumantes no mundo. A lista é liderada

pela China, que tem cerca de 30% de todos os fumantes do planeta, seguida da Índia, com 10%. Os dez primeiros colocados da lista são responsáveis por dois terços de todos os fumantes da Terra.

A instituição acima citada descreve que o consumo de tabaco ceifou 100 milhões de pessoas no século 20 e oito milhões morrerão por ano até 2030 se nenhuma medida for tomada. A pessoa da E1 expressa a seguir o quão é difícil abandonar o tabaco, pois sabe que tem parar de fumar para não haver complicações maiores, mas ainda encontra dificuldades:

*[...] parar de fumar, o que mais me dá medo é não conseguir parar de fumar. (E1)*

A associação entre tabaco e DM piora todos os prognósticos de tratamento visto que ambos agem em órgãos alvos piorando os níveis de oxigenação nestes e provocando isquemia e envelhecimento precoce de toda a rede circulatória.

Achados elevados desse hábito foram verificados por Ochoa-Vigo et al. (2006), em estudo transversal realizado em serviços de atenção primária de Ribeirão Preto (SP), que identificou 37,6% de portadores de DM fumantes. Outro estudo de base populacional realizado na Austrália identificou associação entre o hábito de fumar e a presença de doença vascular periférica (TAPP et al., 2003).

Outro fator destrutivo na qualidade de vida do DM é o etilismo. A pessoa da E2 apresenta em sua fala, descrita a seguir, a preocupação com a bebida, entendendo que a mesma se associada com sua doença poderá levá-lo à morte.

*[...] a cervejinha faz falta, mas é melhor parar do que morrer doce. (E2)*

Morrer doce para a pessoa da E2 é deixar que o DM chegue ao ponto de complicações irreversíveis.

No Brasil, estudos epidemiológicos mais abrangentes sobre o uso do álcool na população foram realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Um destes estudos englobou as 107 cidades com mais de

200 mil habitantes correspondendo a 47.045.907 habitantes, ou seja, 27,7% do total do Brasil e como resultado revelou que o uso do álcool na população total foi de 68,7%. A prevalência da dependência de álcool foi de 11,2% e o fato mais preocupante é a constatação de que no Brasil identificou-se 5,2% de adolescentes dependentes do álcool (GALDURÓZ et al., 2004).

O consumo crônico e/ou excessivo de álcool pode causar vários problemas hepáticos, podendo desenvolver a cirrose ou pancreatite que são doenças que podem levar a um quadro de DM. É considerado excessivo quando o consumo de bebidas alcoólicas é maior que os valores considerados normais, sendo que para os homens os valores considerados normais é até 720 ml/dia de cerveja, 400 ml/dia de vinho e 60ml/dia de bebidas destiladas e para as mulheres os valores normais são até 360ml/dia de cerveja, 200ml/dia de vinho e 30ml/dia de bebidas destiladas (MION et al., 2007).

Para Viggiano (2010) o álcool não é considerado nutriente e não há necessidade nutricional para seu consumo, ao contrário, é um grande competidor para algumas vitaminas e minerais, propiciando carências nutricionais. Portanto, não há a indicação do consumo de bebidas alcoólicas por diabéticos e não diabéticos.

O álcool ainda favorece o aumento dos níveis sanguíneos de triglicérides (gorduras). Estas gorduras aumentam a viscosidade do sangue facilitando a ocorrência de derrames e infarto. Pessoas diabéticas com mau controle são mais propensas a desenvolver essas alterações vasculares e, portanto o álcool intensifica esse risco.

*O International Working Group On The Diabetic Foot* ressalta que o consumo aumentado de bebidas alcoólicas representa um fator de risco para o desenvolvimento das complicações do DM (INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2007).

O consumo de álcool não é recomendado por motivos nutricionais e sociais. O álcool, droga cuja ação é responsável pela depressão do sistema nervoso central, causa alterações comportamentais e psicológicas, além de importantes efeitos metabólicos. O seu consumo em excesso pode provocar problemas como violência, suicídio, acidentes de trânsito, causar dependência química e outros problemas de saúde como desnutrição, doenças hepáticas, gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e do sistema reprodutivo. Interfere

também no desenvolvimento fetal e ainda aumenta o risco de desenvolvimento de vários tipos de câncer (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 1988).

O efeito do álcool na glicemia depende não só da quantidade consumida, como também da ingestão de alimentos. Como impede a liberação da glicose armazenada no fígado, se for ingerido sem o consumo concomitante de alimentos, por pessoas tratadas com insulina ou medicamento oral, pode ocorrer hipoglicemia, algumas vezes severa. Se usado com moderação e associado a alimentos, os níveis de glicemia não são afetados quando o diabetes estiver bem controlado (VIGGIANO, 2010).

Os efeitos prejudiciais do álcool são independentes do tipo de bebida e são provocados pelo volume de álcool (etanol) consumido, o uso em longo prazo, dependendo do número de doses, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo. Dessa forma, o consumo inadequado do álcool, aliado a sua aceitação social, é um importante problema de saúde pública, acarretando altos custos para a sociedade e envolvendo questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares (WAGNER; ANDRADE, 2008).

Para pessoas que não prescindem do consumo de bebidas alcoólicas, duas doses ou menos de álcool proveniente de bebidas fermentadas por conterem menor teor alcoólico, podem ser consumidas em adição ao plano alimentar. Uma dose de álcool, considerada como uma lata de cerveja ou uma taça de vinho equivale a duas substituições do grupo das gorduras. Não devem consumir álcool as diabéticas grávidas, pessoas com pancreatite, doença renal do diabetes e aqueles que já apresentam alterações nos níveis de colesterol e triglicérides (VIGGIANO, 2010).

#### 5.2.2.6 Subcategoria 2.6 – Impedimentos para mudar hábitos alimentares

A doença marca o início de uma nova realidade na qual velhos hábitos passam a ser questionados. Abrir mão de comer o alimento de que gosta, na quantidade desejada, constitui um dos pontos de maior significância para o portador

de diabetes. Instala-se um paradoxo: o doce é o bem e o mal, interfaces de uma mesma moeda, inimigo que seduz e dá prazer. É o corpo desejando aquilo que lhe fere. Desta forma, não poder saborear o doce torna-se uma punição e uma tarefa quase impossível (PEREIRA, 2006). As pessoas da E5 e E7 revelam a luta estabelecida entre o que é preciso mudar na alimentação e o desejo ao que se gosta de comer:

*[...] eu precisei pensar no que eu usava comer, eu não era de comer muito doce. (E5)*

*[...] Difícil porque a gente não pode comer tudo quanto é coisa, principalmente o doce, a massa, tirei tudo. [...] tive que mudar alimentação em tudo [...] Se não tivesse a doença era bom. Poderia comer um doce, não posso comer nada. (E7)*

Além da apreciação e hábito pelos alimentos ricos em carboidratos, existe uma mensagem orgânica de necessidade de mais energia. Apesar do excesso de glicose no sangue, falta glicose dentro das células, fato que leva o organismo à polifagia, que é um apetite aumentado, a sensação de fome incessante. Dessa forma, necessidade e desejo coexistem para o portador de diabetes quando o assunto são os alimentos. A alimentação remete para além da ingestão de alimentos e a tendência do ato de se alimentar está se transformando progressivamente em um processo mecânico em que inquietações referentes a saúde acompanham os prazeres da mesa (CAMPOS, 1982).

Angústia e sentimento de impotência também são vivenciados pelo portador de diabetes. O diabético fala da dieta adequada, muitas vezes distante da sua vivência expressando frustração ante o descontrole da doença. Nas suas colocações a pessoa de E11 vive o dilema entre as alterações de peso, as dietas irregulares, a culpa e o desejo do alimento:

*Sabe eu gosto muito de massa, mas tudo se transforma em açúcar e isso judia muito. [...] a gente faz um pouco de dieta, perde, ganha peso, perde peso, igual a uma borracha, acontece muito. Eu mesma faço pouca dieta, só que a gente é consciente que a diabetes vai comendo, assim então, faz um transtorno na vida da gente, a gente come, mas esta sabendo que [...] às vezes até se arrepende de comer, tira o prazer da gente, se vai comer uma coisa gostosa você diz, aí que delícia, mas faz mal pro diabetes, a gente sente culpa, na hora que você ta comendo é uma delícia, mas você come e se arrepende por que esta sabendo que prejudica. (E11)*

A ingestão alimentar consiste em um comportamento complexo que envolve aspectos biopsicossociais, sendo uma das bases do desenvolvimento das representações psíquicas. Tais representações são elementos constituintes do pensamento, do mundo simbólico, possibilitando o alívio das tensões psíquicas e a percepção da realidade. A ingestão alimentar não está necessariamente relacionada à fome, sendo possível comer sem ter fome e beber sem ter sede. Tal comportamento é característico do ser humano, o qual tem uma vida psíquica simbólica, cumprindo duas funções essenciais para o seu equilíbrio geral, ou seja, fonte de energia e prazer, funções tanto biológicas como psicológicas (PEREZ; ROMANO, 2004).

O ato de comer percorre a existência do homem e coexiste com valores impregnados em nossa cultura, com significados tanto para o indivíduo quanto para a sociedade (GARCIA, 2004). A complexidade que envolve os alimentos, de acordo com cada função somática, principalmente as relacionadas aos comportamentos que garantem a sobrevivência do ser humano, é articulada à rede simbólica; evidenciando a articulação de um *self* integrado e reconhecido. Frequentemente ingerem-se, simbolicamente, ansiedades, medos, tristezas e frustrações da realidade do dia-a-dia (WINNICOTT, 2000). A pessoa da E3, cuja fala descrevemos nas próximas linhas, está entre os paciente diabéticos atendidos pela ESF de Lerroville, que apresentam mais dificuldades em seus cuidados alimentares:

*[...] quando eu estou bem da minha depressão eu até fico bem, mas quando eu estou naquela fase de tristeza, eu como o que eu quero, não sigo horários da insulina [...] eu não ligo se tá alta ou baixa, eu como. (E3)*

No acompanhamento dado na USF à pessoa da E3, diagnosticou-se em uma consulta médica a presença da depressão. A pessoa da E3 traz no olhar profunda melancolia e desamparo.

A doença depressiva é um transtorno muito frequente, atingindo em torno de 4% a 7% da população geral nas estatísticas. Há predominância nas pessoas do sexo feminino. Entre os sintomas depressivos estão as alterações no comportamento alimentar, manifestados ou por redução do apetite, e conseqüente emagrecimento, ou por comer demais (hiperfagia), levando ao aumento ponderal (BALLONE; XIMENES, 2008).

Estudos recentes mostram que a depressão agrava o curso do DM em vários aspectos. No paciente deprimido há, por exemplo, um pior controle da dieta, do uso da medicação, dos cuidados gerais cotidianos, levando a uma piora da qualidade de vida e da evolução da doença. Por outro lado, inversamente, o controle irregular do DM pode agravar a depressão e prejudicar a resposta aos tratamentos antidepressivos (LUSTMAN; CLOUSE, 2005).

Em termos práticos, é importante saber que as pessoas que tem diabetes e também são deprimidas sofrem muito mais do que as que têm apenas o DM. Com a depressão a qualidade de vida piora muito, os custos médicos se tornam bem mais elevados e há maiores possibilidade de complicações do diabetes, notadamente das doenças cardíacas (BALLONE; XIMENES, 2008).

A depressão também pode surgir ao longo da cronicidade da doença derivada das complicações do DM, ela pode associar-se basicamente a todas as dificuldades que a pessoa com DM venha a desenvolver. Embora a coloquemos neste espaço, relacionada ao hábito alimentar, ela pode permear outras subcategorias nesta pesquisa, fazendo-nos pensar que como doença interligada ao diabetes ela trará representatividade em diversas questões do autocuidado.

#### 5.2.2.7 Subcategoria 2.7 - Vivenciando as dificuldades do tratamento medicamentoso

Como o diabetes é uma doença evolutiva, com o decorrer dos anos, quase todos os pacientes requerem tratamento farmacológico, muitos deles com insulina, uma vez que as células betas do pâncreas tendem a progredir para um estado de falência parcial ou total (BRASIL, 2006). Embora a medicação hipoglicemiante surja como um grande recurso no manejo do DM, para os portadores entrevistados ter que tomar medicações sejam elas por via oral ou injetável, por um tempo indefinido, traz uma sensação de desconforto ao mesmo tempo em que se busca a aceitação perante seus efeitos:

*[...] tomar remédio, insulina, não saber até quando vai isso, não há cura ainda, um remédio definitivo, tem que controlar, é difícil! (E1)*  
*[...] aí eu tomo insulina e dá hipoglicemia. (E3)*  
*[...] quando eu comecei achei que era o fim do mundo, às vezes eu esqueço, levanto á noite e vou lá e tomo a insulina. (E4)*  
*[...] a gente toma medicação, outros tomam insulina, mas só ajuda um pouco. Eu tomo Metformina, ela me dá muita diarréia. Se eu vou sair de casa eu não tomo se não dá diarréia. (E11)*

Nas falas descritas os entrevistados demonstram suas dificuldades com a insulina e remédios orais sejam pelo uso contínuo delas, não há data de término, ou em seus efeitos colaterais. Vários estudos de adesão em doenças crônicas têm demonstrado que pacientes freqüentemente param de tomar suas medicações ou até mesmo nem começam a tomá-las, pois as consideram ineficazes, ou experimentam efeitos colaterais desagradáveis. A pessoa da E8 refere que passou por vários momentos de hipoglicemia até conseguir o ajuste da dose de insulina:

*[...] de dia controlo com os remédios, eu parei de usar a insulina a noite porque passava mal, aí o doutor tirou, mas aí eu acordo passando mal cedo, e tá alta a glicose então eu tomo remédio e já fico melhor [...] A insulina eu tomo 24u cedo eu tava tomando 32u cedo e 16u á tarde, mas só que de noite eu passava mal. Tem dia que ele abaixa, só esse mês passei mal 3 vezes. [...] aí eu fui ao doutor e pedi pra ele tirar a dose da noite, e estou sentindo bem. (E8)*

Estudo realizado com diabéticos mostrou que a maioria dos pacientes (58%) referiu a presença de efeitos colaterais como um dos fatores limitantes à adesão ao tratamento. Desses, apenas 23% relataram ao seu médico a presença desses efeitos. Dos medicamentos que os pacientes referiram como causadores de efeitos colaterais, 83% apresentaram esses efeitos há mais de um mês. Assim, é preciso considerar que os efeitos colaterais podem cronificar e permanecerem por muito tempo, interferindo na adesão do paciente à terapêutica medicamentosa (GIMENEZ, 2009).

*[...] e pra acabar ainda tomo insulina, é o fim da picada, nem tem onde aplicar insulina mais é nos braços, na barriga, no bumbum, na perna, fica tudo dolorido, de dois anos pra cá mudou mais ainda, porque eu estou tomando insulina. Antes de tomar insulina eu pesava 76 kg, hoje peso 116 kg. Eu acho que foi a insulina que me fez engordar, porque eu não mudei meu hábito de alimentação, mudei pra menos e continuo engordando. (E9)*

Para a pessoa da E9, a medicação injetável torna-se um sofrimento e ela acredita que um dos motivos do aumento de seu peso é o uso da insulina, sendo que esta substância para o Ministério da Saúde é a mais efetiva na redução de metas glicêmicas (redução de 1,5 a 2,5%). Tanto as sulfanilurêias como a insulina podem levar à hipoglicemia e ganho de peso, mas esses efeitos são mais acentuados com o uso de insulina (BRASIL, 2006).

Além disso, estas pessoas ficam sujeitas a ocorrências de problemas relacionados aos medicamentos pela carência de orientações quanto ao uso racional dos medicamentos, complicações, controle da doença e interações medicamentosas e alimentares (MACEDO et al., 2005).

A baixa adesão ao tratamento destas patologias resulta em sofrimento evitável e em custos excessivos ao sistema de saúde, uma vez que é a causa principal de desenvolvimento de complicações para doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, insuficiência arterial periférica, nefropatia e retinopatia (CARVALHO FILHO et al., 1998).

Em relação ao seguimento da terapêutica medicamentosa, as principais dificuldades se relacionam ao número de medicamentos utilizados pelos pacientes diabéticos, pois geralmente apresentam co-morbidades, sendo que as barreiras estão direcionadas a maior parte aos efeitos adversos, alto custo, aos mitos e crenças construídos, ao grau de instrução dos pacientes, o que limita o acesso a informações e à compreensão. O caráter assintomático da doença também contribui para este quadro, fazendo com que os pacientes, na maioria das vezes, não reconheçam a importância do tratamento medicamentoso (ZANETTI, 2006).

#### 5.2.2.8 Subcategoria 2.8 – Falta de recursos econômicos para manter o tratamento e comprar alimentos dietéticos

A mudança de hábitos de vida é um processo lento e difícil. Particularmente no que se refere à alimentação. Os hábitos alimentares estão relacionados pelo menos a três fatores complexos: culturais, que são transmitidos de

geração a geração ou por instituições sociais; econômicos, referentes ao custo e à disponibilidade de alimentos e, por fim, aos sociais, relacionados à aceitação ou rejeição de determinados padrões alimentares. Outros fatores também influenciam o indivíduo a adotar muitas vezes padrões inapropriados de comportamentos, tais como aversão a certos alimentos, crenças relacionadas a supostas ações nocivas e tabus ou proibições ao uso e consumo de certos produtos (ZANETTI, 2006).

O distrito de Lerroville possui apenas um mercado de tamanho médio e que vende um pouco de tudo. Não há lojas especializadas em vender produtos dietéticos que ajudariam nas dietas adotadas pelos diabéticos. Os alimentos encontrados localmente para consumo do diabético, como descrevem os depoimentos das pessoas da E3 e E5 que se seguem, não tem uma variedade e são caros sendo que esta dificuldade relaciona-se aos fatores sociais e econômicos citados anteriormente:

*A dificuldade de morar no distrito é o alimento diet, é muito difícil e muito caro, em Londrina é mais fácil tem mais variedade. (E3)*  
*[...] a gente tem que evitar muitas coisas que fazem mal, coisas que tem doce, refrigerante só zero, mesmo o ligh ,tem açúcar ,eu evito o máximo, evitar coisas gordurosas.... , evitar ao máximo coisas que fazem mal, não abusando da comida a gente vive muito tempo. A dificuldade é só no alimento, a comida para a gente é muito cara, aqui quase não tem nada para diabético. (E5)*

Os altos preços dos alimentos especiais dificultam a vida de pessoas que sofrem de diabetes. Nos supermercados, os produtos *diet* (sem açúcar) costumam ser, em média, entre 30% e 40% mais caros que os produtos comuns. Porém, algumas coisas chegam a custar muito mais que o dobro (VEGAS, 2009).

Os diabéticos de baixa renda são os que mais sofrem em função dos altos preços dos alimentos especiais. Muitos, por não poderem pagar, acabam se privando de uma série de coisas ou mesmo deixando de se alimentar de maneira adequada, o que é bastante prejudicial à saúde. Os alimentos *diet* são mais caros porque têm custo de produção mais elevado, tendo em suas composições aspartame, sacarina e muito pouco carboidrato. (VEGAS, 2009).

Justamente em função dos altos custos, foi apresentado, na Câmara de Vereadores de Curitiba em 2009, um projeto de lei que visa fazer com que os alimentos especiais sejam comercializados em mercados populares, como os

Armazéns da Família (que atendem famílias com renda mensal de até três salários mínimos). A idéia era que os estabelecimentos pudessem oferecer os produtos por preços inferiores aos praticados pelos mercados formais e estendessem o acesso a pessoas que tenham indicação de dieta especial solicitada por médico ou nutricionista de unidade municipal de saúde. Em Curitiba, existem aproximadamente 96 mil diabéticos atendidos em 105 unidades de saúde (VEGAS, 2009).

Na mudança dos hábitos alimentares ainda a questão cultural norteia os estilos de vida, desafiando a pessoa com DM em toda a sua reconstrução para uma dieta mais saudável.

#### 5.2.2.9 Subcategoria 2.9 - Vivenciar os aspectos de hereditariedade da doença e os sentimentos do estar doente

Ortis e Zanetti (2000) em sua pesquisa sobre fatores de risco do DM em funcionários de uma instituição de ensino superior relata que em relação à hereditariedade, 50,5% afirmaram ter familiares com diabetes e 49,5% não referiram. Dentre os primeiros, 20,2% relatam ter familiares de primeiro grau portadores da doença. Indivíduos que possuem familiares de primeiro grau portadores de diabetes do tipo 2 apresentam de duas a seis vezes mais chance de vir a desenvolver diabetes do que aqueles sem história familiar (BRASIL, 2003).

O componente genético do DM2 é forte, o que é demonstrado pela possibilidade cinco a dez vezes maior de um indivíduo, com história familiar, desenvolver a doença em relação à população geral, havendo concordância de 90% em gêmeos univitelinos (BANDEIRA, 1998). Em relação aos diabéticos pesquisados as pessoas das E5, E8, E9, apontam a hereditariedade do diabetes como um fator predisponente á doença:

*[...] o meu diabete vem de família, minha mãe, três irmãos que moram em outro distrito e outro irmão que mora em Londrina tem diabetes. (E5)*

*[...] eu estava acostumada porque minha mãe morreu de diabetes, esses problemas que eu tenho nos ossos, ela não teve, mas ela morreu nova com 64 anos. Agora veja, eu tenho minha irmã em*

*Londrina que tem diabetes, minha filha tem e ela tem 31 anos. O meu cunhado tava me ligando e disse que outra irmã também tem e disse que o neto dele que tá com 14 anos já tem, também, deu nele e é de família, eu falava que é de família! (E8)*

*[...] minha filha tem diabetes também; minha gordinha tem 32 anos eu sempre digo, cuidado filha, a mãe é diabética, os filhos também. (E9)*

Bronstein (2010) afirma que o componente hereditário no DM1 e DM2 difere bastante. A força da hereditariedade é mais flagrante no DM2 e sempre existe um parente bem próximo ou, às vezes, mais distante que apresentou a doença. Há alguns subtipos ou subgrupos típicos do tipo 2 em que o fator hereditário é matemático, um traço dominante. Basta que um dos pais tenha diabetes, para que a doença se manifeste em todos os filhos independentemente da idade que tenham. Diabetes é uma doença multifatorial ou poligênica.

Dessa forma, entre outras causas, existem diversos genes implicados no aparecimento do DM2, história familiar de diabetes em apenas um dos lados da família é o suficiente para transmiti-lo para toda a prole. É o que se chama de herança dominante. Este caso extremo ou MODY – *Maturity Onset Diabetis in the Young* - justifica o aparecimento do DM2 em crianças, mesmo antes de surgir a atual epidemia (BROINSTEIN, 2010). Para as pessoas da E11 e E12 esta questão é muito presente em toda a família:

*[...] aqui em casa, eu sou diabética, a mãe é, o tio é, e todos os irmãos da mãe são, sendo que minha avó também era diabética e morreu pelo diabetes [... ]muito sofrimento. (E11)*

*[...] de 1984 pra cá eu tenho diabetes, 26 anos já, peguei diabetes quando minha mãe ficou doente, passei nervoso demais, ela era uma pessoa cancerosa e tinha muita dor, então a gente se desesperava da vida e quando ela morreu que a gente quis sossegar a cabeça eu já estava com diabetes e feio, [ ] a minha mãe também quando morreu tava com diabetes mas é o estado nervoso. (E12)*

O DM traz ao seu portador muitos questionamentos vivenciais, emoções intensas, sentimentos negativos. A dificuldade de aceitação dessa condição leva o portador a viver um eterno dilema. Aceitar-se como diabético exige perceber-se como alguém que aprendeu de algum modo, a conviver com o incômodo, o desconforto e a dor gerados pela restrição e contenção de hábitos, pelo controle imposto pelo tratamento sobre um dos impulsos mais básicos do ser humano, que é a oralidade (PERES et al., 2007). Nesta subcategoria como parte

dos sentimentos e emoções que envolvem o DM ressurgem como pano de fundo, a depressão, e neste espaço a necessidade de me reportar novamente a este estado que ora se torna causador ora se torna complicação. Para a pessoa de E11 a descoberta da doença aconteceu num momento de muito sofrimento familiar que a marcou com um processo depressivo, sendo que o estar doente lhe traz a sensação de perda da coragem e do prazer de viver:

*É uma doença muito ingrata, mas a vida da gente muda muito, a cada dia que passa, parece que a gente vai perdendo um pouco, [...] já faz cinco anos que eu tenho diabetes, [...] não tenho ânimo mais. Eu tinha uma auto-estima que me ajudava a fazer uma dieta melhor, perder peso, agora não tenho mais [...] eu tive depressão, quando a mãe perdeu a perna, eu não podia fechar os olhos que enxergava aquelas caronas bem grandona que queria encostar em mim e eu não conseguia dormir e o pouquinho que eu cochilava ficava enxergando o hospital, cadeira de rodas, muletas, gente sem perna, [ ] nessa época foi a época que me deu a diabetes, então acabou comigo, eu perdi uns três a quatro anos, é uma sensação muito ruim que a gente sente. (E11)*

Uma pesquisa em base de dados sobre a relação entre DM e depressão detectou em vários trabalhos a prevalência desta ligação com variações até 60,5% de interação. Sintomas depressivos relacionaram-se a um pior controle glicêmico, a um aumento e a uma maior gravidade das complicações clínicas, a uma piora da qualidade de vida e ao comprometimento de aspectos sociais, econômicos e educacionais ligados ao DM. O tratamento da depressão está relacionado à melhora dos níveis glicêmicos, podendo contribuir para um melhor controle de diversos aspectos relacionados ao DM (FRÁGUAS, 2009; MOREIRA et al., 2003).

Peres et al. (2007) reporta que o significado de seguir o tratamento para o diabético implica reconhecer-se portador de limitação importante, determinada por doença crônica. A intolerância à frustração impede o paciente de se ver de outro modo e, assim, elaborar outra versão de si mesmo, fazer outra descrição de *self* que lhe permita definir a si mesmo como ser de possibilidades e não apenas de limitações. Ficam questionamentos em torno de como assumir essa nova identidade, se ela traz consigo aquilo que se rejeita: renúncia a prazeres, autodisciplina, responsabilidade permanente para com a própria vida e as práticas de autocuidado. Nos depoimentos das pessoas da E6 e E10 as falas denotam os

sentimentos de estar doente, a negação da doença, a ansiedade e a tristeza gerados por ela:

*[...] não é fácil [...], ninguém pediu para ter diabetes. (E6)*  
*[...] fiquei muito ansiosa, meu Deus do céu é muito difícil, traz uma ansiedade muito grande, mudou o sentimento, eu era mais alegre, parece que fiquei mais aborrecida, mais triste. A gente era mais sadia, passeava, andava longe, eu cansava de ir a Tamarana a pé, quando as crianças eram pequenas e ia à casa da minha mãe, andava por todo lado, agora pra sair só com o esposo. Não é mais como era. (E10)*

Peres et al., (2007) em seus estudos faz apontamentos muito valiosos no que tange a questão dos sentimentos para o diabético:

- O diabético vive em busca de sentidos para sua condição, que lhe permitam construir esse ser diabético. Dependendo dos significados que puder construir e do posicionamento que adotar em relação à doença, mais próximo estará da aceitação genuína de sua condição, assumindo a identidade social de sujeito da doença e atitude mais responsável diante de seus controles.
- Adquirir respeito pela doença é um processo lento, sofrido, permeado por oscilações de humor (desânimo, tristeza, conflitos, culpa) e sentimentos de impotência, que podem gerar vivências de desamparo e desvalia.
- Quando predominam os sentimentos do pólo depressivo, a percepção de que se tem o controle sobre os acontecimentos significativos do próprio viver pode estar comprometida. O sentimento de se ter competência na realização das tarefas cotidianas pode estar prejudicado, contribuindo para a auto-estima rebaixada, no transcorrer do tratamento, a pessoa diabética vivencia sentimentos e comportamentos que dificultam a aceitação de sua condição crônica de saúde e, conseqüentemente, a adoção de hábitos saudáveis que permitam lidar com as limitações decorrentes da enfermidade.

Segundo Dakle (1996) e Laplantine (2004) a visão da melancolia como um desequilíbrio interno localiza-a no modelo endógeno de explicação e

tratamento das doenças, podendo indicar a abordagem psicológica psicanalítica e psicossomática do DM, já que o DM se configura num conflito essencialmente intrapsíquico, em que se devem trabalhar as fantasias e as modificações das reações do homem com seu meio, entre as próprias instâncias do ego e do superego.

Acredita que a doença física é a expressão psicológica, simbolização dos desejos secretos dos sujeitos, que devem ser desvendados. As experiências de vida e trabalho refletem no cotidiano do autocuidado e do estado geral de saúde, acarretando-lhes problemas físicos e psíquicos.

### 5.2.3 Categoria 3 - Mudanças nos hábitos de vida da pessoa com DM residente em um distrito rural após o seu diagnóstico

Mudar hábitos requer aceitação da doença, educação para saúde, deslocamento do olhar para o verdadeiro sentido da vida e suas responsabilidades. Viver com consciência requer mais que um convite a não repetir atos diários e danosos á saúde, requer ir à origem das causas, resgatando outros valores e outros sabores da existência humana. Este espaço torna-se um instante positivo no mundo de insucessos que não raro o diabético acredita estar, é o seu momento de luta, seu espaço de glória, sua parcela de acertos ante o tratamento e as alternativas da vida. Está dividido em cinco subcategorias que acenam para o que pode ser mudado, o esforço e a conquista perante as várias faces do tratamento do DM.

#### 5.2.3.1 Subcategoria 3.1 – Vivenciando melhorias nos hábitos alimentares

Deixe que a alimentação seja o seu remédio e o remédio a sua alimentação (HIPÓCRATES). O destino das nações depende daquilo e de como as pessoas se alimentam (BRILLAT-SAVARIN, 1825). Afirmções como estas que remontam a centenas de anos já atestavam a relação vital entre a alimentação e a saúde (BRASIL, 2008, p. 117).

Entre as causas modificáveis do diabetes estão a alimentação inadequada (qualidade e quantidade) e inatividade física. Portanto, não é de surpreender que mudanças positivas no estilo de vida, quando realizadas, sejam tão efetivas na prevenção e controle do diabetes (BRASIL, 2006). A alimentação é vista como um dos pontos cruciais para o equilíbrio e a melhoria da hiperglicemia. As afirmações das pessoas da E2 e de E5 apresentam o cuidado com as refeições evitando alimentos ricos em carboidratos e gorduras:

*[...] eu cortei o açúcar e tudo que, gordura, churrasco. A minha mulher com essas coisas de chocolate, ela nem compra e eu também não. Quando vou ao mercado, olho e não compro. Óleo a gente comprava seis latas ao mês e estamos gastando agora três latas. Carne é bem seca e nos estamos passando assim. Acho que agora não tem perigo não, tudo sobre controle. (E2)*

*[...] a gente tem que evitar muitas coisas que fazem mal, coisas que tem doce, refrigerante só zero, mesmo o light tem açúcar, eu evito o máximo [...] evitar coisas gordurosas, não abusando da comida, a gente vive muito tempo. (E5)*

Uma pesquisa realizada em São Paulo-SP no período de janeiro de 1998 a abril de 1999 sobre o consumo de adoçantes alternativos e produtos dietéticos revelou que dos 389 pacientes estudados a maioria dos entrevistados (90,5%) consumia adoçante, pois julgava que se tratava de uma necessidade no tratamento do DM. Geralmente escolhia seu produto de acordo com sua preferência (46,3%) e tinha o diagnóstico do DM como o principal fator determinante para seu uso (38%). O refrigerante era o produto dietético mais consumido (CASTRO; FRANCO, 2002).

A dieta do diabético é um dos fatores fundamentais para manter os níveis de glicose no sangue dentro de limites desejáveis, o planejamento alimentar deve ser cuidadosamente elaborado de acordo com estilo de vida, rotina de trabalho, hábitos alimentares, nível sócio-econômico, tipo de diabetes e medicação prescrita (BRASIL, 2006).

Evidências provenientes de ensaios clínicos aleatorizados para a prevenção primária do diabetes sugerem que orientações nutricionais enfocando uma qualidade dos carboidratos e lipídeos da dieta, como o estímulo ao consumo de cereais integrais, frutas, verduras, legumes, azeite de oliva e peixes, em detrimento

do consumo de carnes e cereais refinados associadas ao incentivo da prática de atividades pode melhorar os fatores de risco (SARTORELLI, 2006).

A mudança desejada de um comportamento deve ser específica às necessidades e à situação de cada indivíduo. O diabético deve reconhecer que existe o problema e que existe de fato o desejo de mudá-lo. Sem esse desejo interno de cada indivíduo, todo o trabalho de educação é inútil. O comportamento alimentar da pessoa da E9 dá ênfase a sua luta para manter uma dieta pobre em açúcares e gorduras e nas falas da pessoa da E6 há evidência de que os novos hábitos trouxeram melhorias até para a família:

*[...] a única coisa que eu me cuido é não tá comendo carne gorda, não tá comendo macarrão, não tá comendo pão, não beber bebida de álcool, esse é o cuidado. Se quiser tomar um cafezinho comigo é Adocil, não uso açúcar de espécie alguma, mudei muito, praticamente tudo, [...] comer de tudo não pode, é viver sem fazer extravagância, tem que fechar a boca e saber o que vai comer .(E9)*

*[...] esse negócio de açúcar [...] jamais. Eu como comida sem óleo, faço regime, não como o que tem açúcar, tem que ser tudo racionado, eu bebia refrigerante adoçado [...] Comer qualquer coisa, jamais. Agora até a família entrou na dieta, mudou para todos da água para o vinho, todo mundo come melhor. (E6)*

A alimentação se dá em função do consumo de alimentos e não de nutrientes, para que seja saudável deve estar baseada em práticas alimentares que tenham significado social e cultural. Os alimentos têm gosto, cor, forma, aroma e textura e todos esses componentes precisam ser considerados na abordagem nutricional. Os nutrientes são importantes, contudo os alimentos não podem ser resumidos a veículos deles, pois agregam significações culturais, comportamentais e afetivas singulares que jamais podem ser desprezadas; portanto, o alimento como fonte de prazer e identidade cultural e familiar também é uma abordagem necessária para promoção da saúde (BRASIL, 2008).

Entende-se por padrão alimentar a composição de alimentos que constituem a dieta dos indivíduos, seu aporte calórico, a distribuição de macro e micronutrientes e a adequação às necessidades fisiológicas. Os horários, a regularidade e a frequência das refeições também podem compor a caracterização do padrão alimentar. A alimentação variada refere-se à seleção de alimentos de diferentes grupos (MENDONÇA, 2007).

Os principais grupos fornecedores de calorias são os macronutrientes: carboidratos, proteínas e gorduras. Os carboidratos e as proteínas, quando totalmente metabolizados no organismo, geram quatro kilocaloria (kcal) de energia por grama, enquanto as gorduras, nove kcal. Em contrapartida, outros nutrientes, como vitaminas e minerais não geram energia, ocorrem em quantidades diminutas nos alimentos, mas são de extrema importância para o organismo, pois têm funções específicas e vitais nas células e nos tecidos do corpo humano. A água, igualmente essencial à vida, embora também não seja fornecedora de calorias, é o componente fundamental do nosso organismo, ocupando dois terços dele (SEYFFARTH, 2006).

Após a publicação da pirâmide dos alimentos como guia de dieta, em 1992, houve uma propagação extensa de seu uso na educação nutricional em âmbito mundial. Sua base dividia-se em: variedade, moderação e proporcionalidade, se tornaram componentes de documentos de planos de ação, como base para avaliações alimentares. Em 2005 foi substituída pela *My Pyramide* (Minha Pirâmide). Esta representação gráfica contém todos os grupos alimentares da pirâmide original, incluindo a adição de uma figura humana representando a atividade física (MENDONÇA, 2007).

Os princípios básicos da nova pirâmide alimentar são:

- Saúde como um todo: a nova pirâmide foi desenvolvida para promover o bem estar geral, manter e melhorar a saúde como um todo;
- Dieta como um todo: a nova pirâmide enfoca não somente os nutrientes básicos necessários. A dieta como um todo é balanceada, limites de outros componentes alimentares como gorduras, colesterol e calorias. Abaixo a representação da pirâmide alimentar:



Grãos                      Vegetais/Frutas                      Leite/Carnes/Leguminosas.

**Figura 5** – Pirâmide Alimentar, 2005.

**Fonte:** Sociedade Brasileira de Diabetes, Manual de Nutrição Profissional, 2007.

O novo padrão da pirâmide apresenta faixas verticais para os grupos alimentares e degraus para simbolizar a atividade física. A inclusão de uma pessoa enfatiza a mensagem de atividade física regular, personalização e progresso gradual. O desenho como um todo, promove o conceito de equilíbrio entre a ingestão alimentar e a atividade física (MENDONÇA, 2007).

O plano alimentar para o diabético deve ser definido, prescrito e acompanhado, pois este fará parte de um processo educativo contínuo. Assim, as recomendações não devem ser baseadas apenas em evidências científicas, mas devem também levar em consideração as alterações no estilo de vida que o indivíduo possa fazer e manter. As preferências culturais e financeiras precisam ser analisadas, respeitando as escolhas individuais, com envolvimento do diabético na tomada de decisões (SACHS, 2007).

### 5.2.3.2 Subcategoria 3.2 – A prática do exercício físico como coadjuvante no tratamento do diabetes

*[...] Caminhando tentando emagrecer. Emagreci, um pouco, depois que comecei a caminhar. (E1)*

A fala da pessoa da E1 contém a proposta da atividade física como uma das grandes aliadas na redução do peso, um parâmetro essencial para o tratamento do DM.

Os exercícios regulares ajudam a diminuir e/ou manter o peso corporal, reduzir a necessidade de antidiabéticos orais, diminuir a resistência à insulina e contribuem para uma melhora do controle glicêmico, o que, por sua vez, reduz o risco de complicações (FORD; HERMAN, 1995; PERSEGUIN et al., 1996).

O princípio fundamental para manter um balanço energético é o equilíbrio entre ingestão e gasto energético. Se a ingestão excede o gasto, ocorre um desequilíbrio positivo, com deposição de gorduras corporais e consequente ganho de peso; quando a ingestão é inferior ao gasto, ocorre depleção dos depósitos energéticos e tendência à perda de peso (BRASIL, 2008). Quando a pessoa da E2 foi entrevistado, ele reportou que com a realização de atividade física conseguiu perder peso e estava muito feliz por esta conquista.

*[...] estou fazendo caminhada. A caminhada faz circular o sangue, todos os remédios são bons e tem seu valor, mas a caminhada não tem quem bata. Eu estou emagrecendo e tem sido muito bom Eu caminho todo dia às 5 horas da manhã. (E2)*

Atividade física ou exercício físico são formas importantes para manter o balanço energético, contudo o primeiro implica adotar hábitos mais ativos em pequenas, mas importantes, modificações no cotidiano, optando-se pela realização de tarefas no âmbito doméstico e no local de trabalho e por atividades de lazer e sociais mais ativas; o segundo geralmente requer locais próprios para sua realização, sob a supervisão e orientação de um profissional capacitado em academias de ginástica, clubes e outros locais (BRASIL, 2008).

Quanto à atividade física, a Estratégia Global recomenda pelo menos 30 minutos de atividade física, regular ou intensa ou moderada, na maioria dos dias da semana, senão em todos, a fim de prevenir as enfermidades cardiovasculares e o diabetes mellitus e melhorar o estado funcional nas diferentes fases do ciclo de vida e especialmente na fase adulta e idosa (BRASIL, 2008).

A melhora nas medidas fisiológicas, tais como a redução de triglicérides e do colesterol LDL, o aumento do colesterol HDL, a diminuição da frequência cardíaca em repouso e em atividade, a redução da pressão arterial, entre outras que decorrem de um estilo de vida fisicamente ativo são ainda mais importantes para os diabéticos, uma vez que o risco de mortalidade por doenças coronarianas é quatro a cinco vezes maior no diabético (FECHIO; MALERBI, 2004).

Mercuri e Arrechea (2001) em seus estudos sobre atividade física e o DM enunciam a importância da atividade física regular:

- Aumenta o consumo de glicose;
- Diminui a concentração basal e pós prandial da insulina;
- Aumenta a resposta dos tecidos á insulina;
- Melhora os níveis da hemoglobina glicosilada;
- Melhora o perfil lipídico: diminui os triglicerídeos, aumenta a concentração de HDL, diminui levemente a concentração de LDL;
- Contribui para diminuir a pressão arterial;
- Aumenta o gasto energético o que favorece a redução do peso corporal diminuindo a massa total de gordura e preservando e aumentando a massa muscular e
- Melhora o funcionamento do sistema cardiovascular. Aumenta a força e elasticidade muscular. Promove uma sensação de bem-estar e melhora a qualidade de vida.

### 5.2.3.3 Subcategoria 3.3 – Verificar a glicemia periodicamente permite acompanhar o desenvolvimento do diabetes

Está bem estabelecido que, no paciente portador de DM os níveis de glicose no sangue, persistentemente elevados, são extremamente tóxicos ao organismo. O descontrole permanente resulta, no decorrer dos anos, numa série de complicações, incluindo danos em diversos tecidos, perda da função normal e falência de vários órgãos (SUMITA; ANDRIOLA, 2004).

O monitoramento domiciliar da glicemia é um dos comportamentos para o auto cuidado reconhecido pela *American Association of Diabetes Educator* como uma das mais importantes ações dentro do tratamento do DM. Consiste em verificar a glicemia com auxílio de um aparelho denominado glícossímetro realizando uma punção digital. Sua finalidade é direcionar a terapêutica no sentido de obter e manter a glicemia o mais próximo possível do normal, em condições especiais ou na rotina diária (PASCALI, 2004). O diabético que utiliza insulina em seu tratamento tem garantido por lei o fornecimento do aparelho de Hemogluteste (HGT) e fitas reagentes entre outros insumos. A pessoa da E2 faz referência ao seu cuidado com a glicose e o desejo de diminuir a quantidade de insulina:

*[...] a pressão está sob controle, cada dois ou três meses eu monitoro meu sangue com exames no posto e eu tenho um aparelhinho para medir aqui em casa, meu diabetes tem ficado bom, se eu conseguir diminuir mais os açúcares quero tirar a insulina da tarde. (E2)*

Reconhece-se a importância da pessoa que vivência o DM receber instruções e insumos para que ela própria controle em seu lar sua glicemia. Há pontos significativos nisto, o primeiro é que ao monitorar-se vai melhorar seu autocuidado, sobretudo o alimentar e o segundo é que vai perceber a ação da insulina adequando seus níveis glicêmicos

O controle glicêmico estável/satisfatório/ pressupõe variações ao longo do dia na faixa de 80 a 160 mg/dl. Pequenos desvios podem ocorrer para mais ou para menos, sendo facilmente controlados com ajustes de dieta, atividade física, ou medicações. Em algumas situações, no entanto, esses desvios são mais

acentuados, caracterizando a descompensação hiperglicêmica aguda e a hipoglicemia, respectivamente. As duas situações requerem ação efetiva do paciente, família ou amigos e do serviço de saúde. O automonitoramento do controle glicêmico e a disponibilidade de um serviço de pronto atendimento – telefônico ou no serviço – são fundamentais para auxiliar o paciente a impedir que pequenos desvios evoluam para complicações mais graves (BRASIL, 2006).

Os resultados da glicemia permitem compreender a interação entre medicação, atividade física e alimentar e a variabilidade glicêmica decorrente dela, possibilitando identificar sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e prevenção das mesmas, diminuindo consideravelmente o risco a cetoacidose (BRASIL, 2006). Em sua fala a senhora da E11 apresenta sua preocupação em diminuir os níveis glicêmicos:

*[...] então minha diabetes fica entre 180, 200 às vezes ultrapassa um pouquinho, mas é sempre nessa faixa 180, 160, eu vou levando, quero ver se consigo ficar nos 100. (E11)*

O Ministério da Saúde na portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007, define que as ações em Saúde para o tratamento do DM devem ter como objetivos o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, a construção de habilidades e o desenvolvimento de atitudes que conduzam a contínua melhoria do controle sobre a doença, objetivando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do DM (BRASIL, 2008).

#### 5.2.3.4 Subcategoria 3.4 – Vivenciando o autocuidado no uso dos medicamentos

Medicamentos são partes integrantes da maioria das propostas terapêuticas e, desta forma, seu uso seguro e apropriado constitui aspecto importante para otimizar os resultados dos cuidados à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). O uso da insulina e outras medicações para o senhores da E2 e da E5 foi positivo, descrevem que não há necessidade de sentir medo e que na adesão tratamento a vida segue:

*[...] Quando comecei a usar a insulina, voltou a funcionar o pâncreas. É importante fazer o tratamento certo, tomar os remédios, seguir a risca o que os médicos passam a gente não precisa ter medo, hoje a medicina tá avançada. (E2)*

*[...] quem toma insulina e quem não toma, não precisa ter medo. Quando a gente descobre fica com medo, não tenha medo disso a gente levando direitinho vive normal. (E5)*

Para o sucesso de uma terapia, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica e a sua prevenção é necessário que o paciente tenha adesão à terapêutica prescrita pelo médico. Conforme Leite e Vasconcellos (2003) o conceito de adesão é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. A pessoa da E5 foi acompanhada pela ESF que o ensinou a realizar as autoaplicações de insulina:

*[...] no começo não foi difícil, explicaram 2 vezes como eu deveria aplicar a insulina e na terceira eu já fiz sozinho. (E5)*

Alguns fatores podem influenciar na adesão terapêutica medicamentosa do DM, a falta de acesso ao medicamento, seria o primeiro, no entanto o Ministério da Saúde definiu um elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347/2006, aos usuários portadores de DM, considerando a Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006 (BRASIL, 2006), que dispõe sobre o fornecimento de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e monitoramento da glicemia capilar:

1- Medicamentos:

- a) glibenclamida 5mg comprimido;
- b) cloridrato de metformina 500 mg e 850 mg comprimido;
- c) glicazida 80 mg comprimido;
- d) insulina humana NPH – suspensão injetável 100 UI/mL e
- e) insulina humana regular – suspensão injetável 100 UI/mL.

2- Insumos:

- a) seringas de um ml, com agulha acoplada para aplicação de insulina;

- b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros) e
- c) lancetas para punção digital.

Para todos os entrevistados que utilizam insulina e seus insumos a garantia do fornecimento destes pela USF é vista com gratidão e alento, pois se assim não o fosse teríamos um número muito maior de pessoas internadas por complicações do DM.

Assim outras possibilidades poderiam explicar a não adesão ao tratamento medicamentoso do DM como os fatores atribuídos aos pacientes, a relação profissional-paciente, ao esquema terapêutico e a doença (VALLE et al., 2000; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Para alcançar o uso adequado dos medicamentos é necessário reconhecer que diferentes fatores não farmacológicos (sociais, demográficos, culturais e econômicos) interferem no padrão de utilização de medicamentos, tanto no consumo quanto na prescrição (LEE; BERGMANN, 1999).

A OMS (2003) considera como cinco as dimensões da adesão ao tratamento: fatores sociais e econômicos, a equipe/sistema de cuidado de saúde, as características da doença, terapias da doença e fatores relacionados ao paciente. Assim, a convicção comum de que os pacientes são responsáveis sozinhos pelo seguimento de seu tratamento é um engano e freqüentemente reflete o desconhecimento de como os outros fatores afetam o comportamento das pessoas e sua capacidade para aderir ao tratamento (CARMO, 2006).

Torna-se fator decisivo para o sucesso de qualquer tratamento que o diabético tenha controle sobre suas medicações, sabendo como usar, armazenar, tendo conhecimento dos horários e as interações com outros remédios.

A subcategoria apresentada acima traz poucos exemplos de adesão ao tratamento e tal realidade justifica-se nas próprias limitações do diabético e da doença que cerceia, mas ao mesmo tempo almeja disciplinar o hábito em pessoas que vivem a liberdade da escolha e respondem por ela numa dimensão ainda distante de suas necessidades.

Acredito que esta mudança requer tempo, apoio familiar e da ESF e sucessivas aproximações do desconforto através de educação para saúde. Nosso próximo passo.

#### 5.2.3.5 Subcategoria 3.5 – Melhor compreensão das informações recebidas para controlar o diabetes

O diabetes exige alguns cuidados que são para o resto da vida, tanto paciente, quanto para a família. Ambos precisam tomar uma série de decisões relacionadas ao tratamento do diabetes: medir a glicemia, tomar medicamentos, exercitar-se regularmente e ajustar os hábitos alimentares. Além disso, pode ser necessário apoio psicológico. Como as conseqüências do tratamento são baseadas nas decisões tomadas, é de extrema importância que as pessoas com diabetes recebam educação de qualidade, ajustada às necessidades e fornecidas por profissionais de saúde capacitados. O senhor da E2 destaca-se dos outros entrevistados pelo otimismo e correspondência às propostas de mudança:

*[...] o diabetes se alguém disser que é uma doença incurável está falando errado, dá para controlar, a gente precisa se educar, eu mudei, a Doutora puxou a orelha e eu estou tomando cuidado com os alimentos, açúcar, gorduras, essas coisas assim [...]. até mesmo alguém que não seja obeso como eu e tem o diabetes, não precisa ser obeso pra ter, tem que tomar cuidado com a comida e fazer caminhada. (E2)*

Sem a educação em diabetes, os pacientes estão menos preparados para tomar decisões baseadas em informação, fazer mudanças de comportamento, lidar com os aspectos psicossociais e, por fim, não se equiparem o suficiente para fazer um bom tratamento. O mau controle resulta em prejuízo para a saúde e em uma grande probabilidade de desenvolver complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

A educação em diabetes é parte imprescindível do tratamento do paciente, associado ao controle metabólico adequado, atividade física e dieta. O maior nível de conhecimento sobre a doença e suas complicações está relacionado a uma melhora da qualidade de vida, com redução do número de crises de hipoglicemia, menor número de internações hospitalares, melhor controle metabólico e maior aceitação da doença (MAIA; ARAUJO, 2002).

Por mais eficazes que sejam os tratamentos cientificamente comprovados por estudos experimentais de nada adianta, se os pacientes não os incorporam de maneira adequada na vida diária. Por mais efetivas que sejam as intervenções comportamentais implementadas nos estudos prospectivos e controladas, tudo se perde, se os pacientes não derem continuidade às informações recebidas (GROSSI, 1999).

Viver com diabetes requer uma vida inteira de comportamentos especiais de autocuidado.

Mudanças tão significativas quanto as que se esperam do paciente diabético, não podem ser impostas e somente se fazem ao longo do tempo, com a compreensão da necessidade de melhorias, não basta conhecimento e habilidade é preciso acreditar na mudança para preservar o bem estar, e perceber que as vantagens desta são maiores que as desvantagens (GROSSI, 1999).

A educação em diabetes implica no empoderamento de seu portador e de sua família, retirando-o de sua acomodação e estimulando-o a buscar qualidade de vida sem o ônus de pensar que se perdeu o prazer de viver por ter que no presente, abraçar a disciplina como uma amiga virtuosa, ordeira saudável, e abandonar o imprevisto das horas, cego e inseqüente, como um legado do passado.

Para as pessoas com DM em Lerroville muito ainda precisa ser feito no tocante a enriquecê-los não só de informações, mas de auto-responsabilidade pelo seu próprio cuidado. Trabalho minucioso, individual e diário que se reflete nas consultas sejam médicas ou de enfermagem, nos grupos de terapia comunitária, estratégia adotada pela USF de Lerroville, ou ainda nas visitas domiciliares, envolvendo a família nesta mudança.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus provoca em seu portador a busca dos significados da vida, e na ambigüidade do existir humano suas escolhas esbarram em uma diversidade de porquês. Por que isso agora, por que não posso comer o que gosto? Porque tenho que mudar meus hábitos, por que tem que ser assim?

A pessoa com DM precisa ver esta outra face da vida para seguir seu caminho com menos sofrimento. A doença crônica não deveria ser um fardo, mas um convite a ter novos olhares para a própria existência.

Viver entre o bem e o mal, o prazer e o ônus das calorias e das gorduras. Um verdadeiro dilema que ensina com dureza o diabético a ter outros valores, embora o *marketing* dos produtos alimentícios continue a instituir imagens de felicidade, que fogem dos limites de uma boa educação alimentar.

Nossa sociedade construída pelo capitalismo nos torna muitas vezes alheios a real alegria de viver, o ser anseia por ser feliz e com idéias originadas na posse e no poder sucumbe às aparências das coisas esquecendo-se que felicidade é construção interna diária, é no imo do ser que se edifica e sem a vigilância e o conhecimento das nossas reais necessidades nos tornamos meros consumistas, muitos profundamente infelizes e escravizados a situações ilusórias.

Em todo o contexto deste trabalho o fenômeno do ser diabético se desvela. A ruralidade dos endereços dos diabéticos e o seu modo de viver registra facilidades, dificuldades e agitam-se mudanças boas, outras nascidas do medo, das perdas, das complicações e de morrer.

Como facilidades registram-se no desvelamento do ser diabético e morador de área rural a presença da equipe de saúde da família como ponto estratégico e fundamental para garantir apoio, instrução, vínculo, educação, tratamento e promoção de saúde. Faz-se necessário garantir a execução dos planos municipais, estaduais e federais pactuados pela vida, e em defesa da vida, assim como a política nacional de saúde para os portadores de DM.

A educação permanente para a ESF torna-se fundamental para melhorar a qualidade do atendimento prestado, aliando-se a maiores ofertas de

serviços para diagnósticos e a manutenção diária dos insumos utilizados pelo diabético.

Londrina conta com uma rede básica de prestadores que necessita constantemente de avaliação e parcerias. Manter a prestação de um atendimento com qualidade requer monitoramento e melhorias constantes. As assessorias técnicas criadas entre 2007 e 2008 na secretaria de saúde do município com a presença de um médico e uma enfermeira são de extrema importância no apoio às ações de saúde nas USF.

Outra questão fundamental para o diabético é ter uma família que o ampare nestes novos dias de luta. A presença familiar é vital na transformação do diabético, de homem velho para homem novo e consciente de sua legitimidade. O cuidado dispensado a um doente com dependência deve receber orientações profissionais da ESF para que os familiares sintam-se estimulados, instruídos e apoiados a prestar o cuidado.

Para os moradores do distrito, portadores de DM2, Lerroville é o seu lugar comum e o chão conhecido. A terra tem especial valor, ela alimenta e também consome os corpos no episódio da morte. Embora haja diversos espaços para hortas, a plantação de verduras e legumes para consumo próprio é realidade de poucos. No entanto sua propagação tornar-se-ia uma terapia ocupacional, facilitaria o acesso do diabético a alimentos saudáveis. Seria de muito bom tom incentivar a criação de mais hortas para autoconsumo. A ESF poderia estabelecer projetos para a criação deste cultivo para serem executados em parceria com outros profissionais.

O ambiente rural é sinônimo de ar puro, silêncio alternado com canto de pássaros, a visão do verde, o cheiro da terra, a diversidade de seres. Este espaço sempre significou ter vida e tranquilidade que não se encontram nos grandes centros urbanos. Estar neste lar facilita ao diabético encontrar recursos para uma vida mais simples e menos agitada, trazendo-lhe paz.

Outra facilidade é o exercício da religiosidade. A fé aproxima o homem de Deus, e abre canais para a aceitação da DM e conseqüentemente age em seu fortalecimento e adesão ao tratamento. Verifica-se pela observação que em Lerroville há poucas igrejas, este fato não se torna empecilho para que o diabético acredite em Deus e em todas as suas propostas de crescimento e ponderação. A fé dá forças para o portador de DM vencer suas próprias limitações. Em estudos pelo

mundo cada vez mais fica intenso a crença de que a fé em Deus é responsável pela melhoria de saúde e a cura do doente, tornando o diabético menos susceptível aos efeitos da cronicidade.

Dar sentido á vida também se torna uma facilidade na vivência do DM em área rural. A aceitação de sua condicionalidade faz com que trace objetivos e mesmo diante das limitações que a doença provoca, a vontade de viver irrompe das dificuldades para a criatividade fortalecendo o diabético.

Quanto às dificuldades vivenciadas pelo portador de DM há uma variedade de barreiras. O núcleo familiar também sofre, adocece e modifica-se com seu doente, reaprendendo novos parâmetros como alimentar-se e não ficar sem exercitar o corpo físico.

A dependência familiar para a realização do auto cuidado torna-se um momento negativo para o diabético, mas possível de ser menos onerosa se família e doente receberem apoio constante da ESF e de parcerias com a assistência social, nutricional, psicológica, fisioterápica e farmacêutica. Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família são multiprofissionais e como proposta de apoio a estratégia de saúde da família deveriam ser ampliados para a área rural de Londrina, ainda desprovida destes profissionais.

A distância dos centros urbanos que concentram atendimento ambulatorial especializado e serviços de urgência para hospitais, a falta de transporte e recursos financeiros estampam-se das necessidades. Embora a USF de Lerroville possua um veículo tipo perua e uma pequena ambulância para fazer transporte de pacientes em situações de urgência e emergência, esses veículos não são suficientes para a demanda de usuário que necessita ir á Londrina.

Observa-se que para muitos utilizar o transporte coletivo é também passar por sofrimento, pois além da distância sofrem com a falta de espaço e cordialidade dentro do ônibus, alguns relatam terem mal estar e ficarem pelo caminho para atendimento em outra USF. A maioria dos entrevistados expressou essa barreira no tratamento, provocando faltas ás consultas especializadas e á realização de exames mais complexos.

Os moradores de sítios, assentamentos e fazendas além do já exposto sofrem com a falta de conservação das estradas que não raro em tempos chuvosos impedem a saída de seus lares. Faz-se necessário fortalecer o

atendimento de saúde em áreas rurais distantes, para promover saúde tem que haver também condições para tal. Imperioso repensar a atenção básica e sua resolutividade em áreas mais carentes e distantes. Uma busca para isto foi o surgimento de protocolos de saúde para facilitar as ações da ESF, no entanto o crescimento populacional é inversamente proporcional ao número de profissionais de saúde e tal acontecimento dificulta ações de capacitação e educação em saúde para as ESF.

Limitações físicas surgem como resultado do não cuidado ou tempo de doença, gerando complicações diversas do micro ao macro, agudas e crônicas, geradoras de perdas físicas importantes e vitais, surgindo o medo e a dor ante a diversidade de emoções. Tal situação traz impedimentos para o diabético continuar na manutenção de seus labores, isto vem de encontro aos dados epidemiológicos acerca do DM ser uma doença altamente incapacitante. Um universo de angustias abre-se, misturando às necessidades físicas e sociais de seu portador.

Outro desafio para a atenção básica, encontrar meios de promover o diabético para que o mesmo não fique estagnado e entre em depressão, auxiliando-o a buscar um meio de se tornar independente dentro das suas possibilidades. Somam-se a esse quadro a luta contra os vícios, sejam eles do álcool, tabaco ou alimentares. O vício é uma âncora que para o DM resulta na piora do seu quadro com agravantes terríveis como o acidente vascular cerebral, neoplasias malignas, amputações, cegueira entre tantos outros agravos.

Os serviços de saúde Londrina organizam-se para receber o etilista e o tabagista, no entanto é importante que estes sejam conquistados pelo serviço de saúde para fortalecimento da vontade em abandonar o vício. A má alimentação elencada no campo dos hábitos nocivos á saúde é ponto crucial na adoção de hábitos salutaros. O comer tem muitos significados e envolvem emoções, valores sendo que a obrigatoriedade de mudança cerceia o diabético que ora desiste, ora recomeça num contexto circular de altos e baixos. É preciso lembrar ao diabético que há muito mais vantagens do que desvantagens em mudar determinados comportamentos.

O uso de diversas medicações concomitantes ao tratamento da doença também se torna um obstáculo para o diabético. Levar o conhecimento dos

efeitos medicamentosos, suas necessidades diárias e contínuas, bem como suas indicações, é trabalhar o empoderamento do doente para seu autocuidado.

Outro empecilho para os portadores de DM é a falta de alimento *diet e light* no distrito rural, bem como o custo elevado. Embora não seja o alimento dietético o alvo para promoção de mudanças alimentares, este entraria no cardápio do diabético como mais um elemento de auxílio no seguimento da dieta.

No universo das dificuldades do DM a última barreira a ser vivenciada é a hereditariedade da doença. Famílias inteiras carregam a carga genética e tal percepção pode nortear ações preventivas nestes núcleos familiares, mapeando através de exames laboratoriais as crianças e adolescentes em situação de risco nutricional para o desenvolvimento da doença, reforçando para essas famílias a necessidade da adoção de hábitos saudáveis.

As mudanças relacionadas a vivência do auto cuidado englobam a conquista em ter uma alimentação consciente e disciplinada. O aprender a alimentar-se leva mudanças aos outros familiares que por sua vez também adotam novos hábitos. A correspondência a estas ações é o emagrecimento, a melhora da auto-estima e a disposição para o trabalho e para o lazer.

O exercício físico é apontado por alguns entrevistados como de grande importância no tratamento e prevenção de comorbidades. Uma das metas do pacto pela vida é a atividade física, estimulá-la na atenção básica por meio dos grupos de educação para a saúde e das consultas diárias é altamente eficaz.

O acompanhamento dos exames gerais, da glicemia e hemoglobina glicada, tornou-se preocupação de alguns diabéticos. Uma mudança positiva, pois há o entendimento do diabético de que é preciso acompanhar a evolução do tratamento e da doença. Fato benéfico para alguns, mas, ainda há muitos doentes que, pela observação dos profissionais da USF se tornam faltosos, distanciam-se do serviço e só retornam em hipoglicemia ou em hiperglicemia e com seus vários sintomas desencadeados pelo descuido e falta de informação.

É constante a preocupação da ESF quanto ao resgate daqueles que ainda não perceberam o grau das complicações que podem surgir advindas dos excessos alimentares e manutenção dos vícios. Implantar na ESF a busca aos faltosos através da avaliação dos apazamentos existentes na USF é um meio de retomar o tratamento do DM.

Entre as mudanças encontradas nos portadores de DM está a adesão ao uso de medicamentos. A maior parte dos doentes acredita nos efeitos positivos da insulina e estabelece cuidados no seu uso bem como visualiza um melhor padrão de vida após a adoção do tratamento. A insulina é de grande ajuda e acaba sendo escolhida para o tratamento quando os hipoglicemiantes orais não conseguem baixar os níveis de glicose. O monitoramento das medicações também é essencial no cuidado do diabético. Na sua falha a insulina tem se mostrado bastante eficaz.

A educação em diabetes implica em capacitar os portadores desta doença. Por mais que os tratamentos sejam de última geração se os pacientes não forem trabalhados e acompanhados na sua individualidade e realidade as informações se perdem. O mundo globalizado traz informações a todos os lugares, mas elas por si só não bastam, o diabético precisa entender que viver com o DM requer comportamentos especiais.

Mudanças importantes e significativas levam tempo, não deve haver imposições, mas o despertar da consciência para uma vida com alguns limites entretanto, bem melhor, porque tem qualidade nas suas escolhas.

A vida nos cobra disciplina, perseverança, simplicidade, e o cuidar-se entra em choque com a construção individual, o conhecimento e a consciência desperta para uma nova forma de viver. O diabético sofre o desafio de reaprender a alimentar-se, a exercitar-se e a olhar para si mesmo com outros olhos, um visão raciocinada no caminho de volta para a saúde e para todas as suas propostas que, necessariamente, não devem ser dolorosas, mas que se tornem permanentemente uma educação para uma vida com profunda qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ABELHA, E. C.; COELHO FILHO, R. C. **Aproveitamento integral de frutas e hortaliças no município de Quaraí**: sede e zona rural. Bagé: ESREG, 2004. Disponível em:<[http://www.emater.tche.br/site/br/arquivos/area/frentes/ 5/ aproveitamento\\_integral.pdf](http://www.emater.tche.br/site/br/arquivos/area/frentes/5/ aproveitamento_integral.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2010.
- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.
- ALTSCHULER, J. Working with adults who are ill. In: ALTSCHULER, J. **Working with chronic illness**. United Kingdom: MacMillan, 1997. p. 127-155.
- ALVES, J.; BOOG, M. C. F. Representações sobre o consumo de frutas, verduras e legumes entre fruticultores de zona rural. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 6, p. 705-715, nov./dez. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a09v21n6.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2010.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 24, Suppl. 1, p.11-14, jan. 1998.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical practice recommendations. **Diabetes Care**, Alexandria, v.31, Suppl. 1, p. 55-60, jan. 2008.
- ANDRADE, T. **Saudade**. 64. ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1974.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Consenso Latino Americano de Obesidade**. 1998. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/doc/consenso.doc>>. Acesso em: 10 ago. 2010.
- BAHIA, L. O custo do diabetes tipo 2. **Revista Vigor, movimento e saúde**. 2007. Disponível em:<<http://www.revistavigor.com.br/.../custo-do-diabetes-tipo-2/>>. Acesso em: 5 jul. 2010.
- BALLONE, G. J.; XIMENES, B. A. A. **Obesidade, Síndrome Metabólica e Depressão**. 2008. Disponível em:<<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em: 12 jul. 2010.
- BANDEIRA, F.; FORTI, A. Diabetes *mellitus* tipo 2. In: BANDEIRA, F. et al. **Endocrinologia**: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998. Cap. 14, p. 151-161.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. 223p.
- BIANCHI, C. Primary prevention of cardiovascular disease in people with dysglycemia. **Diabetes Care**, Alexandria v. 31, Suppl 2, p. 208-14, feb. 2008.
- BOLANDER, V. **Sorensen e Luckmann - enfermagem fundamental**: abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta, 1998.

BORTOLETTO, M. S. S.; HADDAD, M. C. L.; KARINO, M. E. Pé diabético, uma avaliação sistematizada. **Arquivos de Ciências da Saúde Unipar**, Umuarama, v. 13, n. 1, p. 37-43 jan./abr. 2009.

BOSI, P. L. et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída Na população urbana de 30 a 79 anos da Cidade de São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 6, ago. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302009000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000600006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 ago. 2010.

BOULTON, A. J. M. et al. The global burden of diabetic foot disease. **Lancet**, Minneapolis, v. 366, n. 9498, p. 1719-1724, 2005.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Avança Brasil. **Vida no campo**. Disponível em: <[www.abrasil.gov.br](http://www.abrasil.gov.br)>. Acesso em: 20 set. 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável/ e Nutrição**. Brasília, 2008.

BRASILEIRO, J. L. et al. Pé diabético: aspectos clínicos. **Jornal Vascular Brasileiro**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.11-21, set. 2005.

BROINSTEIN, M. Dr. DrauzioVarella. **Diabetes**: entrevista. São Paulo, mar, 2010. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/ExibirConteudo/770/diabetes/pagina15/hereditariedade>>. Acesso em: 17 jul. 2010.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jul. 2010.

CAMPOS, M. S. **Poder, saúde e gosto**: um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo. São Paulo: Cortez, 1982.

CAPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O.; GONÇALVES, C. A. **Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais**. Disponível em: [http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/43563/2/revista\\_v5\\_n1\\_jan-jun\\_2003\\_6.pdf](http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/43563/2/revista_v5_n1_jan-jun_2003_6.pdf) . Acesso em 15 ago. 2010.

CARMO, T. A. et al. Atenção farmacêutica: um projeto piloto na busca da humanização da assistência à saúde. In: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO DA

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA, 8., 2006, Piracicaba. **Mostra acadêmica**. Piracicaba, 2006.

CARVALHO FILHO, E.T. **Pharmaceutical Care Practice**. New York: McGraw-Hill, 1998.

CASTRO, A. G. P.; FRANCO, L. J. Caracterização do Consumo de Produtos Alternativos e adoçantes dietéticos diabéticos por indivíduos. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000427302002000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302002000300011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 ago. 2010.

CHANCE, W. T. et al. A comparison of nicotine and structurally related compounds as discriminative stimuli. **British Journal Pharmacology**, London, v. 63, p.609-616, 1978.

CHIZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Art. 1º Fica criado o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e [...]**. 2004. Disponível em: <<http://www.urbal.piracicaba.sp.gov.br/download/Cartilha%20CONSEA.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

CORA CORALINA. **O cântico da terra**. 1981. Disponível em: <<http://www.paralerepensar.com.br/coracoralina.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2010.

CORRÊA, P. C. R. P. Tabagismo, hipertensão e diabetes: reflexões. **Revista Brasileira de Clínica & Terapêutica**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 19-24, 2003.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de Diabetes *Mellitus* em Pelotas, RS: um estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p.542-545, jun. 2006.

CRAWFORD, J. M.; COTRAN, R. S. Pancreas. In: COTRAN, R.S.; KUMAR. V.; COLLINS, T. **Robins patologia estrutural e funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 826.

CRUZ, T. A história do diabetes. In: LYRA, R.; CAVALCANTI, N. **Diabetes mellitus**. Rio de Janeiro: Diagrafic, 2006. p. 25-36.

DAAR, A. S. et al. Grand challenges in chronic non-communicable diseases. **Nature**, London, v. 450, n. 7169, p. 494-496, nov., 2007.

DAKLE, R. **A doença como símbolo**: pequena enciclopédia de psicossomática, sintomas, significados, tratamentos e remissão. São Paulo: Cultrix, 1996. p. 334.

DE LUCCIA, N. Doença vascular e diabetes. **Jornal Vascular Brasileiro**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 49-60, mar. 2003.

DECODE STUDY GROUP. European Diabetes Epidemiology Group. Diabetes Epidemiology: Collaborative Analysis of Diagnostic criteria in Europe. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. **Lancet**, Minneapolis, v. 354, n. 9179, p. 617-621, 1999.

DELAMATER, A. M. et al. Psychosocial therapies in diabetes: report of the psychosocial therapies working group. **Diabetes Care**, Alexandria v. 24, n. 7, p. 1286-1292, 2001.

DENIS, L. **O Porquê da Vida**. 15. ed. Rio de Janeiro: FEB, 1989.

DIAS, E. L. F.; WANDERLEY, J. S.; MENDES, R. T. **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas: UNICAMP, 2002.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M.R.S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EDUEM, 2002.

FECHIO, J. J; MALERBI. Adesão a um Programa de Atividade Física. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 267-275, abr. 2004.

FORD, E. S; HERMAN, W H. Leisure – time physical activity patterns in the U.S. diabetic population. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 18 p. 27-33, 1995.

FORTI, A, et al. Diabetes *mellitus*: classificação e diagnóstico. In: VILAR, L. (Ed.). **Endocrinologia clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006. Cap. 43, p. 539-550.

FRÁGUAS, R. et al. Depressão e Diabetes *Mellitus*. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 3, 2009.

FRANCO, M. L. P. B. O que é análise de conteúdo? **Cadernos de Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 7, p.1-31, ago. 1986.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento\\_brasil2/](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil2/)>. Acesso em: 5 jul. 2010.

GAMM, L.; HUTCHISON, L. Rural Healthy People 2010: Evolving Interactive Practice. **American Journal of Public Health**, New York, v. 94, n. 10, p. 1711-1712, oct. 2004.

GARCIA, R. W. D. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.17, n. 1, p.17-28, mar. 2004.

GARNICA, A. V. M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.1, n.1, p. 117, 1997.

GENUTH, A. et al. Expert committee on the diagnosis and classification of diabetes *mellitus*. Follow-up report on the diagnosis of diabetes *mellitus*. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 26, n.11, p. 3160-3167, 2003.

GERBASI, L. P.; SANTOS, M. A. **Representações Sociais do processo saúde-doença em portadores de Diabete Mellitus tipo 2**. 2006. 79 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) -Faculdade de Filosofia, Ciências e letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

GIBRAN, K. G. **O Profeta**. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.

GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 244-270.

GIMENES, H.T. et al. Fatores Relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: ago. 2010.

GOMES, M. B, et al. Prevalence of type 2 diabetic patients within the targets of care guideline in daily clinical practice: a multicenter study in Brazil. **The review of diabetic studies**, Diusburg, v. 3, n. 2, p. 82-87, 2006.

GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P.M **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus** 2009. Disponível em: <[http://www.diabetes.org.br/.../1118\\_1324\\_manual\\_enfermagem.pdf](http://www.diabetes.org.br/.../1118_1324_manual_enfermagem.pdf) - Similares. Adherence to long-term therapies- evidence for action, 2003 >. Acesso em: 17 ago. 2010.

GRUNDY, S. M, et al. Definition of the metabolic syndrome. Report of the National Heart, Lung and Blood Institute/American Heart Association Conference on Scientific Issues Related to Definition. **Circulation**, Baltimore, v. 109, p. 433-38, 2004.

GUIHÉNEUF, P. **Agriculture et développement rural un enjeu européen**: Débats sur l'Agenda 2000, Saint Gély: Groupe de Bruges, 1997. p. 11-18.

GUIMARAES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2010.

HAFFNER, S. M. Coronary heart disease in patients with diabetes. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 342, p. 1040-10 42, Apr. 2000.

HAZZARD, W. R. **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw Hill, 1994.

HOWARD, B. V. et al. Coronary heart disease risk equivalence in diabetes depends on concomitant risk factors. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 29, n. 2, p. 391-397, feb. 2006.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese de indicadores**. Guaravera, Irerê, Lerroville, Maravilha, Paiquerê, São Luiz, Tamarana e Warta, 1996. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default2.php>>. Acesso em: 5 jul. 2010.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Alcohol Drinking**. Lyon, France: IARC Press; 1988. v. 44.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas**. 3<sup>th</sup>. ed. Brussel, 2006. Disponível em: <<http://www.eatlas.idf.org/webdata/docs/backgroundopeningpc.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT. **International Consensus on the Diabetic Foot**. Amsterdam: IWGDF, 2007. DVD.

JUNQUEIRA, L. C. U. **Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde**. Dissertação (Mestrado) -Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

KLIJN, T. M. **Satisfação no trabalho de mulheres acadêmicas da Universidade de Concepcion, Chile**. 1998. 271 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

KRALL, L. P.; LEVINE, R.; BARNETT, D. The history of diabetes. In: KAHN, C.R.; WEIR, G. C, (Ed.) **Joslin's Diabetes Mellitus**. 13th ed. Philadelphia: Lea and Feibiger; 1994. p. 1

LANCMAN, S. (Org). **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LARSON, K. The importance of spiritual assessment: one clinician's Journey, **Geriatric Nursing**, Missouri, v. 24, n.6, p.370-371, 2003.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEE, D., BERGMAN. U. Studies of drug utilization. In: STROM, B.L. **Pharmacoepidemiology**. 2. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 1994. p.3-11.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003. Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Ago. 2010.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Sistematização do cuidado ao paciente diabético UBS**. Londrina, 2007.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2008-2011**. Londrina, 2008.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia**: protocolo. Londrina, 2006. Disponível em: <[http://saude.londrina.pr.gov.br/protocolo\\_saude/downloads\\_site\\_protocolosaude\\_2007/prot\\_adulto.pdf](http://saude.londrina.pr.gov.br/protocolo_saude/downloads_site_protocolosaude_2007/prot_adulto.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2009.

LOPES-ARAGUREN, E. El análisis de contenido. In: FERNANDO, M. G.; IBÁÑEZ, J.; ALVIRA, F. (Org.). **El análisis de la realidad social**: métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Editorial, 1986. p.365-95.

LUSTMAN, P. J.; CLOUSE, R.E. Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. **Journal of Diabetes and its complications**, v.19, n.2, p. 113-122, 2005.

MACEDO, B. S. et al. Projeto de implantação de atenção farmacêutica a pacientes portadores de diabetes *Mellitus* tipo 2 em programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Farmácia Suplemento**, Goiânia, v. 2, n. 2, p. 116-118, 2005.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAIA, F. F. R.; ARAÚJO, L. R. Projeto 'Diabetes Weekend': Proposta de Educação em Diabetes Mellitus tipo I. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v.46, n.5, p.566-573, 2002.

MALERBI, D.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes *mellitus* and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, Alexandria, v.15, n.11, p.1509-1516, nov. 1992.

MARTINI, A. M. et al. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 2, p.329-343, 2007.

MARTINS, J. T. **Prazer e sofrimento e as estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva**. 2008. 243 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MASSEY, C. N. et al. Improving diabetes care in rural communities: an overview of current initiatives and a call for renewed efforts. **Clinical Diabetes**, v.28, n. 1, p. 20-27, jan. 2010.

MATTOS, M.; MARUYAMA, S. A. T. A experiência em família de uma pessoa com diabetes *mellitus* e em tratamento por hemodiálise. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 971-981, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a23.pdf>>. Acesso em: 14 ago 2010.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores: Heróis Anônimos do Cotidiano**. 1995. Dissertação (Mestrado) - Programa em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

MENDONÇA, D. B. **Manual do profissional: hábitos saudáveis e alimentação**, 2007. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/para-publico/alimentação-e-nutrição/alimentos>>. Acesso em: 3 ago. 2010.

MERCURI, N.; ARRECHEA, V. Atividade física e diabetes *mellitus*. **Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das Patologias Associadas**, Buenos Aires, p. 347-349, abr., 2001.

MERLEAU-PONTY, M. **A fenomenologia da percepção**. São Paulo: M. Fontes, 1994.

MILECH, A. Diabetes, passado, presente e futuro. In: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. (Ed.). **Diabete mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 1-6.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MION JR, D. et al. (Coord.). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, set. 2007.

MOLITCH, M. E. et al. American Diabetes Association. Nephropathy in diabetes (Position Statement). **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, Suppl. 1, p. S79-S83, 2004. Disponível em: <[http://www.diabetes.org.br/educação/documentos/documentos/V\\_DBHA\\_2006.pdf](http://www.diabetes.org.br/educação/documentos/documentos/V_DBHA_2006.pdf)> Acesso em: 22 jul. 2010.

MOREIRA, R. O. et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática diabetes *mellitus* e depressão. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 47 n. 1, fev. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302003000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 ago. 2010.

MURCHO, D. **Pensar Outra Vez: filosofia, valor e verdade**. Vila Nova de Famalicão: Edições Quasi, 2006.

NOVA Enciclopédia Barsa: micropédia e índice. Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britannica do Brasil, 2000.

OCHOA-VIGO, K. et al. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé

diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.3, p.296-303, ago. 2006.

OCHOA-VIGO, K. **Prevenção de complicações nos pés de portadores de pessoas com diabetes *mellitus***: uma abordagem na prática baseada em evidências. 2005. 166p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, G. J. Diabetes e sua história. In: OLIVEIRA, G. J.; OLIVEIRA, E. M. **Diabete e você**. Juiz de Fora (MG): Ed. Associada, 2003.

ONG K. L. et al. Prevalence, treatment, and control of diagnosed diabetes in the U.S. National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2004. **Annals of Epidemiology**, New York, v.18, n.3, p. 222-229, mar. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adherence to long-term therapies-evidence for action**. Geneva, 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Atlas de Educación en Diabetes en América Latina y el Caribe**: Inventario de programas para personas con diabetes tipo 2. Washington, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso**: a convenção quadro de controle do tabaco: uma resposta/Tobacco and poverty, a vicious circle - the control chart convention of the tobacco: an answer. Brasília; Ministério da Saúde, 2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Banco Mundial. **La epidemia del tabaquismo**: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington, DC; OPAS, 2000. (Publicación Científica, 577).

ORTIZ, M. C. A.; ZANETTI, M. L. Diabetes *mellitus*: fatores de risco em uma instituição de ensino da área da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 128-132, dez. 2000.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 353 , n. 5, p. 487-497, 2005.

OVIEDO, A. D.; BOEMER, M. R. A pessoa com diabete: do enfoque terapêutico ao existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 744-751, dec. 2009. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a02v43n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a02v43n4.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2010.

PACE, A. E; NUNES, P. D; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes *mellitus*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 312-319, maio/jun., 2003.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=>

sci\_arttext&pid=S0101-60832007000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2010.

PARGAMENT, K.I. **The Psychology of religion and coping**. New York: Guilford Press, 1997.

PASCALI, D. M. Monitorização da glicemia capilar. **Terapêutica em Diabetes**, São Paulo, v. 9, n.31, p-4-5, 2004.

PAULILO, M. A. S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v.2, n. 1, 1999. Disponível em: <[http://www.ssrevista.uel.br/c\\_v2n1\\_pesquisa.htm](http://www.ssrevista.uel.br/c_v2n1_pesquisa.htm)>. Acesso em: 16 ago. 2010.

PEDROSA, H. C. et al. O desafio do projeto salvando o pé diabético. **Terapêutica em Diabetes**, São Paulo, v.4, n.19, p.1-10, 1998.

PEDROSA, H. C.; MACEDO, G. C.; RIBEIRO, J. Pé diabético. In: LYRA, R.; CAVALCANTI, N. **Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. p. 557-568.

PERÄKYLÄ, A. Reliability and Validity in Research Based on Transcripts. In: SILVERMAN, D. **Qualitative Research: theory, method and practice**. London: Sage, 1997.

PEREIRA, W. D. **Corpo e significado: percepções do portador de diabetes mellitus tipo 2**. 2006. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PERES, D. S. et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, dez. 2007. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.hp?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.hp?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 ago. 2010.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 310-317, abr. 2006.

PEREZ, G. H.; ROMANO, B. W. Comportamento alimentar e síndrome metabólico: aspectos psicológicos . **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.14, n. 4, p. 544-550, jul. 2004.

PERSEGUIN, G. et al. Increased glucose transport-phosphorylation and muscle glycogen synthesis after exercisettraining in insulin-resistant subjects. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 335, p. 1357-1362, 1996.

PITAUD, P. La dependencia y su prise en charge (responsabilidad) en Francia. In: MORAGAS, R. M. (Org.). **El reto de la dependência al envejecer**. Barcelona: Herder, 1999. p. 17-30.

QUEIROZ, F. A. et al. Adaptação cultural e Validação do Instrumento Diabetes-39 (D- 39): Versão parágrafo brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 - fase 1 . **Revista Latino-Americano Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5 out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000500018&lng=en&nrm=iso)> . Acesso em: 15 ago. 2010.

RIBEIRO, M. Agricultura e Ambiente em Regiões Desfavorecidas: expressão de Subdesenvolvimento, Recursos para o Desenvolvimento. **Vida Rural**, Lisboa, n.1649, p. 20-24, jun. 1999.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: método e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIGOTTO, M. R. O homem e o trabalho. In: RIGOTTO, M. R. et. al. **Isto é gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 437-60.

ROCHA, S. S. L. **Qualidade de vida no trabalho em enfermagem**: percepção de enfermeiros docentes de uma universidade privada. 2002. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RODRIGUES, F. F. I. et al. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 468-473, jul./ago. 2009.

RODRIGUES, M. S. C.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p. 30-34.

ROSEMBERG, F. Da intimidade aos quiprocós: uma discussão em torno da análise de conteúdo. **Caderno CERU**, São Paulo, v.16, p.69-80, 1981.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003.

RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S. **Qualitative interviewing: the art of hearing data**. 2. ed. Londres: Sage, 2004.

SACHS, A. **Determinando o plano alimentar**. 2007. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/para-publico/alimentação-e-nutrição/alimentos>>. Acesso em: 16 ago. 2010.

SANTOS, E. C. B. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 397-406, maio/jun. 2005.

SANTOS, P. **A Doença Crônica Incapacitante e Dependente na Família**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Lisboa, 2003.

SARTORELLI, D. S.; CARDOSO, M. A. Associação entre carboidratos da dieta habitual e diabetes *mellitus* tipo 2: Evidências epidemiológicas. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 50, n. 3, jun. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000427302006000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302006000300003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 ago. 2010.

SEYFFARTH, A. S. **Os alimentos**: calorias, macronutrientes e micronutrientes. 2007. Disponível em:<<http://www.diabetes.org.br/para-publico/alimentação-e-nutrição/alimentos>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 307-311, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro de tratamento e acompanhamento do diabete *mellitus***. Rio de Janeiro: Diagrafic, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes, 2009**. Disponível em:<<http://www.diabetes.org.br/politicas/abdonline.php>>. Acesso em: 04 maio 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes**. 2010. Disponível em:<<http://www.endocrino.org.br/diabetes/>>. Acesso em: 14 ago. 2010.

SOUSA, L. S. de. A entrevista, o imaginário e a intuição. In: GAUTHUR, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.30-50.

SUMITA, N. M.; ANDRIOLO, A. Importância da determinação da hemoglobina glicada no monitoramento do paciente portador de diabetes mellitus. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, n. 42, editorial, 2006.

TAPP, R. J. et al. Foot complications in type 2 diabetes: an Australian population-based study. **Diabetes Medicine**, UK, v.20, n.2, p.105-13, feb. 2003.

TORQUATO, M. T. C. G. et al. Prevalence of diabetes *mellitus* and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.121, n.6, p.224-230, 2003.

VALLE, E. A. et al. A adesão ao tratamento. **Revista Brasileira de Clínica Terapêutica**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 8, 2006.

VEGAS, C. **Alimentos especiais custam muito caro**. 2009. Disponível em:<<http://www.diabetenet.com.br/conteudocompleto.asp?idconteudo=4221>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

VIARD, J. Les Campagnes, Enjeu de l'Urbanité de l'Europe. In: GUIHÉNEUF, P.Y. **Agriculture et développement rural un enjeu européen**: débats sur l'Agenda 2000, Saint Gély: Groupe de Bruges, 1997. p. 11-18.

VIGGIANO, C. E. **Riscos do consumo de bebidas alcoólicas em diabéticos**. 2010. Disponível em: <<http://www.portaldiabetes.com.br/conteudocompleto.asp?idconteudo=3411>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

VIGGIANO, C. E. O produto dietético no Brasil e sua importância para indivíduos diabéticos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v 1, n. 1, p. 36, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.uscs.edu.br/revistasacademicas/revista/sau01.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

WAGNER, G. A.; ANDRADE, A. G. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1; p. 48-54, 2008.

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimatives for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, n. 5, p.1047-1053, 2004.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria á psicanálise**. Porto Alegre: Imago, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diabetes Programme**. Disponível em: <[http://www.who.int/diabetes/facts/world\\_figures/em](http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/em)>. Acesso em: 10 fev. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estudo do uso de Tabaco no mundo em 2008**. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diabetes care and research in Europe: the Saint Vincent declaration. **Diabetic Medicine**, Chichester, v.7, n.4, p.360-369, apr. 1990.

ZANETTI, M. L. et al. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.19, n.4, p. 253-260, 2006.

ZIMMERMANN, B. R.; WALKER, E. A. **Guia completo sobre diabetes da American Diabetes Association**. Rio de Janeiro: Anima; 2002.

## **ANEXOS**

## ANEXO A



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná  
 Registro CONEP 268

Parecer PF 172/09 Nº CAAE Nº 0109.0.268.000-09 FOLHA DE ROSTO Nº 257275	Londrina, 16 de novembro de 2009
PESQUISADORA: SILVANA APARECIDA VALENTIM DEPTO SAÚDE COLETIVA/CCS	
Prezada Senhora:  O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268)– de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:  <p align="center">"CONVIVENDO COM O DIABETIS MELLITUS EM UM DISTRITO RURAL DE LONDRINA-PR"</p>	
Situação do Projeto: APROVADO  Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">           Prof. Dra. Ester M.O. Dalla Costa          Coordenadora          Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL       </p>	

**ANEXO B**

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**  
**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**ESTADO DO PARANÁ**

**C.D.018/2009 - GES/DGTES/AMS/PML**

Informamos para fins de realização da pesquisa:

**"CONVIVENDO COM O DIABETES MELLITUS EM UM DISTRITO RURAL DE LONDRINA-PR"** na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela aluna Silvana Aparecida Valentim do curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria do Carmo Lourenço Haddad docente da mesma Universidade, e que, por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP nº 172/10, da Universidade Estadual de Londrina datado em 16 de novembro de 2009.

Londrina, 01 de dezembro de 2009.

  
Rosária Mestre Marques Chakayashi  
Coord. da Educação Permanente/ Estágio/ Pesquisas  
da Gerência de Educação em Saúde  
DGTES/AMS/PML