

Daniela Gonçalves Godoy Moutinho

**O CUIDADO DE DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES:
PISTAS PARA AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada a Universidade Federal de São Paulo – *Campus* Baixada Santista, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

SANTOS

2016

Daniela Gonçalves Godoy Moutinho

**O CUIDADO DE DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES:
PISTAS PARA AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada a Universidade Federal de São Paulo – *Campus* Baixada Santista, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Fernanda Petrolí Frutuoso

SANTOS

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - CAMPUS BAIXADA SANTISTA

CEDESS – ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO MODALIDADE PROFISSIONAL

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Maria Fernanda Petroli Frutuoso

Coordenador do curso de pós graduação: Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador
Rossit

Daniela Gonçalves Godoy Moutinho

**O CUIDADO DE DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES: PISTAS PARA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Presidente da Banca:

Prof. Dra. Maria Fernanda Petroli Frutuoso

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Prof. Dra. Patrícia da Graça Leite Speridião

Prof. Dra. Renata Doratioto Albano

Dedico ao meu esposo e meus três filhos, com amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus que me deu forças em todos os momentos, para não desistir.

Agradeço a meu esposo Marcos por ter suportado todos os momentos desagradáveis pelos quais passamos, e também pelo incentivo de sempre continuar.

Agradeço a minha mãe, Claudia, e irmã, Juliana, pelo grande apoio nos momentos difíceis, por várias risadas nos bons momentos, além das discussões diplomáticas e outras reflexões.

Agradeço a Deus por ter me dado três pequenas vidas para cuidar, duas delas em meio ao processo de Mestrado. Yasmin, Laís, Noah, e papai Marcos, foi difícil estudar quando o que eu mais queria era ficar com vocês, mas vencemos juntos e recebemos a vitória pelos nossos esforços.

Agradeço a presença da minha sogra Maria Elena, sempre me auxiliando em tudo e mais um pouco.

Agradeço a equipe da Unidade Básica de Saúde Radio Clube, em especial Raquel, Priscila Sotelo, Adriana e Agentes Comunitários de Saúde, pelo acolhimento e acreditação.

Agradeço a amiga Simone Percíncula por estar sempre presente.

Agradeço especialmente a minha orientadora, Maria Fernanda, por todas as palavras de apoio e força, bem como pelas correções muito necessárias. Considero que todo o processo transcende a pesquisa. Carregarei para a vida.

Agradeço novamente a Deus por me cercar dessas pessoas maravilhosas.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| LISTA DE FIGURAS..... | ix |
| LISTA DE QUADROS | x |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS..... | xi |
| RESUMO..... | xiii |
| ABSTRACT | xiv |
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 Especificidades do diabetes e do diabético..... | 17 |
| 1.2 O cuidado na perspectiva da atenção primária à saúde | 18 |
| 1.3 Vulnerabilidade..... | 20 |
| 2 OBJETIVO..... | 25 |
| 3 METODO..... | 26 |
| 3.1 Delineamento do estudo | 26 |
| 3.2 População e local de estudo | 27 |
| 3.3 Coleta de dados | 28 |
| 3.4 Análise dos dados..... | 32 |
| 3.5 Aspectos éticos | 32 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 33 |
| 4.1 Caracterização dos participantes da proposta educativa | 33 |
| 4.2 Proposta educativa: primeiras oficinas..... | 34 |
| 4.3 Proposta educativa: as oficinas problematizadoras | 36 |
| 4.4 Pistas para ações com diabéticos na atenção básica..... | 46 |
| 4.4.1 Vigilância e acompanhamento dos diabéticos..... | 46 |
| 4.4.2 O dispositivo grupal para o cuidado do diabético | 47 |
| 4.4.3 Cuidado interdisciplinar | 49 |
| 4.4.4 Cuidado em rede | 51 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 53 |
| 6 PRODUTOS TÉCNICOS | 54 |
| 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 55 |
| ANEXO A – PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA..... | 60 |
| APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO | 63 |

| | |
|--|-----------|
| APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 64 |
|--|-----------|

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (Ferreira, 2013)..... | 22 |
| Figura 2 - Casas da região da Vila Gilda, bairro Radio Clube, Santos - SP..... | 23 |
| Figura 3 - Área urbanizada do bairro Radio Clube, Santos - SP | 24 |
| Figura 4 - Processo de levantamento dos DMID na UBS estudada (Santos, 2016) . | 29 |
| Figura 5 - Mapa do território construído pelos DMID (Santos, 2016) | 42 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Organização e descrição dos três encontros da primeira fase das oficinas com o DMID. | 30 |
| Quadro 2 – Organização e descrição dos quatro encontros da segunda fase das oficinas com os DMID..... | 31 |
| Quadro 3– Dificuldades no manejo do diabetes <i>mellitus</i> , segundo diabéticos insulino dependentes (Santos, 2016) | 34 |
| Quadro 4– Descrição das oficinas sobre manejo do diabetes mellitus insulino dependente (Santos, 2016)..... | 37 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente comunitário de saúde

AMBESP – Ambulatório de Especialidades

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DCNT – Doença(s) crônica(s) não-transmissível

DM – Diabetes *mellitus*

DM1 – Diabetes *mellitus* tipo 1

DM2 – Diabetes *mellitus* tipo 2

DMID – Diabetes *mellitus* insulínodépendente ou diabético sujeito da pesquisa

EPS – Educação popular em saúde

IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NPH – Insulina humana de ação intermediária

SEATESC - Seção de Atenção à Saúde da Comunidade

SISAM - Sistema Integrado de Saúde e Administração de Materiais

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Santos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UI – Unidade Internacional

RESUMO

Objetivo: Este estudo objetivou descrever e analisar oficinas problematizadoras para diabéticos insulino dependentes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) inserida em território vulnerável. **Método:** Trata-se de pesquisa-intervenção, com 14 diabéticos moradores do território, com média de idade 62,5 anos (mediana = 64 anos). Para seleção deste grupo utilizou-se o cadastro do Programa Hiperdia disponível na unidade, além de cadastro interno de insulino dependentes. Dos 291 usuários cadastrados como insulino dependentes, foram triados 126 devido à desatualização dos cadastros. Destes, 14 participaram do estudo. Os encontros foram organizados em formato de oficinas e no primeiro aplicou-se questionário socioeconômico e os participantes responderam à uma questão norteadora, a fim de elencar temas geradores pertinentes para o trabalho com o grupo. Nos encontros subsequentes esses temas foram aprofundados, a partir do conhecimento científico e saber popular, utilizando diversas estratégias como degustação de alimentos, vídeo, rodas de conversa, entre outras. Todos os encontros foram gravados e as transcrições analisadas segundo técnica de análise de conteúdo. **Resultados e Discussão:** As principais dificuldades no cuidado, relatadas pelos diabéticos, em resposta à pergunta norteadora foram: a alimentação restritiva, a relação com os profissionais de saúde, a insulino terapia e as questões socioeconômicas. Os temas geradores proporcionaram direção para o manejo das oficinas de intervenção. As estratégias utilizadas nessas oficinas proporcionaram abertura aos diversos saberes. A estratégia de degustação de alimentos proporcionou novos sabores ao paladar dos diabéticos, possibilitando melhor perspectiva com relação à dieta sem adição de açúcares. A partir do processo da pesquisa, surgiram como pistas para o cuidado de diabéticos insulino dependentes na atenção básica: 1. Vigilância e acompanhamento dos diabéticos; 2. O dispositivo grupal para o cuidado do diabético; 3. Cuidado interdisciplinar; 4. Cuidado em rede. Tanto as dificuldades relatadas quanto às pistas encontradas convergem com estudos em atenção primária e cuidado com diabéticos, principalmente quando se considera população em situação de vulnerabilidade. **Considerações Finais:** A utilização de oficinas para o cuidado de indivíduos diabéticos pode tornar o processo educativo mais horizontalizado, potencializando a troca de saberes entre os envolvidos, permitindo o manejo das intervenções a partir dos contextos do grupo e dos problemas enfrentados no cotidiano do indivíduo, família, comunidade e território. Acredita-se que a intervenção utilizando o compartilhamento de saberes torna-se potencializadora do autocuidado.

Descritores: Educação em Saúde. Diabetes *Mellitus*. Atenção Primária à Saúde. Autocuidado. Alimentação.

ABSTRACT

Objectives: The study aimed to describe and to analyze problem-based workshops conducted with insulin dependent diabetics from one primary health care unit, located in one vulnerable neighborhood. **Methods:** An intervention-research was conducted with 14 diabetics from this neighborhood, with mean age 62,5 years (median = 64 years). Participants were selected from the unit's Hiperdia System, and from the unit's internal register of insulin dependent diabetics. From 291 records, 126 were selected due to outdated registers. Of these, 14 participated in the study. The meetings were organized in workshops format. In the first meeting, participants answered a socioeconomic questionnaire and to the guiding question, in order to list generating topics. In the following meetings these topics were deepened considering scientific and popular knowledge. Several strategies were used, namely food degustation, videos, circle of conversation, among others. **Results and discussion:** According to the participants responses to the guiding question, the main difficulties in care were: restrictive diet, relationship with health care professionals, insulin therapy, and socioeconomic matters. These generating topics provided direction to the intervention workshops. The degustation strategies brought new flavors to the diabetics taste, enabling a better perspective regarding diet without added sugar. From the research process, clues to insulin dependent diabetics care in primary attention: 1. Diabetics surveillance and attendance; 2. Educational groups to the diabetic care; 3. Interdisciplinary care; 4. Intersectoral action care. The difficulties and clues found converge with previous studies regarding primary care and diabetes care, specially when considering vulnerable populations. **Final considerations:** The use of workshops in diabetes care can render an horizontalized education, and can potentiate the knowledge exchange between participants. It also allows the management of interventions in group contexts and from daily problems experienced by individuals, families, community and neighborhood. It is believed that knowledge exchange interventions can potentiate selfcare.

Keywords: Health Education. Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Self care. Diet.

1 INTRODUÇÃO

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica do século XX determinaram um perfil de risco aumentado para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que, por serem altamente prevalentes, de elevado custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo, assumiram papel importante e impuseram ônus crescentes para a saúde pública.⁽¹⁾

Em 2012, das 38 milhões de vidas perdidas em decorrência das DCNT, 16 milhões (ou 42%) foram mortes prematura e evitáveis⁽²⁾.

A mortalidade por DCNT estimada para o Brasil, em 2014, é de 74% de todas as mortes registradas. Destas, 6% está relacionada ao diabetes⁽³⁾. Entretanto deve-se considerar que a causa principal de morte relatada nas declarações de óbito muitas vezes não é a diabetes mellitus (DM), mas suas complicações, estando presentes principalmente as cardiovasculares e cerebrovasculares⁽⁴⁾.

O DM configura-se como epidemia mundial, representando grande desafio para os sistemas de saúde. O panorama das DCNT demonstrava, até bem pouco tempo, maior percentual de mortes relacionadas ao aparelho circulatório e respiratório, porém seu perfil tem-se modificado com aumento de casos de DM e câncer⁽⁵⁾. O DM é uma condição crônica não transmissível que atinge cerca de 6,2% da população brasileira com mais de 18 anos⁽⁶⁾.

O DM caracteriza-se pela disfunção do metabolismo da glicose devido a defeitos na secreção e/ou ação da insulina no organismo, que acarretam a hiperglicemia sanguínea, ou excesso de glicose no sangue. A hiperglicemia sanguínea pode acarretar disfunções e insuficiência em vários órgãos, especialmente os olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos⁽⁷⁾.

O DM pode ser classificado quanto a sua etiologia e por estágios da doença, como pré-clínica e clínica. As classificações mais comuns são o tipo 1 e 2 de DM⁽⁷⁾. O DM tipo 1 (DM1) já foi conhecido como diabetes juvenil, pela característica comum de apresentar sintomas na infância e adolescência. Cerca de 10% dos casos de DM são dessa classificação. Consiste na destruição das células β pancreáticas levando a perda total da função de sintetizar insulina. Esse tipo de DM é insulino obrigatório, ou seja, necessita obrigatoriamente da administração de insulina exógena⁽⁴⁾.

O DM tipo 2 (DM2) compreende cerca de 90% de todos os casos de diabetes, sendo mais comum em adultos. Em geral os portadores apresentam excesso de peso ou obesidade central (deposito de gordura na região abdominal). A maioria dos casos apresenta resistência à insulina com posterior defeito na secreção desse hormônio pela incapacidade do mecanismo de compensação⁽⁷⁾.

Medidas de prevenção reduzem significativamente a morbimortalidade por DM e constituem prioridades para a saúde pública. Na rede pública de saúde, cerca de 80% dos casos de DM2 podem ser atendidos predominantemente nos serviços de atenção básica, enquanto os casos de DM1 requerem maior participação de especialistas (atenção secundária ou terciária), em virtude da complexidade de seu acompanhamento⁽¹⁾.

O Ministério da Saúde⁽⁷⁾ considera que o cuidado de indivíduos diabéticos, tanto tipo 1 quanto tipo 2, deve ser coordenado pela atenção básica.

Recentemente algumas metas para contenção das DCNT, entre elas o DM, foram pactuadas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil para o período entre 2011 e 2022, baseadas em ações de promoção de saúde, cuidado integral, vigilância, informação, avaliação e monitoramento⁽⁵⁾.

O Ministério da Saúde também assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios, Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes, CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), focados na redução da morbimortalidade, por meio do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* e assim apoiar a reorganização da rede de saúde, com a melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos⁽⁸⁾.

Em 2002, foi disponibilizado no país um sistema de informações – o HIPERDIA⁽⁹⁾, que permitia o cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Em médio prazo, possibilitaria definir o perfil epidemiológico desta população⁽⁸⁾.

As informações do sistema puderam subsidiar as estratégias iniciais do Plano, porém atualmente a base de dados SISHIPERDIA do Ministério da Saúde está desativada, e será substituída pelo sistema e-SUS AB^(8,10). Essa transição ainda não

foi efetivada na Prefeitura Municipal de Santos, onde se realizou a pesquisa, porém a maioria das Unidades de Saúde ainda possui o cadastro interno dos pacientes.

A Prefeitura Municipal de Santos tem realizado esforços para alimentar uma base de dados própria que aproveita as informações já contidas nos cadastros antigos. Essa base de dados está sob responsabilidade da Seção de Atenção à Saúde da Comunidade (SEATESC) que também está desenvolvendo um protocolo municipal para manejo destes usuários.

A SEATESC é uma seção apoiadora da atenção básica composta por uma equipe multiprofissional. Atualmente a seção está sendo modificada/reestruturada em Núcleos de Apoio à Saúde da Família com vistas a aproximar a equipe multiprofissional das unidades da Estratégia Saúde da Família, mas uma parte dos profissionais continua com as atividades iniciais da Seção.

1.1 Especificidades do diabetes e do diabético

As necessidades dos indivíduos portadores de diabetes podem variar de acordo com o tipo de diabetes e com outros fatores.

As dificuldades impostas ao portador de DM1 vão desde a comensalidade – o ato social de comer – até o difícil controle dos níveis glicêmicos adequados – com episódios de hipo e hiperglicemia, com grande risco de coma e morte. A aplicação da insulina exógena, obrigatória, ainda exige que o portador seja bastante controlado e orientado a fim de realizar os ajustes de dosagem do hormônio de acordo com os níveis de glicemia capilar⁽⁴⁾.

Segundo o Caderno de Atenção Básica sobre DM, do Ministério da Saúde⁽⁷⁾, o DM1 deve ser acompanhada por especialista endocrinologista devido a sua alta complexidade. O profissional deve fazer o encaminhamento de imediato devido ao risco elevado de descontrole metabólico. Ainda assim, esses pacientes devem manter o contato próximo à atenção básica.

No DM2, a manutenção da glicemia fora dos valores desejados também pode causar coma e morte, quando os valores glicêmicos passam de 600mg/dL. Para o controle desses valores, assim como no DM1, existem restrições alimentares, necessidade da prática de atividade física, além do monitoramento dos valores de

glicemia⁽⁷⁾. Além dessas dificuldades, a introdução de insulina no tratamento enfrenta resistência do portador e seus familiares⁽⁴⁾.

Glicemia capilar é um exame utilizado como coadjuvante no processo de diagnose e é recurso muito importante para o monitoramento rotineiro da doença, servindo de base até para ajustes de dose de insulina^(7,4).

A introdução da insulina no tratamento é descrita por Souza⁽¹¹⁾ como um momento de apreensão para o diabético e alguns médicos, trabalhadores da atenção básica de Porto Alegre, relatam a recusa de vários usuários em iniciar a terapia insulínica.

A abordagem do DM é um campo importante para atuação dos profissionais da atenção primária, onde se pode desenvolver a promoção de saúde para indivíduos com risco aumentado para desenvolvimento da doença; a detecção precoce de casos, por meio de exames de rotina; a manutenção do suporte a cronicidade do diabetes, considerando insumos, acompanhamento profissional e educação em saúde, entre outras atividades⁽⁷⁾.

1.2 O cuidado na perspectiva da atenção primária à saúde

A atenção primária em saúde (APS) é constituída por ações voltadas a promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, reabilitação e redução de danos, em âmbito individual e coletivo. Seus equipamentos são alocados em regiões próximas aos domicílios dos usuários e é preconizado que este nível de atenção seja a porta de entrada para a rede de cuidado à saúde. A singularidade dos indivíduos e seu contexto socioeconômico e cultural são aspectos para o exercício das ações em saúde, com vistas ao cuidado integral⁽¹²⁾.

Dentro das ações desenvolvidas nos equipamentos de APS está a educação em saúde. A produção de práticas de educação mais horizontalizadas e dialógicas é apoiada pelo Ministério da Saúde e pode configurar estratégias mais efetivas no âmbito da promoção de saúde quando baseadas nas relações com o indivíduo, família e comunidade⁽¹³⁾.

O Ministério da Saúde lançou, em 2007, o Caderno de Educação Popular em Saúde, pautado nos conceitos de participação e autonomia que configuram a

proposta de teoria “libertadora”, no sentido de eximir o educando da posição de inferioridade, proporcionando-lhe condições de interpretar criticamente os discursos e se posicionar⁽¹⁴⁾.

No âmbito da educação, o debate moderno em torno do tema remonta ao processo dialógico de ensinar contido na filosofia grega, que preconizava a capacidade do educando de buscar resposta às suas próprias perguntas, exercitando, portanto, sua formação autônoma⁽¹⁵⁾.

Com relação ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de busca da autonomia dos sujeitos está contido nas relações com o profissional de saúde e no posicionamento desse profissional diante desse conceito.

Existem estudos que buscam caracterizar o comportamento ideal para os portadores de DM, se debruçando nos dificultadores da adesão ao tratamento, podendo indicar a verticalização da relação de cuidado. No presente estudo importa salientar que o termo adesão é usado no contexto de um sujeito capaz de adquirir atitudes para melhoria do autocuidado e não na aceitação simplista de prescrições.

Gastal et al.⁽¹⁶⁾ refere o processo de melhoria do autocuidado como sendo fruto de crenças, objetivos, influência e motivação individuais. Partindo desse paradigma, alguns autores se empenham em desvendar quais as formas mais eficazes no ensino-aprendizagem, a partir de referenciais teóricos da Pedagogia, que podem ser estendidos à educação em saúde^(8,14,17).

Depreende-se então que nem sempre a falta de informação é o que acarreta o enfrentamento da doença, sendo a busca pela melhoria desse enfrentamento um desafio para a atenção básica em saúde.

Ao pensar articulações possíveis no contexto da atenção básica, pode-se considerar a importância da educação popular na busca da melhoria do cuidado em saúde. Gomes e Merhy⁽¹³⁾ consideram que a educação popular em saúde (EPS) busca uma intensificação da participação popular a fim de maior democratização do sistema de saúde. A EPS também colabora com a educação em saúde no que se refere ao posicionamento frente aos significados pessoais/coletivos em uma relação recíproca de poderes e saberes frente aos profissionais.

Freire⁽¹⁷⁾ afirma que a mera informação de um agente nocivo à saúde não garante a mudança comportamental, mas esta acontece a partir da assunção do

risco que se corre na prática nociva e efetivamente na prática da abstenção daquele agente.

Paulo Freire inspirou debates sobre educação popular em saúde nos primeiros movimentos relacionados ao tema, desencadeados por profissionais de saúde, lideranças sociais e pesquisadores, no que se desdobrou na Articulação Nacional de Educação Popular, em 1991, a partir do I Encontro de Educação Popular em Saúde⁽¹³⁾.

Alguns aspectos do pensamento de Freire, bastante relevantes para a educação em Saúde, são: a abertura para o diálogo entre profissional e usuário, desvencilhando-se da imagem vertical de cuidado, além da politização a partir da corresponsabilização das ações a serem desenvolvidas em benefício da saúde individual e coletiva, o fomento a consciência crítica, com valorização da autonomia dos indivíduos atendidos^(17,18).

As reflexões de Freire podem requerer um estudo mais profundo sem ainda se esgotarem as interpretações para o campo da saúde, no entanto, a presente pesquisa procurou estabelecer estes como pontos principais no manejo das oficinas, a fim de possibilitar uma abordagem integral dos indivíduos.

Assim, o estabelecimento de novas condutas terapêuticas pode ser mais adequado a partir do posicionamento do indivíduo frente a determinado assunto ou condição de saúde e da percepção sobre os pontos críticos sob os quais se pode intervir e quais são intransponíveis, pois a decisão de aderir a um tratamento, a uma dieta ou a hábitos de vida diferentes é exclusiva do indivíduo⁽¹⁴⁾.

1.3 Vulnerabilidade

O processo de saúde-adoecimento-cuidado é influenciado pelos determinantes sociais de saúde que incluem fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que atuam na saúde e nos fatores de risco à saúde. Sabe-se que apesar das escolhas serem individuais e relacionadas ao arbítrio pessoal, são fortemente influenciadas por fatores externos^(19,20).

Portanto, a questão da vulnerabilidade da região estudada parece ser um aspecto importante para o contexto de saúde daquela população.

Segundo Feito⁽²¹⁾, vulnerabilidade é um conceito bastante complexo, que atende a âmbitos muito divergentes, estendendo-se até mesmo a conceitos da informática. Acima de tudo está sua relação com a existência humana e, atualmente, também considera fatores ambientais, sociais e outros concernentes ao meio:

(...) la vulnerabilidad se ha ido asociando no sólo con lãs condiciones del individuo sino, cada vez más, con las condiciones del médio (ambientales, sociales o de otro tipo) en que su vida se desarrolla, dando lugar a La necesidad de incorporar los aspectos socioculturales en la comprensión de este concepto.¹

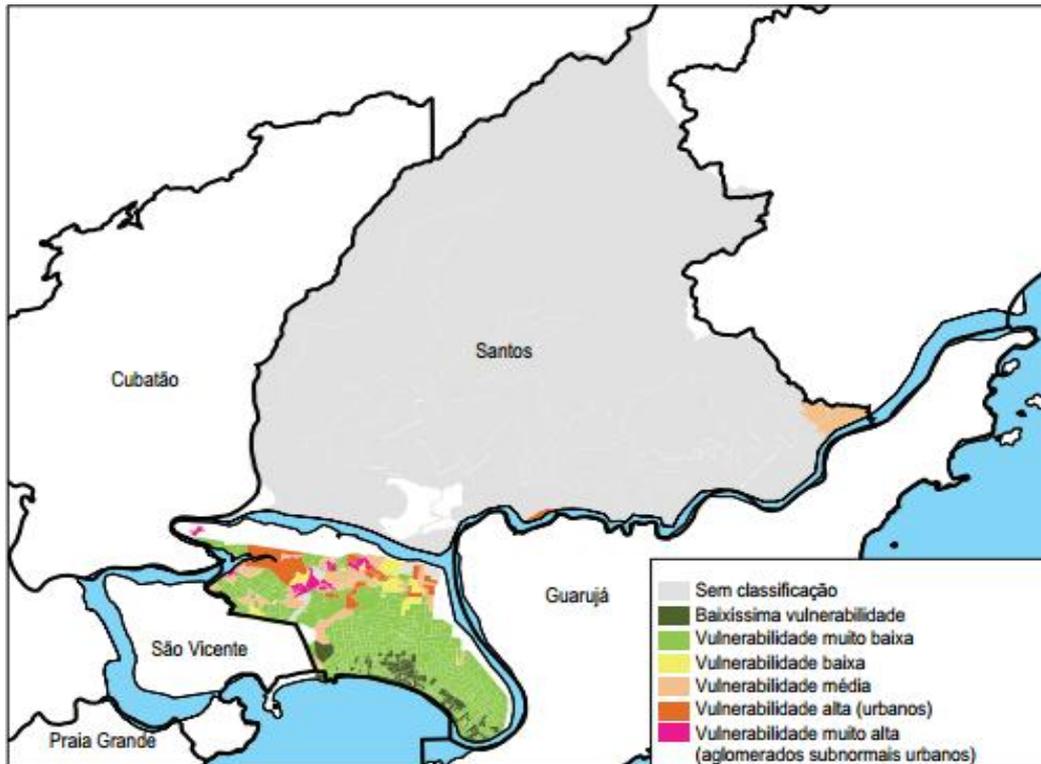
Feito⁽²¹⁾ refere-se as “populações vulneráveis” como grupos de pessoas que, em decorrência de condições precárias de vida, estão mais susceptíveis a danos, indicando que o termo tem sido mais evidenciado a partir de questões bioéticas.

Nesse contexto, faz reflexões acerca do que é vulnerabilidade sócio-política e vulnerabilidade antropológica, em que esta consiste na fragilidade biológica ou psíquica, intrínseca, e aquela, na fragilidade proporcionada pelo ambiente em que vive o indivíduo, como por exemplo, grupo, gênero, localidade, condição socioeconômica, etc⁽²¹⁾.

A Baixada Santista (região metropolitana de Santos) possui 17,2% setores censitários classificados como alta e muito alta vulnerabilidade urbana, segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), que considera os fatores socioeconômicos (como renda e escolaridade) além da composição familiar (como idade e gênero do chefe de família e presença de crianças pequenas)⁽²²⁾.

Santos possui grande porcentagem da população entre os melhores índices de vulnerabilidade urbana (cerca de 80 % da população reside em locais de baixa ou muito baixa vulnerabilidade), todavia 5,4% de sua população reside em área de vulnerabilidade muito alta⁽²²⁾.

¹ Tradução: (...) a vulnerabilidade foi se associando não apenas com as condições individuais mas, cada vez mais, às condições do meio (ambientais, sociais ou de outro tipo) em que a vida se desenvolve, dando espaço a incorporação de aspectos socioculturais na compreensão desse conceito.



Fonte: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (Ferreira, 2013)

Figura 1- Índice Paulista de Vulnerabilidade Social de Santos - SP

A vulnerabilidade em saúde começou a ser estudada na década de 1990, em decorrência da epidemia de HIV/ AIDS. Na época, visava-se a atenção integral aos portadores e a mobilização social com base nos Direitos Humanos⁽²³⁾.

Malagón-Oviedo e Czeresnia⁽²³⁾, em revisão sistemática sobre o conceito de vulnerabilidade em saúde, apontaram muitas divergências e até antagonismos conceituais, bem como diversas lacunas na utilização do termo. Descreveram essas divergências por meio de estudos que tratam da vulnerabilidade a partir de determinantes históricos ou causais (ex: mulheres negras em situação de pobreza), a partir da presença simultânea de vários tipos de ameaças (ex.: sociais, políticas etc), a partir do déficit de capacidade social (pobreza ou déficit de autonomia na realização de tarefas cotidianas), ilustrando a polissemia que o termo vulnerabilidade tem assumido.

Nesse contexto polissêmico, considerou-se que a vulnerabilidade do território estudado se dá pelos contextos socioeconômico, político, de acesso a bens e serviços de saúde e de alto nível de criminalidade local.

Mendes et al.⁽²⁴⁾ descreve que a região estudada nessa investigação é: “(...) uma área em que grande parte da população vive em condições precárias de vida, com submoradias construídas sobre palafitas sob o Rio Bugre, sem instalações sanitárias adequadas, entre outros problemas”. Também aponta a violência frequente, pouco citada pelos moradores locais, ainda que frequentemente existam intervenções policiais principalmente devido ao tráfico de drogas.



Fonte: Favelas urbanas e desfavelamento. Foto de Alexander Ferraz (2013)

Figura 2 - Casas da região da Vila Gilda, bairro Radio Clube, Santos - SP

A região estudada também possui áreas menos precárias, com construções em alvenaria, saneamento e pavimentação, todavia essa área possui menor densidade demográfica em comparação à área mais vulnerável.



Fonte: <http://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2012/12/em-fila-indiana-cavalos-sao-flagrados-andando-sozinhos-por-rua-de-santos.html>

Figura 3 - Área urbanizada do bairro Radio Clube, Santos - SP

Cabe ainda ressaltar que a população da região estudada é considerada bastante passiva, uma vez que as lideranças locais referem a dificuldade de articular pessoas da região e de se aproximar da comunidade que pouco participa das reuniões de moradores: “uma sociedade marcada por profundas desigualdades sociais apresenta também desigualdades e dificuldades referentes à participação do cidadão na vida pública”⁽²⁴⁾.

Considerando a elevada prevalência de DM e as implicações do autocuidado para o controle glicêmico e a prevenção de complicações, bem como o papel de capilaridade das ações de promoção de saúde e prevenção de doença que ocorrem na atenção primária à saúde, justifica-se este estudo.

2 OBJETIVO

Descrever e analisar oficinas problematizadoras para diabéticos insulino dependentes atendidos em uma unidade básica de saúde inserida em território vulnerável.

3 METODO

O desenho do estudo está dividido em cinco tópicos, descritos a seguir.

3.1 Delineamento do estudo

Este estudo se dá a partir da tentativa de compreender aspectos relacionados ao cuidado de indivíduos diabéticos insulino-dependentes em um equipamento de atenção básica, em região de elevada vulnerabilidade e na perspectiva de uma intervenção em grupo.

Para Minayo⁽²⁵⁾:

Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos.

Para atender aos objetivos pretendidos, utilizou-se a metodologia da pesquisa-intervenção, devido à possibilidade de interação entre pesquisador e sujeito, em proporção igualitária, de maneira a permitir a troca contemplada nos conceitos da educação popular em saúde, bem como, permitir a obtenção de dados provenientes dessas interações, refletindo a realidade dessa população. A pesquisa-intervenção também se desdobra no processo de efetivação do cuidado entre profissional e usuário uma vez que traz a abertura necessária às intervenções de cunho científico para correção de possíveis conhecimentos distorcidos do indivíduo pesquisado⁽²⁶⁾.

A pesquisa-intervenção permite uma atuação transformadora da realidade sociopolítica, conforme discutido por Rocha⁽²⁶⁾: “de ordem micropolítica na experiência social”.

Passos e Barros⁽²⁷⁾ afirmam que: “neste contexto onde se atravessam clínica e política, pesquisa e ação, a palavra intervenção se junta à pesquisa não para substituir a ação, mas para produzir outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto”.

A proposta de oficinas favorece a discussão e produção cooperativa de meios de vida, distanciando-se das especialidades e hierarquias de saberes. Trata-se de um trabalho compartilhado de criação, em busca de possíveis maneiras de manejar o cuidado. Afonso⁽²⁸⁾, sugere que oficina:

(...) é um trabalho estruturado com grupos, independente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na oficina não se restringe a uma reflexão racional mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir.

Para a autora, o uso da metodologia de oficinas pode ser útil para área da saúde por considerar não somente o aspecto pedagógico, mas o terapêutico, a partir da afetividade e experiências de vida⁽²⁸⁾.

No presente estudo, buscou-se desenvolver uma relação dinâmica entre pesquisador-pesquisado, determinando os caminhos da investigação na medida em que os temas das oficinas emergiam dos encontros, coletivamente, considerando as demandas e singularidades do grupo de DMID e dos participantes.

3.2 População e local de estudo

Foi realizado levantamento de usuários diabéticos insulíndependentes (DMID), da UBS do Radio Clube, localizada na região noroeste de Santos, SP.

Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: ser diabético insulíndependente; residir na área de abrangência da UBS; estar inscrito no Programa Hiperdia e retirar os insumos regularmente na UBS; ter disponibilidade para participar das oficinas.

O levantamento dos participantes desta investigação foi realizado com base nas seguintes fontes de dados: a) cadastro de insulino dependentes, disponível na UBS, b) informações sobre a retirada de insumos, c) Sistema Integrado de Saúde e Administração de Materiais (SISAM).

Participaram da pesquisa 13 diabéticos insulino dependentes tipo 2 e 1 diabético insulino dependente tipo 1.

3.3 Coleta de dados

Este estudo foi realizado em duas etapas, a saber:

Etapa 1– Levantamento dos participantes do estudo

Inicialmente foi realizado levantamento de DMID que recebiam insumos na UBS, listados em uma pasta de controle, de alimentação manual, disponível na unidade, no setor de dispensário de medicação e insumos. O cadastro continha informações como nome do usuário, data de nascimento, número de cartão SUS (CNS), número de controle (que o usuário guardava para que, ao vir retirar os insumos, fosse localizada sua ficha).

A pasta com as fichas de cadastro era organizada pelos números de controle, no total de 291 DMID. O referido cadastro, no momento do estudo, encontrava-se desatualizado. A figura a seguir demonstra o processo de atualização dos dados até o número final de sujeitos convidados para as oficinas.

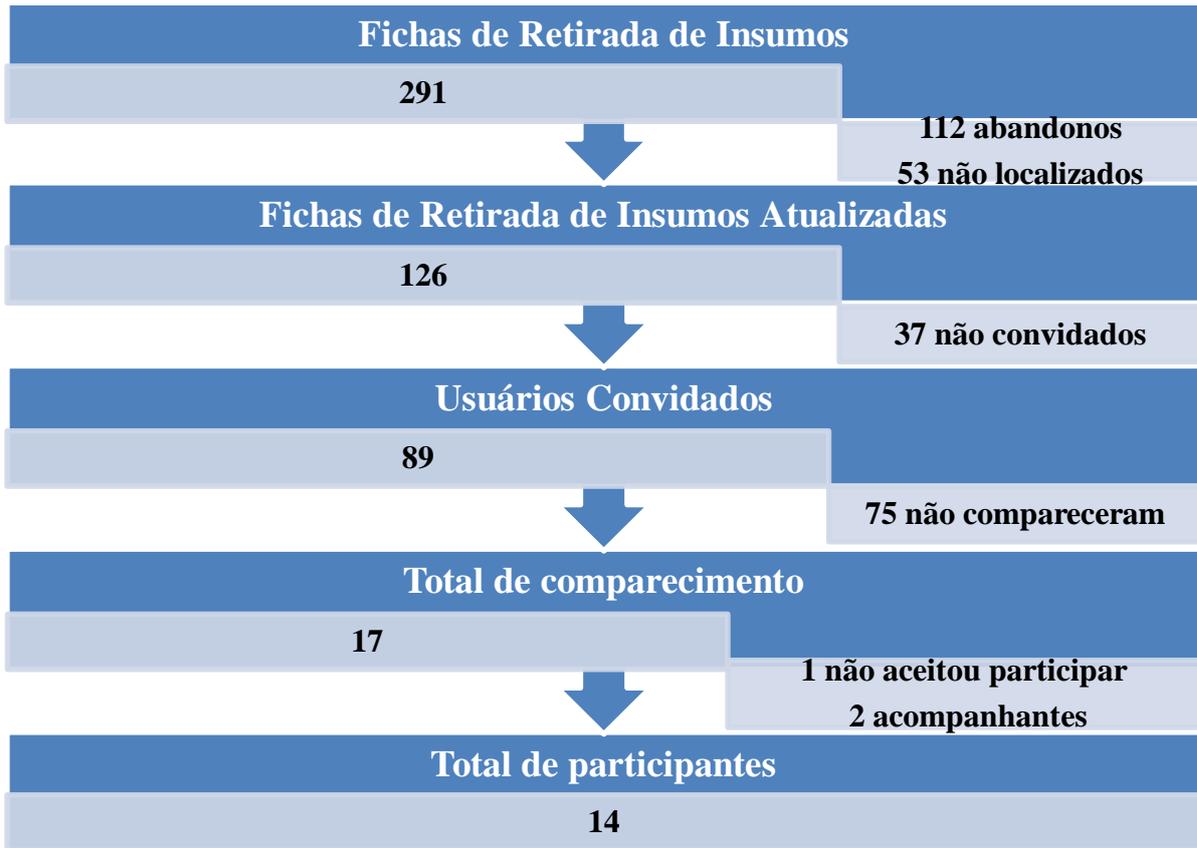


Figura 4 - Processo de levantamento dos DMID na UBS estudada (Santos, 2016)

Dos 291 diabéticos cadastrados, foram identificados os abandonos, entendidos como os DMID que estavam há mais de 1 ano sem retirar insumos (n=112) e não localizados (n=53). Os não localizados referiram-se aos DMID que mudaram de residência estando fora da área de abrangência da UBS, com fichas com preenchimento incompleto que inviabilizava localizar o indivíduo por meio do sistema de informação disponível na Prefeitura de Santos, fichas com homônimos, fichas que continham apenas o número de controle, além dos óbitos.

O passo seguinte foi realizar uma reunião com as agentes comunitárias de saúde (ACS) a fim de explicar a finalidade do projeto, das ações em grupo com os DMID e incluí-las no processo, para a distribuição dos convites impressos para as oficinas. Cabe ressaltar que não havia atividades em grupo para os hipertensos e diabéticos no equipamento, sendo esta uma demanda recorrente dos usuários para as ACS o que levou a rápida adesão destes profissionais à proposta.

Dos 126 convites impressos, apenas 89 foram entregues. Os 37 convites não entregues corresponderam, segundo os ACS, aos óbitos que ocorreram após o

primeiro levantamento, pessoas que mudaram de casa, endereços incompletos, casas fechadas no momento da visita domiciliar, pessoas acamadas/com mobilidade restrita, recusas, pessoas com alguma atividade no horário dos encontros.

Dos 89 DMID convidados, 79,78% (n=71) era do sexo feminino, com idade variando entre 20 e 87 anos. Desse total apenas 17 compareceram aos encontros, sendo 14 DMID, 2 acompanhantes e 1 (uma) pessoa que, por ser cuidadora do esposo acamado, não quis participar da pesquisa.

Etapa 2 – Realização das oficinas

Esta etapa consistiu em intervenção no formato de grupos de educação em saúde aqui denominados oficinas problematizadoras, dividida em duas fases (primeiras oficinas e oficinas de intervenção).

Primeiras Oficinas: definindo os temas geradores

Para a realização da primeira fase das oficinas, cada ACS entregou cerca de 30 convites para os encontros nas datas 29, 30 e 31 de julho de 2014.

Estes encontros tiveram objetivaram informar sobre a pesquisa e seus objetivos, realizar a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e iniciar a intervenção a partir de uma pergunta norteadora a fim de estabelecer os temas geradores para próxima fase. Também foi aplicado questionário envolvendo aspectos socioeconômicos, dados clínicos e estilo de vida (Apêndice A).

Quadro 1 – Organização e descrição dos três encontros da primeira fase das oficinas com o DMID.

| Primeira Oficina | Tema principal | Data e participantes |
|----------------------------------|--|---|
| Dificuldades no manejo da doença | Questão norteadora Quais as principais dificuldades que você enfrenta no tratamento da DMID? | 29/07/2014 4 DMID e 1 acompanhante não DM |

| | | |
|--|---|--|
| | <p align="center">Objetivos</p> <p align="center">Elencar os temas geradores a partir da vivência do portador de DMID.</p> | <p align="center">30/07/2014</p> <p align="center">4 DMID</p> |
| | | <p align="center">31/07/2014</p> <p align="center">8 participantes*, 6 DMID e 1 acompanhante DM não insulino dependente</p> |

*uma desistente pela indisponibilidade em comparecer aos encontros

Oficinas de intervenção

As oficinas de intervenção procuraram atender aos temas gerados nos três encontros da primeira fase. Nesta etapa foram realizados 4 encontros, agendados conforme a disponibilidade dos participantes. Cabe ressaltar que, ainda que as datas e horários tenham sido programados de comum acordo, os grupos formados foram heterogêneos, pois alguns indivíduos faltaram em algumas datas e compareceram em outras.

Quadro 2 – Organização e descrição dos quatro encontros da segunda fase das oficinas com os DMID.

| | Tema principal | Data e participantes |
|-------------------------------|---|---|
| Oficina de intervenção | Alimentação e alteração glicêmica | Oficina A - 06/08/14 3 participantes |
| | | Oficina B - 11/08/14 3 participantes |
| | Hábitos alimentares, saber popular e alimentação, aspectos emocionais e alterações glicêmicas | Oficina C - 18/08/14 3 participantes |
| | Alimentação, aspectos emocionais e alterações glicêmicas | Oficina D - 25/08/14 4 participantes |

Cada encontro, das duas fases das oficinas, teve a duração de 45 a 60 minutos e o número de participantes variou de 3 a 8, mais um moderador e um

observador. Ressalta-se que esse número de participantes correspondeu à estrutura física disponibilizada pela UBS e foram mediadores das oficinas uma enfermeira e uma graduanda em Nutrição. As oficinas foram gravadas e transcritas. O moderador e/ou observador também realizaram anotações e diário de campo que consistiram documentos auxiliares para análise dos dados.

3.4 Análise dos dados

Os dados quantitativos do questionário, para a caracterização dos participantes das oficinas, foram analisados por meio de medidas de frequência e tendência central.

As transcrições das oficinas foram analisadas segundo técnicas de análise de conteúdo, nas quais os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso são caracterizados pela presença de determinados temas. Na prática, identificam-se núcleos de sentido presentes na comunicação, cuja frequência aponte para algo relacionado ao objetivo em análise⁽²⁹⁾.

A análise dos depoimentos das oficinas permitiu a construção de categorias relacionadas às dificuldades do manejo do DMID, a saber: alimentação, insulinoterapia, aspectos socioeconômicos e relação profissional/diabético.

Quanto à identificação dos indivíduos, optou-se por não realizar a diferenciação dos autores das falas devido à dificuldade de identificação no momento de transcrição, especialmente nos momentos em que havia muitas falas simultâneas. Outra questão se refere à relevância da dinâmica coletiva do processo das oficinas, na qual os sujeitos traziam vivências singulares e compartilhavam não só questões comuns, como também estratégias de manejo da doença.

3.5 Aspectos éticos

Este estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos - SMS e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal de São Paulo, (protocolo número 727755 de 30/07/2014) (ANEXO A). Todos os participantes assinaram TCLE (Apêndice B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o método de pesquisa-intervenção, a apresentação dos resultados está apresentada juntamente com a discussão.

4.1 Caracterização dos participantes da proposta educativa

Dos 14 participantes das primeiras oficinas, 93% era do sexo feminino, com idade variando entre 41 e 84 anos (mediana = 64 anos). A maioria dos participantes referiu ser da cor parda (47%). Quanto à escolaridade, 36% referiu ter estudado mais de 5 anos e 21% referiu não ter estudado.

Em relação aos hábitos de vida, nenhum dos participantes referiu ser fumante no momento da pesquisa e 2 (dois) afirmaram ser ex fumantes. Apenas um participante informou consumir bebida alcoólica raramente. Metade dos participantes relatou realizar atividade física regular.

Quanto as variáveis relacionadas à alimentação, 36% referiu realizar três refeições diárias, 21% quatro refeições e 43% cinco refeições. Metade dos participantes afirmou ter consumido bebida açucarada na última semana.

O índice de massa corpórea variou entre 20 e 39 kg/m² (mediana = 32kg/m²)².

Dos participantes 71% relatou ser também hipertenso e 71% referiu histórico familiar de DM. O tempo de convívio com a doença variou entre 3 e 40 anos (mediana = 16 anos) e o tempo de insulino terapia entre 1 e 20 anos (mediana = 3 anos).

Quanto aos serviços de saúde 79% referiu atendimento na UBS, 79% no Ambulatório de Especialidades (AMBESP), 14% no hospital e 21% no Pronto Socorro. Em condições de crise hiperglicêmica e/ou hipertensiva, 57% procura um hospital/Pronto Socorro, enquanto 21% se automedica ou não faz nada.

Dos participantes, 71 % fazia acompanhamento na UBS concomitante ao AMBESP, uma vez que os indivíduos em insulino terapia atendidos na SMS de

² Valores de IMC: menor de 18,5 baixo peso; 18,5-24,9 normal; 25-29,9 sobrepeso; acima de 30 obesidade.⁽⁵¹⁾

Santos também são acompanhados pelo endocrinologista do nível secundário de atenção.

4.2 Proposta educativa: primeiras oficinas

A realização das primeiras oficinas proporcionou o contato com a realidade dos participantes. Isso se deu a partir das considerações pessoais sobre as dificuldades no manejo do DM, conforme apresentado no Quadro 3:

Quadro 3– Dificuldades no manejo do diabetes *mellitus*, segundo diabéticos insulino dependentes (Santos, 2016)

| Ideia Central | Discurso |
|--|--|
| Relacionadas à alimentação restritiva, substituição de açúcar por adoçante e comensalidade | <p><i>"A nutricionista cortou tudo. 'Fecha a boca, fecha lanche. Não vai tomar refrigerante, não vai poder comer bolo... Nada!"</i></p> <p><i>"No começo eu chorava. Mandaram eu tomar café com aquele adoçante. Chorava!"</i></p> <p><i>"a minha mãe ela não vai, assim, em aniversário. Ninguém pode chamar que ela não vai. Diz assim: "eu não gosto, não como nada. Não vou."</i></p> <p><i>"é difícil porque eu preciso comer arroz integral. Meu marido com a minha filha já não gostam de arroz integral (...) tem que fazer 2 panelas de comida"</i></p> |
| Relacionadas ao contato com o profissional ou acesso ao serviço de saúde | <p><i>"Ele [médico] meteu medo"</i></p> <p><i>"sempre era um horário [de consulta com nutricionista] que não dava pra mim ir"</i></p> <p><i>"Quem tem plano [de saúde] é bom, mas quem não tem..."</i></p> |
| Relacionadas a insulino terapia | <i>"A picada da injeção!"</i> |
| Relacionadas a questões socioeconômicas | <i>"Então, pra gente seguir mesmo a dieta que eles pedem, eu mesmo não tenho condições [financeiras] de seguir as dietas"</i> |

O manejo da alimentação aparece como uma das dificuldades mais evidentes apontadas pelos DMID, vivenciadas desde o diagnóstico. No que tange à

alimentação, os depoimentos apontam dificuldades relacionadas às restrições alimentares “*a nutricionista cortou tudo*”, à substituição de açúcar por edulcorantes “*mandaram eu toma café com aquele adoçante. Chorava!*” e ao convívio social “*eu não gosto, não como nada. Não vou.*”

As falas dos participantes demonstraram que a restrição alimentar os coloca em um lugar diferenciado na família, quando explicitam a falta de apoio familiar para seguir a dieta, bem como o desejo de consumir os alimentos “proibidos” - “*às vezes eu abuso mesmo. Ainda mais quando eu vou num aniversário. Aí eu abuso! Salgadinho, salgadinho!*”

Esses fatores, relacionados à comensalidade, também aparecem em estudo com mulheres diabéticas tipo 2, do município de Ribeirão Preto/ SP, evidenciando a alimentação como algo além da ingestão de nutrientes, carregado de significados culturais.

Na sociedade brasileira, praticamente não existe festa sem farta provisão de comida. A alimentação permeia diversas relações sociais, como casamentos, aniversários, batizados, ocasiões fúnebres, reuniões familiares, políticas e religiosas. Em volta da mesa se organizam as confraternizações, são transmitidos valores e crenças, são reforçados os vínculos e as trocas afetivas.⁽³⁰⁾

Os profissionais de saúde parecem não considerar a perspectiva da comensalidade em suas orientações relacionadas à dieta. Pontieri e Bachion⁽³¹⁾, em estudo com diabéticos tipo 2 de um ambulatório de Goiás, apontaram que as prescrições dietéticas voltadas aos diabéticos são restritivas e impositivas, considerando que o profissional, em busca de adesão à terapêutica, usa expressões simplistas e proibitivas.

Silva et al.⁽³²⁾, em estudo de seguimento durante 30 meses com diabéticos e/ou hipertensos, consideraram que a dieta restritiva traz conflitos constantes para o indivíduo pois repercute no prazer da comensalidade, nos relacionamentos sociais e na própria percepção das necessidades do corpo.

O distanciamento entre profissional e usuário é bem evidenciado na fala: “*Ele [médico] meteu medo*”, que pode indicar um posicionamento hierárquico presente na consulta individual. Ribeiro et al.⁽³³⁾ afirmam que a redução desse distanciamento é um desafio para profissionais e serviços e deve-se encontrar práticas mais próximas as realidades dos indivíduos atendidos.

Outra questão é a falta de acesso aos serviços: *“sempre era um horário [de consulta com nutricionista] que não dava pra mim ir” e “Quem tem plano [de saúde] é bom, mas quem não tem...”*, o que pode se referir a falta de flexibilidade dos equipamentos de saúde em oferecer seus serviços quando há restrições de horário para o usuário e também a ausência de atendimento adequado no sistema público de saúde

No discurso dos diabéticos também aparece como dificuldades a aplicação rotineira da insulina (injeção subcutânea) - *“a picada da injeção!”*. As falas se relacionaram ao incomodo da aplicação das injeções diárias que parece ser permeado por um possível conceito distorcido sobre o efeito da insulina no organismo - *“ela [insulina] deixa a gente assim parece que meio atrapalhada, muito lenta”* e efeitos desagradáveis após a aplicação da insulina – *“aqui é o melhor lugar que tem pra aplicar, mas fica duro, parece que não enxerta direito, ficava uma massa por dentro, fica duro assim”*.

Souza e Zanetti⁽³⁴⁾ descrevem como complicações cutâneas locais da aplicação de insulina o eritema (vermelhidão no local de aplicação), variações na estrutura lipídica do tecido subcutâneo (formação de massas palpáveis, de gordura e tecido fibroso, ou mesmo lesões de fundo imunológico), além de nódulos e hematomas relacionados a trauma pela agulha.

Silva et al.⁽³²⁾ apontaram que, entre os diabéticos, há o reconhecimento sobre a necessidade de aplicação de insulina, citada como “sagrada”. Todavia existem conflitos internos relacionados à agressão ao corpo pela injeção rotineira, os compromissos com horários e a imagem da autoaplicação na presença de amigos e familiares.

No que tange ao contexto socioeconômico, apontado pelos DMID, não se pode ignorar as questões financeiras na aplicabilidade de uma dieta prescrita, e cabe ao profissional a condução de um processo dialógico para o estabelecimento de uma dieta exequível, uma vez que *“parece haver uma imensa distância entre a dieta prescrita e aquela que é possível realizar”*⁽³⁰⁾.

4.3 Proposta educativa: as oficinas problematizadoras

As oficinas, descritas no Quadro 4, indicam que os encontros tiveram temas relacionados à alimentação muito presentes, considerando que esta foi a dificuldade mais evidenciada pelos diabéticos.

Quadro 4– Descrição das oficinas sobre manejo do diabetes mellitus insulino dependente (Santos, 2016)

| Oficina/ Data | Tema | Objetivo | Estratégias |
|--------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A 06/08/14 | Alimentação e alteração glicêmica | -Relacionar a alimentação às alterações na glicemia. -Relacionar os níveis glicêmicos aos sintomas descritos nas primeiras oficinas. -Esclarecer dúvidas sobre a alimentação. | 1. Vídeo ⁽³⁵⁾ sobre os alimentos que alteram a glicemia, mecanismo de ação da insulina e glicemia do diabético, apoio familiar; 2. Desenho do esquema da circulação sanguínea com o “transito” da glicemia e lesões de órgãos alvo em lousa branca; 3. Demonstração, usando peças Lego®, da quebra do carboidrato dentro do organismo; 4. Degustação de suco laranja lima e mousse de mamão com aveia. |
| B 11/08/14 | Alimentação e alteração glicêmica | -Relacionar a alimentação às alterações na glicemia. -Relacionar os níveis glicêmicos aos sintomas descritos nas primeiras oficinas. -Esclarecer dúvidas sobre a alimentação. | 1. Demonstração da viscosidade do sangue usando seringa, agulha 30x7, óleo e água. Os participantes aspiravam na seringa o óleo e a água e desprezavam os dois em seguida, percebendo a diferença na resistência dos dois líquidos – analogia ao sangue hiperglicêmico no bombeamento cardíaco; 2. Desenho de esquema da circulação sanguínea com o “trânsito” da hiperglicemia e lesões de órgãos alvo em lousa branca; 3. Demonstração, usando peças Lego®, da quebra do carboidrato dentro do organismo; 4. Degustação de suco laranja lima e mousse de mamão com aveia. |
| C | Hábitos | -Discutir o saber | 1. Roda de conversa sobre o |

| | | | |
|---------------|---|---|--|
| 18/08/14 | alimentares e saber popular | popular sobre alimentos e diabetes (uso de farinhas e água de quiabo, por exemplo). -Descrever os locais no território frequentados pelos DMID. | saber leigo no tratamento do DMID; 2. Construção coletiva de mapa contendo os locais frequentados pelos participantes; 3. Diálogo com convidada DMID para compartilhar experiência com a doença; 4. Degustação de brigadeiro e beijinho dietéticos. |
| D 25/08/14 | Alimentação Aspectos emocionais e alterações glicêmicas | -Discutir a relação entre alteração na glicemia e fatores emocionais. -Apresentar os grupos de alimentos e o papel das fibras no controle glicêmico. | 1. Desenho dos grupos de alimentos em lousa branca; 2. Roda de conversa sobre a relação entre fatores emocionais e a DMID; 3. Diálogo sobre avaliação das oficinas; 4. Degustação de cocada e bolo de fubá dietéticos. |

As oficinas A e B abordaram o mesmo tema usando estratégias diferentes após avaliação do primeiro encontro. A mudança da estratégia ocorreu devido a pouca interação na discussão sobre o vídeo. Ainda que a abordagem tenha sido avaliada como acessível aos diabéticos, o vídeo foi pouco disparador de diálogo e reflexões, especialmente para um público acostumado com abordagens mais verticalizadas dos profissionais. Cabe ressaltar que a desconstrução de condutas profissionais mais impositivas e menos dialógicas foi ocorrendo gradualmente, durante as oficinas.

Ainda que as primeiras oficinas tenham se debruçado sobre a pergunta norteadora com o intuito de obter elementos para a proposta dos encontros seguintes, diversos mecanismos de enfrentamento da doença e do controle da glicemia foram relatados pelos participantes em todos os encontros, além de peculiaridades relacionadas ao território. Neste sentido, o conteúdo das conversas nas oficinas trouxe, a todo o momento, relatos de dificuldades e formas de manejo relacionadas à doença.

Considerando ser o tema mais evidenciado na primeira oficina, as abordagens referentes à alimentação apareceram mais de uma vez nos encontros subsequentes, sendo explorados como temas os grupos alimentares, com ênfase

aos carboidratos e, entre estes os açúcares, aumento glicêmico relacionado à alimentação, bem como o papel das fibras no controle da glicemia.

Tomando a perspectiva de que as dificuldades relacionadas à alimentação apontavam como problemas seguir a dieta restritiva, substituir açúcar por adoçante, se adaptar aos contextos familiares e sociais da alimentação, o elevado custo dos alimentos prescritos pelos profissionais, foi utilizada como estratégia a degustação de preparações dietéticas. Esta aposta foi importante para o processo educativo, na medida em que abria a escuta para dúvidas, dificuldades, bem como oferecia, *in loco*, estratégias de manejo alimentar.

Outra questão que permeou a escolha das preparações diz respeito à possibilidade de cumprimento das restrições e/ou adequações alimentares no contexto socioeconômico e cultural do indivíduo. Ribeiro et al.⁽³³⁾ apontam dificuldades dos profissionais de saúde em orientar um plano alimentar exequível e condutas próximas a uma alimentação possível somente em um mundo ideal. Assim, nessa proposta educativa, foram incluídos doces típicos brasileiros (cocada, bolo de fubá), doces comumente consumidos em festas infantis (beijinho e brigadeiro) e uma preparação não habitual na dieta do brasileiro (mousse de mamão), todas substituindo açúcar por adoçante.

Nesse sentido, durante as oficinas, a estratégia de degustação possibilitou a experimentação de preparações utilizando edulcorantes que trouxeram relatos de surpresa e da possibilidade de incorporação na dieta dos DMID – *“gostoso. Não tem gosto de remédio”* – *“é bom! Não tem gosto de coisa [adoçante] não”*.

Cabe ressaltar que estas falas apareceram após diversas reações verbais e não verbais de dificuldades de adaptação ao sabor dos edulcorantes – *“esse aí eu não quero nem... isso aí é horrível!”*

Além do sabor desagradável, o preço dos edulcorantes foi tema recorrente na descrição das dificuldades de compra dos alimentos prescritos para os DMID – *“Diz que esse aí [adoçante] é quase igual a açúcar. Mas é caro!”*

Nos momentos de degustação foram discutidos os preços dos ingredientes e alternativas relatadas pelos próprios participantes para adequar a dieta prescrita a realidade socioeconômica de cada um, como a fala - *“Fruta eu como uma maçã por dia, uma banana, uma pêra. É a fruta que eu mais como, a banana, a maçã é muito cara, eu como no lugar da maçã ainda é a prata.”*

O contexto socioeconômico aparece também em estudo de Souza⁽¹¹⁾, realizado em uma região de vilas populares da cidade de Porto Alegre/RS, como aspecto que dificulta o manejo do diabetes com especial atenção as prescrições médicas e comportamentais, que em geral não consideram essa dificuldade no momento das abordagens.

Durante os encontros, a alimentação também aparece como estratégia de controle glicêmico - *"nós já sabe quando vê ela tremendo, suando. Aí nós já sabe que é isso, já mede, já pega uma bala pra dar pra ela."* Esta perspectiva levou a necessidade de abordar a relação entre a alimentação e a alteração glicêmica e o diálogo entre os participantes pode indicar a possibilidade de reflexão sobre o tema a partir da experiência de cada um - *"hoje tô analisando bem e vou parar com esse negócio de não querer fazer 2 tipos de comida."*

Ainda como estratégias de enfrentamento da doença apareceram os saberes regionais como o uso de farinhas e água de quiabo³: *"A farinha de banana verde eu uso"; "A [farinha] de maracujá [...] é muito boa!"*. A abordagem desses temas foi pautada na valorização do saber popular como estratégia adicional ao uso da insulina e controle alimentar, uma vez que o controle glicêmico é importante para a prevenção de complicações e que muitos efeitos das iguarias valorizadas popularmente não tem comprovação científica.

As terapias tidas como "alternativas", como a utilização de chás e preparos com finalidade terapêutica é bastante difundida nas classes populares.

Gomes e Merhy⁽¹³⁾ consideram que:

(...)a postura do profissional de saúde para com a medicina popular deveria ser de respeito e diálogo, identificando e apontando situações de que se tem conhecimento de malefícios causados à população por algumas técnicas e medicamentos populares, mas valorizando as práticas que representam uma sistematização de conhecimentos que vão se acumulando ao longo de várias gerações.

Na abordagem sobre os alimentos usados para controle glicêmico segundo saber popular, retomou-se o papel das fibras no controle da glicemia para melhor entendimento e valorização do uso de farinhas na dieta.

³ Trata-se da imersão de quiabo cortado em água filtrada por algumas horas para posterior ingestão da água.

O diálogo entre os saberes popular e científico é uma das vertentes da educação popular em saúde. Segundo Freire⁽¹⁸⁾ para que se estabeleça um diálogo a fim de um agir comum, nenhum dos lados pode perder a humildade, ou seja, nenhum saber se sobrepõe.

Os participantes apontaram, também, certa desconfiança sobre as informações contidas nos rótulos de produtos alimentícios – “*você pensa que pode comer, não tem problema. Vai saber se não tem!*”, sendo necessário desmistificar a desconfiança a partir das normas nacionais que definem a quantidade de nutrientes necessária para a rotulagem de produtos *diet* e *light*, com enfoque especial para os produtos *light* que muitas vezes são compreendidos, pela população, como tendo baixo teor de açúcar.

O contexto territorial foi abordado na estratégia de construção coletiva de um mapa, com o intuito de, para além de alguma metodologia mais definida, colocar em evidência a percepção que os DMID tem sobre o território, bem como sua relação com o espaço físico, mobilidade, locais mais frequentados, incluindo os para compras de alimentos e equipamentos de saúde. Durante a construção do mapa, muitos participantes relatavam que outras pessoas faziam as compras de alimentos para o domicílio, por exemplo, e houve necessidade de um grande estímulo para que os DMID relatassem os locais que frequentavam, possivelmente porque fazem pouco uso do território (Figura 5).

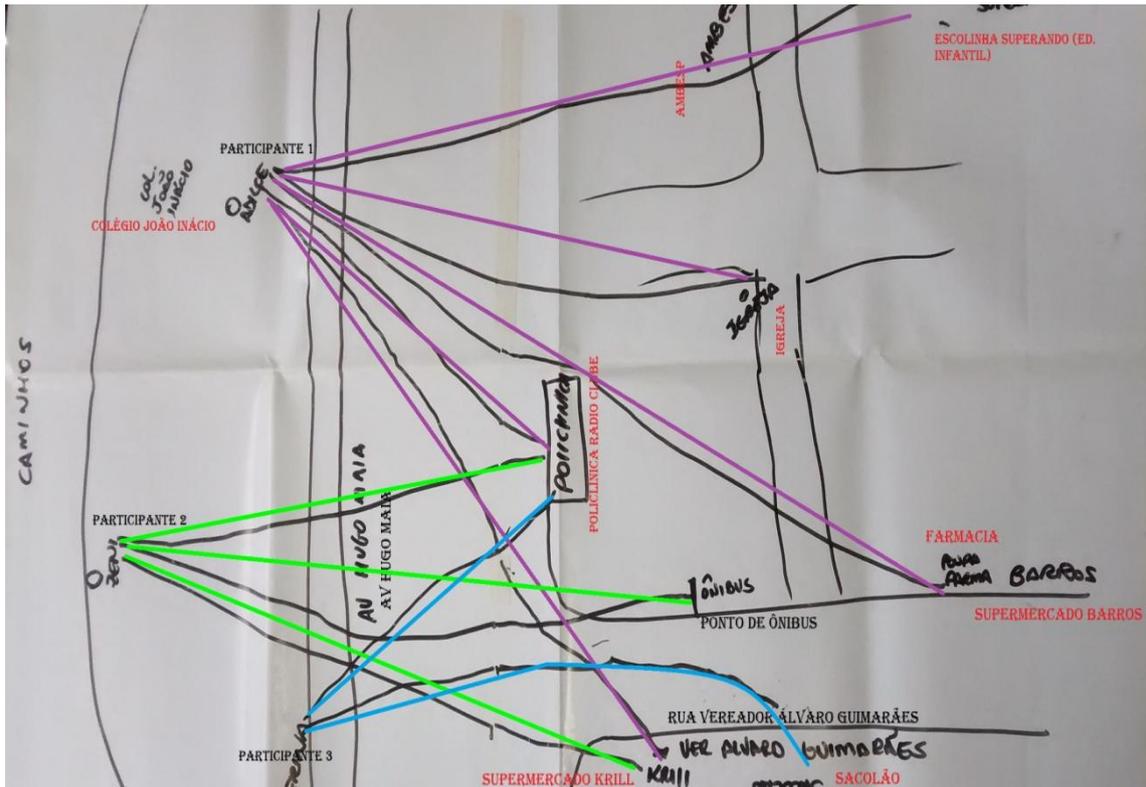


Figura 5 - Mapa do território construído pelos DMID (Santos, 2016)

Ressalta-se que a construção do mapa evidenciou o uso predominante dos equipamentos de saúde (atenção primária e secundária).

Diversos autores apontam a importância do apoio familiar para o cuidado do DMID^(11,36,37), sendo que o grupo estudado apontou, prioritariamente, a falta de apoio dos familiares, conforme ilustra a fala: *“Na minha casa, minha filha mais velha entende mais do que os outros. Ela fica pegando muito no meu pé quando eu to comendo alguma coisa que não é pra comer. Ela vive trazendo coisinha diet.”*

A fala a seguir descreve a dificuldade de fazer dois tipos de comida diante de outros afazeres domésticos: *“Eu comecei fazer comida pra todo mundo igual, mas minha filha e meu marido começaram reclamar e não comiam. Aí eu tinha que fazer comida pra eles. Aí tava fazendo pra mim, aí depois fiquei cansada. A diabetes deixa a gente cansada. Todos os afazeres que a gente tem, ainda tem que fazer a comida, aí você tem que fazer 2 tipos de comida.”*

E outros depoimentos indicam a dificuldade de autocuidado relacionada ao contexto familiar de mulheres, que descrevem os obstáculos do cotidiano e reforçam a falta de apoio: *“Quando ela mais precisou de mim eu nunca abandonei. Agora quando eu preciso, viram as costas. É por isso que eu muitas vezes não faço nem*

questão de toma remédio, nem nada.”; e “Eu cuido tanto dos meus netos. Saem da escola e vão pra minha casa. Aí já tenho que tá com alguma coisa pronta pra eles comer.”

Souza⁽¹¹⁾ descreve a importância das relações de gênero na rotina do cuidar e do cuidar-se, retratando o entendimento do papel da mulher como provedora do cuidado a partir da percepção de que, biologicamente, essa função está arraigada a esse papel, pois é a mulher que dá a luz e cuida desde o nascimento. Porém essa referência não é apenas biologicista, mas é permeada por significados socioculturais, dado que o homem é, em geral, “provedor da casa” e se responsabiliza pela aquisição do tratamento, mas à mulher cabe o controle de doses de medicamentos e horários, por exemplo, mesmo que também exerça função remunerada.

Quanto às dificuldades da insulinoterapia, apesar de doloridas, as injeções subcutâneas rotineiras, para esse público, são essenciais para a manutenção da vida e diminuição de sequelas em longo prazo. Nesta perspectiva, a intervenção procurou relacionar o uso da insulina ao processo metabólico necessário para o controle glicêmico, reforçando o custo-benefício do uso do fármaco e abordando o tamanho da agulha de insulina disponível na UBS, dado que muitas vezes os usuários recebiam agulhas específicas para obesos, o que nem sempre era necessário.

No presente estudo, o principal problema relacionado à insulina foi a dor da picada da injeção, concordando com os achados de Hayes et al.⁽³⁸⁾ que indicaram sentimentos de medo, dor e lesão corporal, e de Khan et al.⁽³⁹⁾ que identificaram fobia de receber as injeções diariamente, também relacionada a dor.

Nesse sentido as oficinas propiciaram a troca de informações a respeito dos melhores locais para aplicação e os tipos de agulha e seringa, partindo da perspectiva dos próprios participantes, conforme o diálogo a seguir:

-“Nessa semana eu peguei uma grande e tive observando, não é necessário enfiar a agulha toda, coloca a metade da agulha e injeta o líquido.”

-“Eu aplico desse lado e aplico desse outro aqui também. Agora, na perna dói demais.”

-“É bom inverter sempre. Não fazer só num espaço. Faz aqui, faz aqui.”

-“Caneta é bom que ela não dói. Dói menos.”

Essa possibilidade de troca pode proporcionar melhor adaptação à rotina da aplicação da insulina e permitir que os sujeitos se reconheçam como atores importantes no processo de autocuidado. Outra questão importante referente à insulinoterapia emerge do depoimento - *“Tem umas ali que às vezes os números são diferentes [gradação da seringa em ml ou UI]”*.

Este relato anuncia uma possível questão para os profissionais da UBS, na medida em que as seringas que estavam sendo entregues não possuíam a gradação em UI (Unidade Internacional), podendo dificultar a autoaplicação, uma vez que muitos usuários podem se confundir ao realizar a conversão e usar dosagens incorretas, prejudicando o controle glicêmico.

Também foi necessário utilizar o espaço do grupo para explicar o termo “diabete glicada” e o uso da insulina regular a partir da fala: “[insulina] *regular pra quem tem a glicada também. Diabete glicada?*”

Os tipos de insulina mais comuns distribuídas pelo SUS são a NPH (insulina humana de ação intermediária) e a insulina regular. A primeira é de aspecto leitoso e necessita ser homogeneizada com movimentos leves antes de ser aspirada na seringa, com início de ação em 1 hora e meia e pico de 4 a 12 horas a partir da aplicação, circulando na corrente sanguínea por até 20 horas⁽⁴⁰⁾. A insulina regular (também chamada insulina cristalina ou simples) tem aspecto translucido e líquido, inicia sua ação em 30 minutos com pico após 2 horas da aplicação, permanecendo na corrente sanguínea por até 8 horas. É bastante utilizada em crises hiperglicêmicas ou como coadjuvante no tratamento quando há grande dificuldade na manutenção de níveis adequados de glicose sanguínea. Existem critérios médicos para a escolha e, em geral, o médico especialista (endocrinologista) é quem introduz esse tipo de insulina⁽⁴⁰⁾.

A Prefeitura de Santos disponibiliza na atenção básica frascos de insulina NPH, sendo que a oferta de insulina regular e de outros tipos de insulina está vinculada à atenção secundária (AMBESP).

A hemoglobina glicada (não “diabete glicada”) consiste em um exame de sangue que detecta a ligação de glicose a hemoglobina para diagnóstico de diabetes e pré-diabetes e também para controle da eficácia do tratamento/controle dos níveis glicêmicos. Quanto maior a glicemia sanguínea, em longo prazo, maior será o percentual de ligação entre glicose e hemoglobina. Diabéticos com diagnóstico da

doença devem realizar o exame semestralmente quando estiverem os níveis glicêmicos controlados e trimestralmente quando houver falha no controle⁽⁴¹⁾.

Outras dificuldades apontadas na literatura, relacionadas ao uso de insulina, não apareceram no grupo estudado, como a aplicação de injeção em público e a necessidade de adequar horários de refeição para não sofrer efeitos indesejáveis do hormônio, a dependência dos horários e auxílio de outras pessoas na aplicação da injeção, bem como a percepção dos sinais de hipoglicemia^(38,39).

Foi recorrente no discurso dos participantes a relação entre aspectos emocionais e a alteração da glicemia, atribuindo à falta de tranquilidade a dificuldade para o autocuidado - *"(...)tirar o açúcar, a massa, não ganhar peso, também fazer atividade física, e ter uma vida normal. Quem é que vai ter uma vida tranquila?"*

A inserção social interfere nas escolhas bem como nos conceitos de saúde-doença individuais. Em um contexto de vulnerabilidade, os determinantes sociais da saúde interagem no complexo processo de saúde-adoecimento-cuidado e interferem na percepção das dificuldades do autocuidado atribuídas aos aspectos emocionais ou "falta de tranquilidade".

Ainda que durante as oficinas os participantes não tenham retomado explicitamente as dificuldades anunciadas na primeira etapa relacionadas ao contato com os profissionais de saúde, diversos depoimentos apontam para relações verticalizadas, tanto no nível de atenção primária - *"só mede e manda pra casa repousar, não faz nada"* como no terciário - *"uma vez também eu fui no pronto-socorro e não fizeram nada"*.

Outra questão pontuada se refere a uma visão de descrença no serviço público de saúde - *"Quem tem plano [de saúde] é bom, mas quem não tem..."*.

Fleury⁽⁴²⁾ menciona que apesar de haver consenso sobre a saúde ser direito de todos e dever do Estado, há também certa aceitação da "impossibilidade" de se obter um serviço de qualidade a partir das condições precárias de exercício profissional e recursos materiais, por parte de profissionais e usuários: "A naturalização da precariedade nos serviços públicos é compartilhada tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, expressando-se concretamente na afirmação: 'serviço público é assim mesmo'".

A mesma autora também relata dificuldades de acesso ao serviço público e uso de favorecimento como entroncamentos do sistema, caminhos que contribuem

para a diminuição tanto do entendimento de acesso à saúde como direito do cidadão como da percepção do papel do usuário no sistema, trazendo discursos de subestimação da qualidade do serviço público⁽⁴²⁾.

Ribeiro et al.⁽³³⁾ descrevem que o distanciamento do profissional e a relação verticalizada traduzida na prescrição de tratamentos, condutas e comportamentos pode ser desencadeador de descrença no serviço/atendimento, porém deve-se considerar o conjunto da acessibilidade, das políticas públicas, dos conceitos de saúde, das classes sociais, entre outros. Para Zamzam et al.⁽³⁷⁾, o distanciamento entre profissional e usuário é uma das barreiras para a melhora clínica, apontando a indiferença dos médicos com relação à gravidade da doença e ao tempo de consulta muito limitado, bem como a percepção, por parte dos usuários, de que o enfermeiro não tem capacidade de sanar dúvidas e que os médicos não entendem as dificuldades no manejo da doença.

Nesse sentido, as oficinas podem permitir o resgate do espaço de escuta e do fortalecimento de vínculo, um conceito-ferramenta para o melhor desempenho da atenção básica nos territórios. Intervir sobre a relação profissional usuário constitui um desafio que depende de um processo de aproximação e abertura entre os envolvidos. Em busca da melhoria do vínculo, as oficinas propiciaram espaço para melhor acreditação no serviço e na equipe, bem como para a construção de estratégias de cuidado para além das prescrições estabelecidas, comumente, nos atendimentos individuais.

4.4 Pistas para ações com diabéticos na atenção básica

O transcorrer da pesquisa possibilitou reflexão para alguns pontos principais, caracterizados aqui como pistas para ações com diabéticos na atenção básica.

4.4.1 Vigilância e acompanhamento dos diabéticos

No contexto da atenção primária à saúde uma das ações mais relevantes é a vigilância em saúde. Segundo Faria e Araújo⁽⁴³⁾, a vigilância em saúde permite a organização dos serviços se valendo do conhecimento de características do

território, das condições de vida e saúde da população. Essas características incluem cultura, politização, acesso a educação e aos serviços de saúde e sua concepção está além da vigilância epidemiológica.

O monitoramento das morbidades dos pacientes pode orientar a gestão para organização dos serviços, bem como para atendimento das demandas populacionais⁽⁴³⁾.

Faria e Araújo⁽⁴³⁾ também apontam a fragmentação do trabalho, onde o profissional realiza a tarefa de forma alienada, sem considerar os aspectos de saúde de seu público alvo como um campo passível de melhorias. Ainda, caracteriza o território como elemento-chave, havendo necessidade de apropriação das características locais, e a qualificação profissional como um ponto crítico na transformação da prática quanto aos determinantes do processo de saúde-doença.

A população estudada, diabéticos insulíndependentes de uma UBS em Santos, aponta tanto para um grande número de inscritos no programa HIPERDIA como para grandes proporções de DMID não monitorados. Várias são as dificuldades cotidianas para consolidação e fortalecimento da vigilância deste grupo, entre as quais, os recursos humanos limitados muitas vezes não condizentes com a demanda da UBS, baixa adesão da equipe no manejo dos programas relacionada muitas vezes a não significação da tarefa, a dificuldade de acompanhar um território e população dinâmicos, especialmente na região das palafitas, pela rotatividade de pessoas, bem como a grande área de abrangência da UBS estudada.

4.4.2 O dispositivo grupal para o cuidado do diabético

O uso de grupos para realização de atividades educativas em saúde é amplamente utilizado na atenção básica em saúde. Essa estratégia facilita o encontro de pares, bem como supre a carência de recursos humanos que poderiam ser necessários para abordagens individuais.

Moreno et al.⁽⁴⁴⁾ consideram que a educação em saúde desenvolvida em grupos tem potencial para estabelecer redes de apoio, o que pode favorecer a aprendizagem e a incorporação de práticas de saúde efetivas construídas a partir do diálogo.

Adolfsson et al.⁽⁴⁵⁾, em estudo comparativo entre aconselhamento individual e grupos de educação (*empowerment groups*) para diabéticos tipo 2, evidenciaram que as ações em grupo, que partiram da identificação de problemas com enfoque no diálogo dos participantes para obtenção de alternativas e consensos no tratamento, resultaram em indivíduos mais ativos e comprometidos, bem como em uma relação profissional-paciente mais horizontalizada.

Freire⁽¹⁸⁾ usa a expressão “temas geradores”, que permite o diálogo entre o educador e o educando, para se estabelecer um conteúdo programático. Esses “temas geradores” permitem ao educador a percepção do outro como sujeito e possibilita estabelecer a troca de conhecimentos. Nesse sentido, a utilização dos grupos de educação permite perceber o sujeito e seus “temas geradores”, que podem contribuir para o fortalecimento do processo de cuidado na perspectiva da atenção básica à saúde.

Na proposta apresentada, as oficinas permitiram a apreensão da realidade individual e local, a partir da questão disparadora, e a troca de experiências cotidianas no enfrentamento à doença, fortalecendo a possibilidade de participação ativa no processo de discussão e a inclusão de conhecimentos científicos relacionados à DM de maneira horizontal.

Há que se empenhar alguma energia na criação de grupos de educação em saúde, como toda proposta de modificação de rotinas. É necessário que o profissional envolvido esteja engajado com a proposta e possa balizar o conhecimento científico, o saber popular e a experiência do próprio grupo.

Dias et al.⁽⁴⁶⁾ considera necessário preparar a equipe para a abordagem horizontalizada para as intervenções e manejo dos conteúdos e promover o processo emancipatório.

Por outro lado, a partir da experiência nessa pesquisa, a constituição e a manutenção de um grupo passa por questões que envolvem a disponibilidade tanto de profissionais como de usuários, a logística do serviço, o tempo de duração dos encontros e o espaço físico do local.

Segundo Dias et al.⁽⁴⁶⁾ para organização e manutenção de grupos de educação em saúde na atenção básica, o profissional necessita conhecimento, habilidades e atitude. Ainda, insere no processo de planejamento do grupo a viabilidade grupal como a possibilidade de realização e alcance dos objetivos e a

avaliação dos grupos como uma etapa necessária do processo, a ser realizada por meio de instrumentos ou de perguntas verbais objetivas.

Quanto ao grupo estudado, a avaliação das oficinas foi positiva – *“gostei de tudo”, “muitas coisas que a gente não sabia”, “é sempre uma novidade, uma coisa a aprender mais”*, o que pode evidenciar o interesse em novos grupos e/ou estratégias de cuidado, bem como a potencialidade do dispositivo grupal no cuidado de DMID no contexto em questão.

Cabe ressaltar a dificuldade de comparecimento nas atividades devido, em geral, a outros compromissos, indicando a necessidade de acordar os horários/dias com os participantes diante das singularidades destes indivíduos.

4.4.3 Cuidado interdisciplinar

A realização de grupos de educação tem sido, historicamente, uma atividade bastante desenvolvida pelo profissional de Enfermagem principalmente porque essa esfera de saber (a educação em saúde) faz parte da formação básica desta área⁽¹¹⁾.

Entretanto, para o cuidado em saúde faz-se necessário o olhar interprofissional, bastante evidenciado no grupo estudado, mas também em outros contextos da atenção primária.

Segundo Furtado⁽⁴⁷⁾, a interdisciplinaridade é um alto grau de comunicação entre disciplinas teóricas e atualmente o desafio do desenvolvimento interdisciplinar transcendeu esse campo alcançando o campo operacional, no que se somam os saberes e práticas.

(...) transpor a discussão da interdisciplinaridade para o campo das práticas em saúde é enfrentar o antagonismo entre o modelo da lógica profissional e o modelo de colaboração interprofissional, ou mais resumidamente, entre a diferenciação (que buscamos ativamente pela formação profissional) e a integração (requerida pela colaboração interprofissional e condição para qualificação da clínica)⁽⁴⁷⁾.

Para o grupo de DMID estudado, questões relacionadas à alimentação foram as mais evidenciadas e, apesar de haver uma disciplina de Nutrição na grade curricular dos cursos de Enfermagem, a colaboração de uma graduanda em Nutrição nas atividades propostas evidenciou a complementariedade dos saberes e

a relevância de profissionais de diversas formações para o manejo tanto das oficinas, como das estratégias de autocuidado.

Pimentel et al.⁽⁴⁸⁾, em estudo realizado com profissionais de cinco municípios brasileiros, apontam dificuldades para oferta de ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde, diante da falta de condições de infraestrutura e do despreparo dos profissionais, não nutricionistas, para abordagens envolvendo a comida e o comer.

Atualmente, inseridos na atenção primária à saúde de Santos, são poucos os profissionais de Nutrição e os que compõem o quadro dos nutricionistas neste nível de atenção, tem disponibilidade de carga horária restrita para desenvolver ações nas unidades, pois trabalham em forma de rodízio em equipamentos de uma mesma região.

A transformação das unidades de atenção básica organizadas pelo modelo tradicional (UBS), em Unidades da Estratégia Saúde da Família e a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a presença de nutricionista, é uma oportunidade para a melhoria do cuidado nutricional na atenção básica do Município. Cabe ressaltar que, para a unidade estudada, não está prevista inclusão, neste momento, deste profissional, e que o equipamento ainda se encontra organizado da forma tradicional.

Tomou-se aqui, as potencialidades da presença do nutricionista na atenção básica uma vez que as questões referentes à alimentação predominaram no grupo estudado, mas outros profissionais da saúde poderiam compor a equipe de atenção básica com vistas a potencializar as ações de cuidado aos DMID, especialmente no que diz respeito à promoção de saúde e prevenção de complicações na perspectiva da clínica ampliada.

Nesse contexto, a clínica ampliada, segundo o Ministério da Saúde⁽⁴⁹⁾, consiste em: “reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas (...) e buscar outros conhecimentos em diferentes setores (...)”.

Ainda, pode-se considerar que à medida que surgem novos “temas” ou “demandas” no grupo, outros profissionais poderiam se aproximar pontualmente das atividades (psicólogos, educadores físicos, farmacêuticos, etc.)

4.4.4 Cuidado em rede

Preconiza-se que a atenção primária a saúde seja a porta de entrada ao sistema de saúde, bem como ordenadora do cuidado, administrando a demanda centrada na necessidade do usuário. Apesar dessa concepção, os três níveis de atenção à saúde ainda são bastante fragmentados e possuem dificuldades de comunicação^(22,48,49).

A APS [atenção primária à saúde] não se comunica eficazmente com os níveis de atenção secundária e terciária. Em geral não há prontuários clínicos eletrônicos, com possibilidade de ter um plano de cuidado para cada pessoa usuária, feito de forma colaborativa entre os profissionais de saúde e o portador da condição crônica, e de enviar lembretes e dar *feedbacks* para a equipe de saúde e para as pessoas usuárias⁽²⁴⁾.

Em alguns locais a utilização de tecnologias de informação e comunicação, como os prontuários eletrônicos e informatização da regulação, já apresenta êxito na melhoria da articulação em rede⁽⁵⁰⁾. Isso se deve possivelmente a distância física entre os equipamentos, minimizada pelo uso da Internet, além do acesso mútuo a relatórios de atendimento de vários equipamentos.

Atualmente na Prefeitura de Santos, a maioria das interconsultas é realizada mediante ficha impressa preenchida pelo profissional que encaminha o usuário. Alguns casos mais complexos são encaminhados com a ficha e com prévio contato telefônico e até mesmo com envio de relatório por e-mail. Nem sempre o profissional que encaminha recebe o retorno, ou a contrarreferência⁴. Mais raramente são elencados casos que são discutidos em rede por meio de reuniões agendadas com representantes dos equipamentos de saúde, assistência social e outros envolvidos.

No Município de Santos, a implantação de prontuários eletrônicos (e-SUS) está em curso e acredita-se que algumas barreiras sejam eliminadas, no cuidado em rede, a partir do registro eletrônico e compartilhado dos atendimentos/ evolução acontecidos nos diversos níveis de atenção. Há, ainda, a possibilidade de diminuição da burocracia e menor utilização de papéis para encaminhamentos, interconsultas, entre outros, com vistas à melhoria na continuidade do tratamento

⁴ A Prefeitura de Santos utiliza o sistema de referência e contrarreferência por meio de um impresso denominado Interconsulta, com campo para resposta ao equipamento de origem.

entre as esferas de atenção, bem como na obtenção de dados estatísticos atualizados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As oficinas problematizadoras propiciaram a discussão de dificuldades no manejo do controle glicêmico que incluíram a alimentação restritiva, a relação com os profissionais de saúde, a insulino terapia e as questões socioeconômicas. A metodologia das oficinas possibilitou o uso de diversas estratégias tornando o processo educativo mais horizontalizado, potencializando a troca de saberes e a construção de possibilidades de cuidado a partir dos contextos do indivíduo, família, comunidade e território. Percebeu-se que o cuidado a diabéticos insulino dependentes de uma região de vulnerabilidade, na perspectiva da atenção primária, apresentou como campos para intervenção: a vigilância em saúde, o uso de grupos como estratégia de educação em saúde, a atenção interdisciplinar a fim de melhor contemplar o conceito de clínica ampliada, bem como o cuidado em rede.

Ainda, extrapolando os limites da pesquisa, a modificação da práxis foi um ponto importante durante e após o processo do mestrado modalidade profissional. Na condição de profissional de saúde, todo conteúdo e vivência se traduziram na mudança da postura profissional e prática de educação em saúde, tanto individual quanto coletiva. Essa mudança, além de mudanças individuais, colabora cotidianamente com a dinâmica de interação com outros profissionais da atenção básica, mediante observações e debates constantes principalmente sobre educação em saúde, diabetes e grupos de educação em saúde.

6 PRODUTOS TÉCNICOS

Os produtos técnicos propostos são:

- Roteiro para realização de oficinas de educação em saúde, pautados em vertentes da educação popular em saúde que poderá auxiliar outros equipamentos de atenção básica da rede no desenvolvimento de grupos de educação em saúde;
- Livro de receitas que poderá auxiliar o desenvolvimento de grupos de educação em saúde voltados ao público portador de DM;
- DVD com Tutorial sobre oficinas na atenção básica em saúde, a ser disponibilizado para o Departamento de Atenção Básica da Prefeitura de Santos, a fim de facilitar a divulgação da abordagem de grupos no formato de oficinas;

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira CLRA; Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*. 2009;53(1):80–6.
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases prematurely take 16 million lives annually, WHO urges more action [Internet]. 2015 [updated 2015 Jan 19; cited 2016 Feb 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/en/>
3. World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014 [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 23]. Available from: http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1
4. Sociedade Brasileira De Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014. AC Farmacêutica, São Paulo, 2014. 382 p.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011. 160 p.
6. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013. 104 p.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Cadernos de atenção básica. Série A: Normas e Manuais Técnicos. 2006. 56 p.
8. Ramos AL de SL. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca). Fundação Oswaldo Cruz, Fortaleza, 2008. 89 f.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Manual de hipertensão arterial e

- diabetes mellitus. Diabetes. 2001. 104 p.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. SISHIPERDIA - Sistema de Informação Programa Hiperdia [Internet]. [cited 2015 Oct 14]. Available from: hiperdia.datasus.gov.br
 11. Souza AC de. Cartografias do cuidado de indivíduos com diabetes mellitus em situação de pobreza. Tese de Doutorado (Programa de Pós Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011. 202 p.
 12. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Série E: Legislação em Saúde. Brasília, DF., 2012. 110 p.
 13. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde : um estudo na literatura brasileira. Cadernos de Saúde Pública. 2011;27(1):7–18.
 14. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília, DF: Série B: Textos Básicos de Saúde; 2007. 80 p.
 15. Martins AM. Autonomia e educação: a trajetória de um conceito. Cadernos de Pesquisa. 2002;207–32.
 16. Gastal DA, Pinheiro RT, Vazquez DP. Self-efficacy scale for Brazilians with type 1 diabetes. Sao Paulo Medical Journal. 2007;125(2):96–101.
 17. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educacional. 39ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2009. 146 p.
 18. Freire P. Pedagogia do oprimido. 58ª ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra; 2014. 253 p.
 19. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2007;17(1):77–93.
 20. Behlau M. Editorial. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 1978;16(4):vii – viii.
 21. Feito L. Vulnerability. Anales del Sistema Sanitário de Navarra. 2007;30 Suppl 3:7–22.
 22. Ferreira MP. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. SEADE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. 2010. 20 p.
 23. Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter

- biossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2015;19(53):237–50.
24. Mendes R; Capozzolo AA; Lima Jr RT; Andrade V; Souza BM et al. Tessituras e participação: extensão na região noroeste de Santos. *Revista Ciência em Extensão*. 2014;10(1):7–16.
 25. Minayo MCDS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17:621–6.
 26. Rocha ML da; Aguiar KF. Pesquisa-Intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e profissão*. 2003;23(4):64–73.
 27. Passos E, Barros RB de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2000;16:71–9.
 28. Afonso MLM (Org.). *Oficinas em Dinâmica de Grupo: Um método de intervenção psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. 175 p.
 29. Minayo MCDS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
 30. Péres D, Laércio J, Santos M. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(2):310–7.
 31. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;1:151–60.
 32. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZL. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Revista Saúde e Sociedade*. 2006;15:180–9.
 33. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Araújo RMA. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2011;21:87–112.
 34. Souza CR de, Zanetti ML. Administração de insulina: uma abordagem fundamental na educação em diabetes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2000;34:264–70.
 35. Novartis. *Conhecendo o Diabetes Mellitus com o “Dr. Legalvus”* [Internet - video]. 2014. [cited: July 29 2014]. Available from:

- <https://youtu.be/IW4R9I6AG4Q>
36. Carbone ET, Rosal MC, Torres MI, Goins K V, Bermudez OI. Diabetes self-management: Perspectives of Latino patients and their health care providers. *Patient Education and Counseling*. 2007;66:202–10.
 37. Zamzam S, Anoosheh M, Ahmadi F. Barriers to diabetes control from Syrian women’s perspectives. *Japan. Journal of Nursing Science*. 2013;10:121–9.
 38. Hayes RP, Bowman L, Monahan PO, Marrero DG, McHorney C a. Understanding diabetes medications from the perspective of patients with type 2 diabetes: prerequisite to medication concordance. *The Diabetes Educator*. 2006;32(3):404–14.
 39. Khan H, Lasker SS, Chowdhury T a. Prevalence and reasons for insulin refusal in Bangladeshi patients with poorly controlled type 2 diabetes in East London. *Diabetic Medicine*. 2008;25:1108–11.
 40. ANAD: Associação Nacional de Assistência ao Diabético. Tratamento. [Internet]. [cited 2015 Aug 20]. Available from: <http://anad.tempsite.ws/o-que-deve-saber-sobre-diabetes/>
 41. Sociedade Brasileira de Diabetes. O teste de hemoglobina glicada [Internet]. [cited 2015 Aug 20]. Available from: <http://www.diabetes.org.br/ultimas/o-teste-de-hemoglobina-glicada-a1c-o-que-e-e-para-que-serve>
 42. Fleury S. Desigualdades injustas : o contradireito à saúde. *Revista*. 2011;23:45–52.
 43. Faria HX, Araujo MD. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde : produção do cuidado e produção de sujeitos. *Revista Saúde e Sociedade*. 2010;429–39.
 44. Moreno DMFC, Visani I, Ruiz MR de AR, Muller L, Bittencourt JC, Pelicioni AF. Avaliação das ações de promoção de saúde em hipertensão e diabetes em três unidades básicas de saúde no município de São Paulo. *Artigos da Coordoria Regional Centro-Oeste*. 2006;23–5.
 45. Adolfsson ET, Starrin B, Smide B, Wikblad K. Type 2 diabetic patients’ experiences of two different educational approaches: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45:986–94.
 46. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Health education : primary health care workgroups. *Revista de Atenção Primária à Saúde*. 2009;12(2):221–7.

47. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2007;11:239–55.
48. Pimentel VRDM, Sousa MF de, Hamann EM, Mendonça AVM. Food and nutrition in the Family Health Strategy in five Brazilian cities. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2014;19:49–57.
49. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: a clínica ampliada*. Brasília, DF, 2004. 18 p.
50. Giovanella L, Mendonça M. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2009;14:783–94.
51. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério Da Saúde. Dicas em Saúde: Obesidade [Internet]. 2009 [cited 2016 Feb 27]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/215_obesidade.html

ANEXO A – PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidado de diabéticos insulino-dependentes: pistas para ações na Atenção Básica em Saúde

Pesquisador: DANIELA GONÇALVES GODOY MOUTINHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32810414.7.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 727.755

Data da Relatoria: 30/07/2014

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer CEP. 719.780 de 16/7/2014

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer CEP. 719.780 de 16/7/2014

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer CEP. 719.780 de 16/7/2014

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer CEP. 719.780 de 16/7/2014

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de resposta de pendência apontada no parecer inicial

Recomendações:

não existem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências apontadas no parecer inicial:

1- o cadastro institucional (CEP/UNIFESP) enviado não corresponde o projeto submetido. Favor

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 727.755

refazer o cadastro e enviar. Caso não seja possível, enviar em PDF, o cadastro pode ser enviado em texto WORD

resposta: cadastro corrigido

2- projeto detalhado: pg 11, 4.5. Aspectos éticos – trocar a referência sobre a resolução 196 (que já foi revogada) por 466/12 (a atual).

resposta: correção feita

3- cronograma indica que parte do estudo já estará sendo iniciada antes da aprovação do protocolo. Será necessário adequar. Lembramos que nenhum estudo pode ser iniciado antes da aprovação pelo CEP/UNIFESP.

resposta: cronograma corrigido

4- Em relação ao TCLE: a) informar quantas oficinas serão; b) é necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (e não 2 cópias), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador. c) Todas as folhas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.) e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

resposta: TCLE refeito de forma adequada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer acatado e liberado ad ref.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 727.755

SAO PAULO, 24 de Julho de 2014

Assinado por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Identificação

1. Nome:
2. Sexo: ()Feminino ()Masculino 3. Data de nascimento: ___/___/___
4. Endereço:
5. Raça/cor: ()Branco ()Pardo ()Preto ()Amarelo ()Indígena
6. Quantos anos o sr.(a) estudou?: _____ 7. Renda familiar total: _____ -
8. Número de moradores no domicílio: _____ 9. Agente comunitário de saúde: _____

Modo de vida

10. O(A) sr (a) fuma? ()Sim ()Não
11. Quantos cigarros por dia? _____ 12. Há quanto tempo? _____
13. Faz uso de bebidas alcoólicas? ()Sim ()Não 14. Com que frequência? _____
15. O (A) senhor (a) pratica atividade física? ()Sim ()Não
16. A atividade física dura mais de 10'? ()Sim ()Não 17. Se sim, quanto tempo dura? _____
18. Quantas vezes por semana? _____
19. Quais refeições você faz ao longo do dia?
()Café da manhã ()Lanche da manhã ()Almoço ()Lanche da tarde ()Jantar ()Ceia
20. Na última semana, você consumiu bebidas açucaradas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha ou suco de fruta com açúcar)? ()Sim ()Não
21. O(A) senhor (a) considera seu peso adequado? ()Sim ()Não

Dados Clínicos

22. Há história familiar de diabetes? ()Sim ()Não 23. Outras doenças crônicas? ()Sim ()Não
24. Quais? _____ 25. Grau de parentesco? _____
26. Quando diagnosticou a DM? _____ 27. Há quanto tempo faz uso de insulina? _____
28. Quais serviços de saúde o sr(a) frequenta?
()UBS/USF/Policlínica ()PS ()AMBESP ()Outros: _____
29. Quando tem pressão ou glicemia alterada, qual serviço procura?
()UBS/USF/Policlínica ()PS ()AMBESP ()Outros: _____
30. O que o sr(a) acha que provoca alteração na glicemia?

31. Como o sr(a) acha que o serviço poderia contribuir para a sua saúde?

32. O sr(a) utilizou o PS nos últimos 6 meses? ()Sim ()Não
33. Se sim, qual o motivo? ()Hiperglicemia/hipoglicemia ()Outro:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “O cuidado de diabéticos insulíndependentes: pistas para ações na atenção básica em saúde”

As informações que o(a) senhor(a) fornecerá, em sua participação voluntária neste estudo, serão úteis para organizar a atenção aos diabéticos insulíndependentes desta unidade. Para tanto o (a) senhor(a) deverá responder a um questionário e participar das oficinas sobre cuidado do diabetes, com duração de 60 a 90 minutos, e permitir que os encontros sejam gravados.

Este questionário e estas oficinas tem o objetivo de estudar uma intervenção em grupo com indivíduos diabéticos insulíndependentes atendidos na unidade de saúde e também de descrever as características sociais, econômicas, clínicas e laboratoriais dos participantes. A sua participação não trará nenhum risco à sua saúde ou ao cuidado recebido na unidade. O(A) senhor(a) terá total liberdade para não responder a qualquer pergunta durante a oficina. Não haverá nenhum benefício direto pela sua participação.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a enfermeira Daniela Gonçalves Godoy Moutinho pelos telefones (13) 988505167, (13) 32998988 ou pessoalmente no seu horário de expediente na Unidade Básica de Saúde (segunda à sexta das 8 às 13h e das 14 às 17h). Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, situado na Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, Vila Clementino, na cidade de São Paulo, SP. Telefone: (11) 5571-1062 Fax: (11) 5539-7162 E-mail: cepunifesp@epm.br

O(A) senhor(a) poderá retirar este consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Todas as informações obtidas são confidenciais por direito. Elas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, sendo que nenhum participante da pesquisa será identificado.

O(A) senhor(a) será mantido atualizado sobre os resultados parciais desta pesquisa, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O(A) senhor(a) não terá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase deste estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “O cuidado de diabéticos

insulinodependentes: pistas para ações na atenção básica em saúde”. Eu discuti com a enfermeira Daniela Gonçalves Godoy Moutinho sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do sujeito da pesquisa/represente legal

Data: ___/___/___

Assinatura da testemunha

Data: ___/___/___

Para casos de voluntários menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ___/___/___