UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

**A INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA NA REINTERNAÇÃO
HOSPITALAR DE PACIENTES DIABÉTICOS**

Grasielle Silveira Tavares

Orientador: Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha

RIBEIRÃO PRETO

2006

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

**A INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA NA REINTERNAÇÃO
HOSPITALAR DE PACIENTES DIABÉTICOS**

Grasielle Silveira Tavares

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências
Médicas Área de Concentração: Saúde na
Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha

RIBEIRÃO PRETO

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

TAVARES, Grasielle Silveira

A influência do estilo de vida na re-internação hospitalar de pacientes diabéticos. Ribeirão Preto, 2006.
141 p.; 30 cm

Dissertação de mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP-Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Rocha, Juan Stuardo Yazlle

1. Diabetes. 2. Estilo de vida. 3. Hospitalização. 4. Terapia Ocupacional

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	iii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	iv
RESUMO.....	v
SUMMARY	vii
1. INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: DIABETES MELLITUS	2
1.1 - CONCEITOS E CLASSIFICAÇÃO	2
1.2- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	5
1.3- O DIABETES MELLITUS TIPO 2	7
1.4- HOSPITALIZAÇÃO POR DIABETES MELLITUS.....	11
CAPÍTULO II: ESTILO DE VIDA	17
2. OBJETIVOS.....	39
2.1 – GERAL	40
2.2 – ESPECÍFICOS	40
3. PERCURSO METODOLÓGICO	41
3.1- DELINEANDO O CAMPO DE PESQUISA E OS SUJEITOS.....	44
3.2- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO GRUPO DE ESTUDO	46
3.3- ESTUDO PILOTO.....	47
3.4- PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	48
3.4.1- Instrumentos para coleta de dados	50
3.4.2- Trabalhando com os dados	55
4. RESULTADOS.....	56
4.1- CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES DO GRUPO TESTE E CONTROLE.....	57
4.2- IDENTIFICAÇÃO DAS ÁREAS DE DIFICULDADES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL.....	71
5- DISCUSSÃO	74
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
8- ANEXOS	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização das mulheres dos grupos Teste e Controle	52
Tabela 2 - Distribuição percentual das mulheres dos grupos Teste e Controle segundo o tempo de doença, tipo de descoberta, presença de co-morbidade e grau de percepção da doença e preocupação com a saúde	54
Tabela 3 – Distribuição percentual das mulheres dos grupos Teste e Controle quanto ao estilo de vida e aspectos da vida cotidiana.	57
Tabela 3.1 - Distribuição percentual das mulheres dos grupos Teste e Controle quanto ao estilo de vida e aspectos da vida cotidiana	60
Tabela 4 - Distribuição percentual das mulheres dos grupos Teste e Controle quanto à hospitalização.....	63
Tabela 5- Distribuição percentual das Áreas de Dificuldade Identificadas no Desempenho Ocupacional segundo mulheres dos grupos Teste e Controle, através da aplicação parcial da MCDO	66

LISTA DE ABREVIATURAS

MCDO	.....	Medida Canadense de Desempenho Ocupacional
DM	.....	Diabetes Mellitus
SBD	.....	Sociedade Brasileira de Diabetes
IDDM	.....	diabetes mellitus insulino-dependente
NIDDM	.....	diabetes mellitus não-insulino-dependente
IAM	.....	infartos agudos do miocárdio
AVC	.....	acidente vascular cerebral
HCFMRP	.....	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
DM1	.....	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM2	.....	Diabetes Mellitus Tipo 2
SIH/SUS	.....	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	.....	Sistema Único de Saúde
HUCFF-UFRJ	..	Hospital Universitário Clementino Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro
OMS	.....	Organização Mundial da Saúde
SEEM	.....	Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia
HC/UFMG	.....	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
IMC	.....	índice de massa corporal
CPDH	.....	Centro de Processamento de Dados Hospitalares

RESUMO

O Diabetes Mellitus tipo 2, apresenta-se atualmente como um sério problema de saúde pública, devido as suas causas, complicações e grande incidência na população, afetando vários aspectos da vida das pessoas, provocando rupturas com modo de vida anterior e necessitando de modificações nos hábitos diários, sendo responsável por vários graus de incapacidade, o que leva a uma modificação no estilo de vida e conseqüentemente elevação dos custos com o tratamento, pois as reinternações tornam-se freqüentes, trazendo ônus para o Sistema de Saúde, para o paciente e sua família. Esta pesquisa objetiva investigar a influência do estilo de vida na reinternação hospitalar de mulheres com diabetes tipo 2. A população estudada foi composta por 50 mulheres, com faixa etária entre 45 e 65 anos, as quais foram divididas em dois grupos: Grupo Teste (composto por mulheres com duas ou mais hospitalizações entre janeiro de 2002 a dezembro de 2004) e Grupo Controle (composto por mulheres com apenas uma internação no período de estudo citado acima). Para a escolha da amostra levou-se em consideração o critério de inclusão, o qual estabelece que as mulheres dos dois grupos são assistidas pelo Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. A coleta de dados foi realizada no período de 22 de agosto a 19 de setembro de 2005, através da aplicação do questionário elaborado pela pesquisadora e utilização parcial da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - MCDO. Os instrumentos utilizados mostraram-se capazes de atender os objetivos do presente trabalho. Os resultados obtidos indicam que embora algumas mulheres do grupo controle apresentem dificuldades na realização e participação nas atividades cotidianas, no trabalho, na realização de

dieta e atividade física, problemas nas relações sociais, tarefas domésticas, passeios/viagens, a grande maioria continua desempenhando suas tarefas, mostrando a importância que as atividades cotidianas têm em sua vida, sendo capazes de apresentar um estilo de vida mais saudável. Porém, as mulheres do grupo teste mostraram que as dificuldades citadas estão fortemente acentuadas e muitas convivem com a total ausência de atividades e vida social, mostrando-se insatisfeitas com a vida que levam, a qual não apresenta desafios, interesses e vontades. A forma de lidar com a doença, sua adaptação em relação a ela, as limitações físicas e emocionais trazidas pelas complicações são fatores relevantes que evidenciam a possibilidade de haver uma correlação entre as reinternações hospitalares das mulheres do grupo teste e o estilo de vida por elas adotado. Considerando-se que as atividades (trabalho, lazer, autocuidado, sociais, culturais e familiares) preenchem as necessidades humanas básicas, é extremamente importantes estudos que compreendam estes aspectos referentes ao estilo de vida, para ampliar os conhecimentos em relação ao diabetes e propor estratégias eficazes de intervenção. O Terapeuta Ocupacional junto à equipe multidisciplinar pode contribuir para o resgate das capacidades e habilidades perdidas de pacientes diabéticos, através da realização de atividades que possibilitem uma postura mais ativa frente à vida.

Palavras-Chave: Diabetes; estilo de vida; hospitalização; Terapia Ocupacional

ABSTRACT

Diabetes tipo 2 has been considered lately as a serious health public problem due to its causes, complications and its great population incidence. The disease affects various aspects of people's life, demanding changes in daily habits which may cause an increase in the treatment costs. The treatment costs also increases due to the several hospitalizations that becomes frequent, which leads to a burden to the Healthcare System, to the patient and his or her family. This research paper aims to investigate the influence in the way of life that the hospital internments may bring to women diagnosed with diabetes tipo 2 .The population gathered in this research was composed by 50 women, in the age group of 45 to 65. The population was divided in two main groups: Group Test (composed by women with two or more hospitalizations between the months of January and December, 2004) and Group Control (composed by women featuring only one hospitalization in the time frame specified previously. In order to gather the sample, it was taken in consideration the inclusion/admission criteria established by the Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão. The data used in this study was gathered between August, 22nd and September 19th of the 2005 year. Questionnaire was the method adopted, which was prepared by the researcher following the use partial Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – MCDO. The method applied in the research matter proved to be efficient in reaching the goals of the present work. The results attained illustrate that although some women pertaining to group control exhibit difficulties in the everyday activities, such as in executing the prescribed diet, physical pursuits, social relations, in doing chores, traveling, and so on, the majority continues to perform the regular activities they were used to, which shows the

importance of everyday activities in one's life. However, the women under group test presented that the difficulties once described above are strongly accentuated in their lives. Many of them encounter themselves with a total lack of social life, which leads them to a dissatisfaction towards life, with no challenges, interests or desires. All those factors can be attributed to a myriad of causes such as the way the disease is handled, the patient's adaptation to it, physical and emotional limitations carried with the complications that significantly contribute for the several hospitalization of women under the group test. Considering that the activities (work, leisure, self-care, social, cultural and family) supply the basic human needs, it is extremely important that research studies comprise aspects regarding the patient's way of life in order to broaden the knowledge of diabetes and to present efficient intervention strategies as well. Subsequently, Occupational Therapy can contribute in rescuing the capacities and abilities that modify one's everyday activities, enlarging the chances of diabetic patients to acquire better health habits and prevent frequent hospitalizations as well.

Keywords: Diabetes, lifestyle, hospitalization, Occupational Therapy

1 - INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I: DIABETES MELLITUS

1.1- CONCEITOS E CLASSIFICAÇÃO

O *Diabetes Mellitus* (DM) vem sendo reconhecido como um sério problema de saúde em praticamente todos os países, independentemente do grau de desenvolvimento sócio-econômico da população. Considerado como doença crônico-degenerativa, é comumente associado a graves alterações endócrinas, que variam de acordo com o tipo de diabetes e tem como efeito principal a elevação da concentração plasmática de glicose (FORJAZ et al., 1998).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2000, p.4), o DM é conceituado como:

[...] uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. As consequências do DM a longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Com frequência os sintomas clássicos (perda inexplicada de peso, polidipsia e poliúria) estão ausentes, porém poderá existir hiperglicemia de grau suficiente para causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período antes que o diagnóstico seja estabelecido. Antes do surgimento de hiperglicemia mantida, acompanhada do quadro clínico clássico do DM, a síndrome diabética passa por um estágio de distúrbio do metabolismo da glicose, caracterizado por valores glicêmicos situados entre a normalidade e a faixa diabética.

Forjaz et al., (1998) destacam, em seus estudos, basicamente dois tipos mais comuns: o diabetes tipo 1 e o diabetes tipo 2.

Chacra (2001), de acordo com as normas da SBD, relata que a nova classificação dos tipos baseia-se na etiologia do DM, onde são eliminados os termos “*diabetes mellitus* insulino dependente” (IDDM) e “não-insulino-dependente” (NIDDM) e esclarece que:

1) O DM tipo 1 resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas, apresentando tendência a cetoacidose. Inclui casos decorrentes de doença auto-imune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida;

2) O DM tipo 2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina pelas células que pode preceder o início de quadro clínico e deficiência relativa de secreção de insulina pelo pâncreas, que se acentua com o decorrer dos anos de evolução da doença.

3) A presença do diabetes gestacional e “outros tipos”, são menos freqüentes na população.

Segundo Oliveira (2000), o diabetes do tipo 2 é cerca de 8 a 10 vezes mais prevalente que do tipo 1, em nosso meio esses dados demonstram que também o diabetes do tipo 2 causa grande impacto no cenário de morbimortalidade, justificando a escolha para o estudo no presente trabalho.

Basicamente, o objetivo do tratamento do paciente diabético é obter o controle glicêmico e também o controle do perfil lipídico e da pressão arterial (RABELO et al., 1996).

Foss et al. (1989), em um estudo na região de Ribeirão Preto, com pacientes diabéticos tipo 2, constatou que a prevalência de complicações crônicas tendeu a ser sempre maior com o pior controle metabólico e o aumento na prevalência das complicações microvasculares também foi progressivo com a duração do diabetes.

Tais dados sugerem a importância de manter o controle glicêmico para evitar complicações e manter uma boa qualidade de vida.

As complicações do DM podem ser consideradas agudas e crônicas e geram um alto custo financeiros para a sociedade, estas ainda afetam a qualidade de vida da pessoa diabética.

No Brasil, entre as complicações mais freqüentes decorrentes do DM, encontram-se o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular cerebral (AVC), a insuficiência renal crônica, as amputações de pernas e pés, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), e incidem também no sistema musculoesquelético. Várias condições reumáticas são mais prevalentes ou mais causadas devido às conseqüências do DM. Quando o seu controle é pobre, altos níveis de complicações podem surgir.

Hernandez et al. (2000), em seus estudos realizados através da seção de estatística da Direção Municipal de Saúde de Cerro no México, encontraram uma associação do DM com vários tipos de patologias. Em primeiro lugar, observaram a associação do DM com a hipertensão arterial (35,2%), seguida do sobrepeso corporal (31,1%), cardiopatia isquêmica (19,4%), infarto do miocárdio (4,3%), acidentes vasculares cerebrais (3,2%), úlceras nos pés (3,2%), amputações (2,1%), cegueira (1,6%) e insuficiência renal crônica (1,5%).

Segundo Chacra e Lerário (1998) os fatores de risco relacionados aos aspectos da nutrição, obesidade, sedentarismo, suscetibilidade genética e estresse entre outros, são capazes de desencadear deficiência metabólica. Deste modo, fica evidente a influência do estilo de vida adotado pela pessoa na colaboração com a história natural da doença.

O diabetes necessita de controle diário e consciência do paciente em

relação ao seu diagnóstico, tendo o mesmo que compreender sua responsabilidade no tratamento, pois mantendo os cuidados adequados, evita-se a hospitalização e apresentação de complicações, sendo que esta doença bem controlada possibilita ao sujeito um cotidiano normal e sem sofrimentos para ele e sua família.

1.2- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A prevalência do DM está crescendo no mundo, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Somente nos Estados Unidos estima-se que 16 milhões de indivíduos possuem essa patologia, embora se estabeleça um diagnóstico clínico em apenas metade desses casos (COLBERG & SWAIN, 2000).

O DM afeta aproximadamente 130 milhões de pessoas em todo o mundo e estima-se que esta cifra chegará ao redor de 300 milhões no ano de 2025. Este aumento incidirá nos países latino americanos, sendo que 80% dos anos de vida que se perdem no mundo por incapacidades causadas pelo DM correspondem aos países em desenvolvimento (GAGLIARDINO, 2001).

Já no Brasil, estima-se a prevalência em 7,6%, assim cerca de 5 milhões de pessoas seriam portadoras de diabetes, das quais metade desconhece o diagnóstico (LERÁRIO, 1998) e em 2025, as projeções indicam que atingirá 11 milhões (KING et al., 1998). Na cidade de São Paulo esse percentual é de 9,68% (RABELO, 1998).

Muitos fatores estão subjacentes ao crescente ônus que o diabetes está representando para os sistemas de saúde, particularmente o aumento das taxas de

obesidade e sedentarismo, bem como o envelhecimento populacional.

Em Ribeirão Preto, município localizado no estado de São Paulo, na população urbana com idade entre 30 e 69 anos, a prevalência de diabetes em 1997 foi estimada em 12,2%, sendo que 25% dessa população desconheciam o diagnóstico (TORQUATO et al., 2001).

Além da alta incidência e prevalência do diabetes na população em geral, verifica-se que houve um aumento contínuo do diabetes como causa de óbito no Brasil, nos períodos de 1980 a 1994, como também, um aumento na mortalidade por diabetes em relação ao total de óbitos nas principais capitais brasileiras no período de 1950 a 1994 (BARRETO & CARMO, 1998; LESSA, 1992).

Assim, o diabetes quando mal controlado, pode representar uma pesada carga econômica para o indivíduo e para a sociedade. Dependendo do país, o DM pode alcançar entre 5 a 14% dos gastos com a saúde (HERNANDEZ et al., 2000).

De acordo com Chacra (2001), podemos observar o impacto causado pelo DM na sociedade, a partir da análise da pesquisa da Sociedade Brasileira de Diabetes baseada em dados do Ministério da Saúde, além de levantamentos regionais, onde são destacados alguns aspectos:

- O DM é a sexta causa mais freqüente de internação hospitalar, contribuindo de forma significativa (30% a 50%) para outras causas como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial;
- 30% dos pacientes internados com dor precordial em Unidades Coronarianas Intensivas são diabéticos;
- DM é a principal causa de amputações de membros inferiores e cegueira adquirida;

- Cerca de 26 % dos pacientes em programas de diálise são diabéticos.

No diabetes do tipo 2, o início da doença geralmente é insidioso, podendo permanecer sem detecção por considerável período de tempo. No entanto, sabe-se que o distanciamento de comportamentos preventivos às doenças crônicas e à adoção de um estilo de vida negativo estão presentes, principalmente em sociedades industrializadas, que vêm experimentando, nas últimas décadas, elevações significativas dos índices de morbidade.

1.3- O DIABETES MELLITUS TIPO 2

O diabetes tipo 2 é o tipo mais prevalente na população, envolvendo cerca de 90% das pessoas, e vem da associação de forte predisposição genética e familiar com o estilo de vida e os fatores ambientais da pessoa. A eclosão clínica é muito comum entre aqueles que apresentam em suas famílias parentes diretos portadores de diabetes (pais, tios, avós, irmãos) e que vivem em ambiente favorecedor da obesidade e do estresse (OLIVEIRA apud OLIVEIRA & MILECH, 2004).

Gagliardino (2001) analisou uma amostra de uma população e encontraram diferenças entre o DM1 e DM2, quanto à faixa etária, sendo que no tipo1 era predominante à idade entre 16-35 anos e para tipo 2 estavam entre 36-45 anos, cabendo ressaltar que em geral as pessoas com DM1 tinham um melhor controle metabólico do que as com DM2. O mesmo autor citado acima relata que existem evidências de que as alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na prática de atividades físicas estão associadas com o acentuado aumento na prevalência do diabetes tipo 2. Os programas de prevenção primária do diabetes do tipo 2 têm se baseado em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas,

visando combater ao excesso de peso. Os resultados do Diabetes Prevention Program demonstraram uma redução de 58% na incidência de casos de diabetes através do estímulo à dieta saudável e à prática de atividades físicas, sendo essa medida mais efetiva do que o uso da metformina. Em um estudo longitudinal, envolvendo o seguimento por 16 anos de 84.941 enfermeiras, o controle de fatores de risco modificáveis, como consumo alimentar habitual, atividade física, tabagismo e excesso de peso, foi associado a uma redução de 91% na incidência de diabetes, redução que foi de 88% nos casos com história familiar (FRANCO¹ 2004 apud OLIVEIRA & MILECH, 2004). No Finnish Diabetes Prevention Study foi mostrado que uma redução do peso em torno de 3 a 4kg em quatro anos, reduziu a incidência do diabetes também em 58% (THUOMILETHO et al.² 2001 apud FRANCO, 2004).

Para que os programas de prevenção apresentem maior efetividade no controle do DM tipo 2, é necessário que a pessoa diabética seja vista pelos profissionais de uma maneira integral, levando-se em consideração como se sente, o que pensa e como interpreta a sua doença (SANTOS, 1999). Martinez (1992) em um estudo qualitativo realizado no México encontrou que vários profissionais da saúde estudados não se referiam aos pacientes diabéticos como pessoas, mas olhavam apenas para a enfermidade e os aspectos biológicos do diabetes.

No presente estudo a amostra é composta exclusivamente por mulheres, pois as mesmas apresentam uma maior prevalência em relação ao número de hospitalizações no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-HCFMRP. As bibliografias encontradas a respeito do papel feminino em

¹ FRANCO, L.J. Um Problema de Saúde Pública- Epidemiologia. In: OLIVEIRA, J.E.P.; MILECH, A. **Diabetes Mellitus: Clínica, Diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap.3, p.19-32.

² THUOMILEHTO, J.; LINDSTROM, J.; ERIKSSON, J.G.; et al. Prevention of diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. **N. Engl. J. Med.**, v.344, p.1343-1350, 2001.

relação ao cuidado com a saúde, ressaltam que em relação à assistência à mulher, parece ser um conceito bastante simples, considerar a mulher de forma integral no seu espaço físico, social e emocional, mas está longe de ser prática corriqueira prestar atenção e valorizar o que as mulheres pensam, sentem e os aspectos culturais envolvidos no processo saúde/doença (PINOTTI et al., 1988, p.22). Nesse sentido, alguns avanços são primordiais:

“O primeiro avanço é conseguir que, pelo menos nos aspectos biomédicos, se pense na mulher inteira e não em órgãos separados [...]. O passo seguinte é lembrar que encontrar resposta as suas angústias, que reconhecer as suas emoções, pode ser tanto ou mais importante para seu conforto e para a sua saúde que o mais preciso diagnóstico biomédico” (Pinotti et al., 1988, p.22).

Tradicionalmente, as mulheres, mais do que os homens têm sido vistas como pessoas passivas e incapazes de tomar decisões e de se responsabilizar pela própria saúde e cuidado, assim muitas vezes são tratadas como pessoas que precisam obedecer e aceitar as informações e indicações de alguém que decide “o que é bom para elas”. Neste modelo de relacionamento, não há lugar para pensar e considerar o saber popular, não há espaço para a escuta, a troca, o diálogo, a reflexão e os conhecimentos são transmitidos de forma vertical, ou seja, de cima para baixo (XAVIER et al., 1989).

Muitas vezes a qualidade dos serviços de saúde é deficiente sendo comum as mulheres serem discriminadas e desrespeitadas em suas necessidades e valores culturais, desconsiderando-se seus desejos e sentimentos (MANDÚ & SILVA, 1997).

Refletindo sobre a mulher diabética é de extrema importância compreender que normalmente, no âmbito familiar, é a mulher (dona-de-casa), a pessoa que mais entende sobre as questões relativas à saúde e à doença; é ela quem avalia suas próprias condições de saúde e a de seus familiares, como também, é ela quem toma

a decisão de procurar soluções dentro ou fora da medicina oficial, tanto para si como para seus familiares (QUEIROZ, 1993). Ainda mais, é a mulher que geralmente manipula os medicamentos, é a responsável pelo preparo e pela indicação de chás, enfim, é a pessoa mais procurada quando alguém da família está doente (OLIVEIRA, 1998). A mulher exerce um importante papel no cuidado de sua saúde e na de seus familiares.

Lopez-Carmona et al. (2003), em seu estudo aplicaram um instrumento para medir o estilo de vida de pacientes com DM2 e observaram que as mulheres mantêm um domínio maior sobre a questão nutricional, podendo estar associado a uma maior assistência delas nas unidades de atenção médica e por outro lado considera-se a questão delas prepararem os alimentos, na qual permite decidirem sobre o cardápio com mais facilidade do que os homens. Entretanto outros autores acreditam que este último fator citado também pode interferir na dificuldade em seguir a dieta no tratamento prescrito. O fato das mulheres buscarem mais assistência médica oferece possibilidades de obtenção de maiores informações a respeito do diabetes. Já no domínio das emoções os homens apresentam maior controle emocional, sendo as mulheres mais suscetíveis ao estresse.

Witt³ (1996 Apud PÉRES, 2004) ressalta alguns fatores que contribuem para o estresse ocasionado no dia-a-dia das mulheres, citando a sobrecarga de trabalho ao conciliarem múltiplas tarefas e a jornada de trabalho, sendo as tarefas domésticas freqüentemente determinadas pelos horários de trabalho do marido e dos filhos. Para as mulheres com DM tipo 2 manterem os níveis glicêmicos nos valores normais envolve um árduo empenho e uma busca pelo controle da doença sem interrupção, sendo as mesmas sujeito-alvo de intervenções no estilo de vida.

³ WITT, R.R. Gênero e diabetes: implicações para o autocuidado. In: LOPES, M.J.M. et al. (Org). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap.10, p.150-156.

1.4- HOSPITALIZAÇÃO POR DIABETES MELLITUS

Segundo a Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), o número de internações por DM registrados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), no ano de 2000, foi elevado, tendo sido gasto acima de R\$ 39 milhões com hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses custos estão relacionados à alta taxa de permanência hospitalar do diabético e também à severidade das complicações que, muitas vezes, requerem procedimentos complexos e onerosos, sendo que esta clientela poderia evitar estas hospitalizações através de modificações no cuidado com sua saúde.

Para se avaliar o ônus para o sistema de saúde representado pelas hospitalizações por diabetes, a validade das informações derivadas de boletins de alta hospitalar tem sido questionada. Considerando-se todas as internações de pessoas com diabetes, estima-se que em torno de 40% desses pacientes não possuem menção ao diabetes no boletim de alta hospitalar (AUBERT, 1995).

Segundo dados da literatura, indivíduos com diabetes apresentam maiores taxas de hospitalizações quando comparados com os que não tem diabetes, além disso, a duração da hospitalização tende a ser mais prolongada para um mesmo problema de saúde. Tem-se observado no Brasil um crescente número nas hospitalizações por diabetes, em proporções superiores às hospitalizações por todas as causas, o que de certa forma reflete o aumento em sua prevalência. Um registro existente na região de Ribeirão Preto-SP, abrangendo 27 municípios, que computam as hospitalizações tanto da rede pública como da privada, demonstra parte da

dimensão que o problema está adquirindo. Nos anos de 1988 a 1997, pode-se notar que, para um aumento de 20,6% da população, ocorreu um aumento de 14,3% nas hospitalizações por todas as causas e de 53,9% nas hospitalizações com menção de diabetes (FRANCO & ROCHA, 2002).

Oliveira (2004 apud Oliveira e Milech, 2004), relata que no Hospital Universitário Clementino Filho-HUCFF-UFRJ, o portador de diabetes apresenta o custo, baseado em alta hospitalar, mais elevado entre as internações não-cirúrgicas; as complicações crônicas e infecciosas justificam esse achado, com procedimentos propedêuticos e terapêuticos com a participação de vários especialistas e, finalmente com maior tempo de permanência hospitalar. Franco (2004 apud Oliveira e Milech, 2004) diz que o demonstrativo de gastos com internações por doenças não transmissíveis da rede contratada do INSS (excluindo-se as obstétricas) apontou o diabetes em terceiro lugar, antecedida pelas enfermidades cardiovasculares e do câncer, com o custo hospitalar-dia mais elevado que as demais. Portanto, em nossa população, a síndrome diabetes mellitus promove repercussões importantes não apenas na área da saúde, em razão de sua incidência e prevalência elevadas, mas também pelo fato de vir quase sempre acompanhada de complicações múltiplas, que irão causar grande impacto nas áreas social e econômica.

Segundo Pinho (2000), apesar da grande participação dos pacientes nas atividades propostas por um programa de educação em diabetes no município de Goiânia- GO, as internações e complicações continuavam a ocorrer com muita frequência. No entanto a assistência médica oferecida às pessoas com diabetes necessita ser regular para evitar um maior número de hospitalizações e procedimentos especiais.

Pereira (2000) cita que vários são os estímulos que concorrem para

aumentar a incidência de doenças crônicas como: a industrialização, a urbanização da população, a poluição ambiental, as condições de trabalho, as preocupações, a dieta, o desemprego e o estilo de vida.

Como observado na literatura, os pacientes acometidos por doenças crônicas acabam sendo sujeitos a reinternações, os autores Williams e Fitton⁴ (1988 apud GALIZZI, 1997,) descrevem sete possíveis razões principais para as reinternações: 1) recaídas da condição clínica original, 2) surgimento de novo problema clínico, 3) dificuldades na assistência domiciliar, 4) complicações da doença original, 5) necessidades de cuidados terminais, 6) problemas com medicamentos, 7) problemas com serviço de apoio, de assistência primária.

Estas reinternações são definidas como “Revolving door”, que segundo Morgado e Lima⁵ (1994 apud SANTOS, 2003,) é o melhor indicador da assistência na comunidade - indicador direto da assistência hospitalar, mas que por via indireta ele diz muito sobre o funcionamento dos serviços na comunidade.

Nos países desenvolvidos, o “Revolving door” denomina quatro ou mais admissões em menos de dois anos e meio (RABINOWIT et al. ⁶ 1995 apud GALIZZI, 1997). Os pacientes com duas internações em um mesmo ano, ou três vezes em cinco anos consecutivos, são referidos também como “multiadmitidos”.

Baisden et al. (2003) descrevem em seu artigo que os pacientes que apresentam readmissão são aqueles que permanecem mais tempo hospitalizados e associam o revolving door às complicações da doença original.

Rodriguez et al. (2002) ressaltam a questão da reinternação como medida

⁴ WILLIAMS, E.I.; FITTON, F. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital, **B. M. J.**, v.297, n.6651, p.784-787, sep., 1988.

⁵ MORGADO, A.; LIMA, L.A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.34, n.1, p.19-28, 1994.

⁶ RABINOWITZ, J.; MARK, M.; POPPER, M.; SLYUZBERG, M.; MUNITZ, H. Predicting revolving-door patients in a 9 year national sample. **Soc. Psych. Epidemiol.** v.30, n.2, p.65-72, 1995.

de qualidade assistencial. Smith et al. (2000), em seu estudo concluíram que o risco de rehospitalização é maior em pacientes que já tiveram várias internações em sua história. Os autores Ashton et al. (1995), verificaram em sua pesquisa que a readmissão está associada com a deficiência terapêutica no processo de cuidado do paciente.

Weinberger et al. (1996) citam em seu artigo, o alto custo de tratamento exigido pela doença crônica e as condições sócio-econômicas da maioria destes pacientes, concluindo assim como os autores Williams et al. (1994), que as intervenções domiciliares após a alta contribuem para a redução da incidência de reinternações.

Observa-se, portanto que as pesquisas realizadas pelos autores encontrados na bibliografia, estão de acordo com as sete possíveis razões citadas anteriormente por Williams e Fitton⁷ (1988 apud GALIZZI, 1997).

Egea et al. (1998) investigaram em seu estudo as 10 primeiras causas de hospitalização de pacientes maiores de 12 anos, no Hospital de Pérez, Caracas no período de 1992-1997 e encontraram dentre estas causas o diabetes mellitus tipo 2 descompensada.

Oliveira (2002), analisou em sua pesquisa os fatores de risco relacionados à incidência de cardiopatia e outras complicações associadas ao diabetes, e verificou que a presença de cardiopatia e outras complicações associadas ao diabetes mostram a necessidade da adoção de um tratamento mais rigoroso para prevenir a mortalidade precoce e maiores gastos hospitalares e observou que a probabilidade de desenvolver cardiopatia é três vezes maior entre os pacientes do tipo 2 e o gasto

⁷ WILLIAMS, E.I.; FITTON, F. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital, **B. M. J.**, v.297, n.6651, p.784-787, sep., 1988.

com medicamentos aumenta com a duração do diabetes, sendo que os pacientes com DM 2 apresentam maiores gastos com a internação e são mais velhos.

Outro estudo encontrado avalia a qualidade da atenção ao diabético em Cuba, no nível secundário e concluem que os principais motivos de ingresso hospitalar foram: complicações cardiovasculares, complicações nos membros inferiores, infecções e diabetes mellitus descompensada, ressaltando a necessidade de melhora da atenção secundária oferecida a esta clientela (PADILLA et al., 1992).

Durante o ano de (1980-1981) os autores Waitman et al. (1985) realizaram uma revisão das histórias clínicas dos pacientes diabéticos do Hospital de Córdoba na Argentina e observaram que 83% eram internados por complicações crônicas, tendo em média um período de hospitalização de 22 dias e conseqüentemente um alto custo hospitalar para o sistema de saúde, ressaltando a necessidade de maiores cuidados com a doença, a fim de diminuir significativamente a porcentagem de hospitalização e o custo da mesma.

Oliveira (2002), realizou uma pesquisa com 264 pacientes diabéticos cardiopatas e não cardiopatas atendidos pelos ambulatórios do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e observou que a probabilidade de desenvolver cardiopatia é três vezes maior entre os pacientes com diabetes do tipo 2 e o gasto com medicamentos aumenta com a duração da doença, sendo que os pacientes com DM 2 apresentam maiores gastos com internação e são mais velhos.

A educação do indivíduo com DM e de sua família, bem como a orientação aos profissionais que acompanham pacientes diabéticos é essencial para o bom controle da doença e auxilia na tentativa de evitar suas complicações crônicas. Isso reforça a necessidade de uma equipe multidisciplinar. Silveira et al. (2001)

recomendam a implantação de algumas medidas que objetivam minimizar as complicações crônicas e reduzir a frequência de hospitalizações:

1. Educação do paciente e familiares quanto ao reconhecimento dos sinais e sintomas de hiper e hipoglicemia, conhecimento das complicações crônicas do DM, conhecimento de testes para monitorização de glicemia e de quando usá-los, cuidados com a aplicação de insulinas e com uso de seringas, necessidades de consultas e exames periódicos e utilização de alimentação adequada;
2. Assistência de uma equipe multidisciplinar,
3. Política de saúde voltada para educação das populações mais carentes, visando à identificação dos sinais mais precoces de DM, com o fornecimento de insulina e antidiabéticos orais de forma mais regular, disponibilidade de equipe multidisciplinar nos serviços públicos de saúde e programas voltados para prevenção das complicações crônicas.

O sucesso no tratamento em prevenir as complicações crônicas raramente é alcançado, logo a prevenção do desenvolvimento do Diabetes assume grande importância.

CAPÍTULO II: ESTILO DE VIDA

Sabe-se que a idade, raça, sexo e herança genética são fatores preditores do desenvolvimento do DM, porém, por enquanto, nada pode ser feito para minimizar esses efeitos, ao passo que nos outros elementos do campo da saúde é possível a intervenção a favor da prevenção ou controle do DM (BLACK, 2002).

Com o processo acelerado de industrialização e urbanização, as mudanças no estilo de vida e nos hábitos ocasionaram redução na atividade física que, juntamente com as modificações na alimentação, favoreceu o crescimento da obesidade. Esses fatores, associados ao estresse da adaptação nos grandes centros urbanos, fomentaram a eclosão do diabetes entre as pessoas geneticamente predispostas, e cabe ressaltar, que há atualmente evidência que o diabetes tipo 2, pode ser prevenido com modificações do estilo de vida, ou com o uso associado de medicamentos (OLIVEIRA apud OLIVEIRA & MILECH, 2004).

Um modelo explicativo desenvolvido no início de 1970 (LALONDE, 1974) é, ainda hoje, adequado para aplicação na análise das questões que envolvem as doenças crônicas. O Modelo do Campo de Saúde é descrito por Lessa (1999) e contempla quatro elementos que determinam, em função das interações de seus fatores, a ocorrência e o prognóstico das doenças crônicas: estilo de vida, biologia humana, ambiente e a organização do sistema de atenção à saúde.

Tendo como pressuposto que o indivíduo controla hábitos e atitudes que prejudicam sua saúde, o modelo define os fatores próprios de análise do elemento **estilo de vida**, incluindo os hábitos e comportamentos, como as preferências dietéticas, aporte calórico, consumo de tabaco e álcool, uso de medicações,

inatividade física, lazer sedentário e não adoção de tratamentos ou medidas preventivas.

O conceito de **estilo de vida** é complexo e tem evoluído ao longo da história da ciência epidemiológica, a qual busca o entendimento da influência dos elementos ambientais, biológicos e de relações individuais e institucionais, às quais são sujeitas as coletividades (MODENEZE, 2004).

Nahas (2001) evidencia a importância da adoção de comportamentos saudáveis em busca de uma saúde positiva, contrastando com a manutenção de comportamentos de risco que podem ser relacionados ao aumento dos índices de morbidade e de mortalidade. Ainda segundo esse autor, **estilo de vida** é “o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas, onde devem ser valorizados elementos concorrentes ao bem-estar pessoal como o controle do estresse, a nutrição equilibrada, a atividade física regular, os cuidados preventivos com a saúde e o cultivo de relacionamentos sociais” (NAHAS, 2001, p. 147).

A OMS propõe a seguinte definição: “Os estilos de vida são padrões de conduta que têm sido escolhidos das alternativas disponíveis para cada um, de acordo com a sua capacidade para eleger as circunstâncias socioculturais (LOPEZ-CARMONA et al., 2003, p. 260). Nutbeam (1996, p.320) utiliza a expressão estilo de vida para designar “a maneira geral de viver baseada na interação entre as condições de vida, num sentido mais completo, e nos modelos individuais de conduta, determinados por fatores socioculturais e características pessoais”.

Entre os domínios que integram o estilo de vida, têm-se incluído condutas e preferências relacionadas com o tipo de alimentação, atividade física, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, responsabilidade para a saúde, atividades

recreativas, relações interpessoais, práticas sexuais, atividades laborativas e padrões de consumo (MODENEZE, 2004).

Em pesquisa bibliográfica realizada sobre o tema a maioria dos artigos encontrados traz pesquisas que se referem apenas à dieta e à atividade física como responsáveis pelo estilo de vida saudável. Como se pode observar nas definições citadas acima, estes fatores são importantes, mas acompanham uma gama de atividades pessoais, pois os domínios referentes aos estilos de vida não correspondem somente à adoção de alguns comportamentos, como exercício físico, dieta ou a ausência de consumo de substâncias prejudiciais, mas também a outras atitudes e práticas, como a tolerância, a solidariedade, o respeito pelas diferenças, os direitos humanos e a participação, que ocorrem na vida coletiva, relações interpessoais, práticas laborativas, dentre outras (TORRES et al., 2003). Restrepo⁸ (2001 apud TORRES, 2003) afirma a necessidade de sabermos mais sobre a experiência individual do diabético, o ambiente físico e social, a influência da cultura na definição da doença e as atitudes para com ela.

Este estudo vem de encontro à necessidade de ampliar e aprofundar conhecimentos na área do diabetes mellitus tipo 2, avaliando se um estilo de vida prejudicial pode ser um dos fatores que contribuam para as reinternações hospitalares, pois tratar o diabetes é auxiliar o indivíduo na construção de um projeto individual, que permita readaptação à vida e construção de uma realidade pessoal e social.

Como terapeuta ocupacional busco compreender os problemas dos sujeitos em sua vida de atividades, e tento entender as relações que estes sujeitos estabelecem com a vida e sua saúde enquanto realizam suas atividades, enfim, tudo

⁸ RESTREPO. **Promocion de la Salud**: Como Construir Vida Saludable. Bogotá: Médica Internacional, 2001.

que permita compor um quadro de sua situação no momento. Sendo assim acredito que as pesquisas sobre pacientes diabéticos devam abordar todos os aspectos referentes ao estilo de vida, para que realmente as ações de saúde se voltem para um processo de reconstrução do cotidiano, buscando amenizar a cronicidade e possibilitar ao paciente diabético viver momentos saudáveis e prazerosos.

A Terapia Ocupacional como área de conhecimento e prática de saúde, busca compreender o cotidiano, os hábitos e a rotina antes e após o surgimento do diabetes. Cabe portanto, a definição breve destes termos para a compreensão da necessidade da intervenção do terapeuta ocupacional com esta clientela.

Primeiramente, falar em cotidiano remete-nos a pensar em ações que dizem respeito ao dia-a-dia de cada um. Mas por outro lado, pensar o cotidiano a partir de questões teóricas, implica em uma discussão mais específica que segundo Heller (2000), visa à compreensão de um campo do fazer construído com coerência e não apenas ao acaso, pois o homem participa da sua vida cotidiana com os aspectos da sua individualidade, deixando emergir suas habilidades, sentimentos, medos, paixões, ideologias. O homem se apropria de seu espaço e faz uso dele a seu jeito. Portanto, compreender o cotidiano de mulheres diabéticas é refletir sobre suas singularidades, seus valores e experiência acumulada ao longo da vida, é saber o que estas mulheres fazem, como fazem, com quem e onde fazem, como conseguem lidar com seu fazer singular e coletivo. É observar além das atividades rotineiras, as demais ocupações que compõem suas vidas, dando sentido a ela e caracterizando a individualidade de cada uma.

A rotina por sua vez pode ser compreendida como característica da cotidianidade, onde se introduzem uma sucessão nas atividades da vida cotidiana. Ter uma rotina é desempenhar uma série de atividades repetidamente ao longo da

vida, muitas delas, por exemplo, compõem as necessidades básicas do ser humano como: comer, beber, dormir, acordar, etc. No entanto muitos sujeitos, por diversos fatores e situações, deixam de viver um cotidiano, pois não desempenham mais atividades singulares, diferentes, novas e vivem apenas uma rotina, onde segundo Takatori (2001.p.372) “ não há um sujeito que vive o tempo, mas um tempo que anuncia atividades de sobrevivência, de cuidados clínicos incorporados ao seu dia-a-dia”.

Os hábitos também podem ser entendidos como características da cotidianidade. Quando se fala em estilo de vida, conseqüentemente se remete ao pensamento em hábitos saudáveis ou desfavoráveis. No presente estudo pode-se compreender hábitos saudáveis, como a tomada de atitudes que gerem benefícios para a saúde. Cabe ressaltar que “a aquisição de hábitos é mais difícil que a de habilidades, uma vez que hábitos envolvem uma unidade de comportamento de maior complexidade e dependem da existência de um mínimo de proficiência” (Benetton et al, 2003, p. 32). No entanto ao pensar em educação em saúde para o paciente diabético, é necessário que os profissionais de saúde compreendam que para que um hábito saudável seja incorporado no dia-a-dia de cada sujeito é necessário que ele faça sentido para quem o pratique e não seja meramente imposto.

Como coordenadora de um grupo de Terapia Ocupacional com pacientes portadores de doenças crônicas, durante Aprimoramento Profissional, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, foi-me possível observar que a doença causava a restrição de muitas atividades e conseqüente ruptura no cotidiano, onde após a doença havia apenas atividades rotineiras que traziam insatisfações com a vida e comprometiam um estilo de vida saudável; então

alguns questionamentos começaram a surgir, dentre eles, quais seriam as variáveis que realmente influem sobre o efeito da melhora ou piora daqueles pacientes, o que fazia com que alguns retornassem ao hospital com frequência?

Buscar entender os fatores que influenciam na reinternação hospitalar, é para o terapeuta ocupacional compreender o cotidiano, as rotinas e os hábitos de cada paciente, saber da realização de suas atividades e ocupações.

A atividade e ocupação são dois conceitos diferentes e centrais da Terapia Ocupacional, a diferenciação entre eles possibilita uma maior clareza da eficácia da intervenção com pacientes diabéticos. Para Cepreau (1998, p.136), “as atividades são grandes idéias culturais do fazer”, uma idéia geral sobre uma categoria de ação, onde os significados são compartilhados e não se originam de uma pessoa”. Por exemplo, “comer”, quando se fala em comer, independente do país, raça ou cultura, se tem uma idéia geral sobre esse fazer.

Já quando se fala em ocupação, esta é definida “como uma experiência única construída por uma pessoa dentro de um contexto único” (Pierce apud Benetton et al. 2003, p.13). Resgatando o exemplo anterior, nota-se que cada um “come” de um jeito, em determinado horário, em lugares diferentes, o que torna esta ação singular e subjetiva, onde só quem a executou é que poderá descrevê-la.

Cabe ao Terapeuta Ocupacional frente à problemática de pacientes com diabetes avaliar as atividades e ocupações presentes em seu cotidiano, sendo possível intervir frente as reais necessidades, podendo contribuir de forma significativa com a equipe através de dados que permitam identificar como estes pacientes fazem, sentem, vivem, enfim, proporcionar a estas pessoas a retomada da via de sua própria vida e o sentido de seu existir - responsável.

Este profissional avalia o desempenho ocupacional dos sujeitos nas

realizações de suas atividades cotidianas, segundo Pedretti & Early (2005, p.4) desempenho ocupacional compreende “a capacidade dos pacientes em realizar as tarefas que possibilitam o desempenho de papéis ocupacionais de maneira satisfatória e apropriada para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente do indivíduo. O desempenho ocupacional está dividido em: a) áreas do desempenho (atividades de vida diária, atividades produtivas e o trabalho e as atividades de jogos ou lazer) e : b) componentes do desempenho (sensório motor, cognitivo e psicossocial). No presente trabalho de campo referente a esta pesquisa buscou-se conhecer as dificuldades na realização das atividades presentes nas áreas do desempenho ocupacional das mulheres diabéticas do grupo teste e controle, afim de levantar dados que contribuam para o entendimento do estilo de vida adotado por cada grupo estudado.

A manipulação de materiais e a vivência concreta, na terapia ocupacional, fazem com que o paciente tenha ação e possa, de forma adequada e protegida, perceber seus sentimentos e necessidades, especialmente seus mecanismos de defesa, pois nessa situação pode “fazer e desfazer” coisas, transformando e criando. Isso faz com que o paciente possa tomar contato, então, com seu comportamento, entenda seu pensamento, o que o leva a abstração, caminhando no sentido de facilitar seu processo terapêutico. Além de adquirir abertura na compreensão de outros comportamentos, de suas relações e experiências no dia-a-dia grupal e individual (OLIVEIRA, 2000), podendo incorporar atitudes e hábitos mais saudáveis em sua vida.

Em relação à assistência específica da Terapia Ocupacional para pessoas com diabetes, encontrou-se apenas um artigo que descreve este profissional como parte da equipe e relata rapidamente as estratégias utilizadas para o tratamento.

Neste estudo realizado por Torres et al. (2003), 124 pacientes do Ambulatório Borges da Costa, do Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia (SEEM), do HC/UFG, passaram pela consulta individual e foram encaminhados para um grupo operativo que utilizou a experiência de jogos para educar em saúde. A equipe era composta por enfermeiros de ensino e serviço, alunos do curso de graduação em Enfermagem e profissionais de saúde (endocrinologista, nutricionista, enfermeiro e terapeuta ocupacional) do serviço. Os pacientes se localizavam na faixa etária de 51 a 70 anos, de ambos os sexos, com tempo de duração da doença de mais de dez anos e com predomínio de diabetes tipo 2. Foi oferecido curso de sensibilização e orientação em diabetes mellitus, sendo depois formados 12 grupos, onde cada profissional buscava a transmissão de conhecimentos básicos sobre sua área temática e, ao mesmo tempo, contribuía para refletir sobre a possibilidade de trabalhar os estilos de vida, facilitando assim o controle da doença. Este estudo enfatiza a utilização de jogos e mostrou que este recurso ampliou a participação e o comprometimento do indivíduo diabético, o qual pode perceber e assumir sua responsabilidade na prevenção, no controle da doença e na promoção de saúde, e do profissional de saúde na transformação do ambiente clínico e do próprio processo educativo.

Frente a isso, pode-se verificar que o estudo do estilo de vida de pacientes diabéticos é de extrema importância, pois as mudanças trazidas com a doença necessitam de uma intervenção eficaz sendo assim pode-se sugerir como uma das estratégias para o tratamento do DM, a assistência de Terapia Ocupacional, sendo este profissional de extrema importância na composição da equipe multidisciplinar.

A intervenção da Terapia Ocupacional se justifica para esta área da atuação (pacientes crônicos), à medida que sua prática é facilitada pelos seguintes

princípios:

- a possibilidade de expressão de sentimentos e emoções, através da utilização de materiais na atividade terapêutica, fornecendo assim dados da história do indivíduo, seus gostos, conflitos, enfim, aquilo que nem sempre se consegue dizer verbalmente, facilitando a percepção de comportamentos, experiências internas, estabelecidas pelos pacientes diabéticos nas relações pessoais e interpessoais do seu dia-a-dia (OLIVEIRA, 1999).

- possibilidade de avaliar através do “fazer” a realização das atividades em sua vida, seu desempenho, grau de satisfação e como estes fatores podem contribuir para as modificações no estilo de vida e a forma de lidar com a doença;

- estratégias e condutas que valorizem a cultura e situação atual do paciente, convívio social, trabalho, enfim o exercício de cidadania;

- estratégias de auxílio na organização das atividades cotidianas;

- possibilidade de trabalho com a família, através de orientações a esta e ao paciente sobre aspectos referentes ao cuidado com a saúde.

No estudo realizado com os diabéticos pertencentes ao Policlínico Cerro no México por Hernandez et al. (2000), foram encontradas significantes variáveis negativas ao estilo de vida desses pacientes, como elevada inexistência de consultas médicas, essenciais para o diabético, a falta da educação em DM, o tabagismo e a vida sedentária. Os autores inferem ser inquestionável que um estilo de vida inadequado conduz ao mau controle metabólico, que atualmente é conhecido como um fator de primeira ordem na aparição das complicações secundárias dessa doença.

O estudo realizado por Nascimento (2003), identificou os principais preditores para o desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2 numa população de

alto risco, como os nipo-brasileiros residentes no município de Bauru, de ambos os sexos, com idade superior a 30 anos. A homeostase glicêmica avaliada, mostrou que os indivíduos com glicemia de jejum alterada ou tolerância à glicose diminuída apresentavam maiores chances de progressão do DM2 (60 e 70%, respectivamente) do que os normais (19%). As principais variáveis envolvidas nessa progressão foram IMC (índice de massa corporal), circunferência da cintura (apenas mulheres), pressão arterial sistólica, glicemia de jejum e de 2h e VLDL-colesterol. Esses resultados evidenciam o potencial existente para a redução da incidência de DM2 nessa população, pois esses fatores são passíveis de intervenção apenas com mudanças no estilo de vida.

Observa-se através das definições sobre estilo de vida, que este conceito é bastante complexo e genérico, pois envolve tanto aspectos objetivos como subjetivos. No presente trabalho buscou-se conhecer a importância das relações interpessoais, do trabalho, aspectos socioeconômicos, ambientais e culturais, atividades de lazer e a percepção de saúde na vida das mulheres com diabetes tipo 2, sendo estes aspectos do estilo de vida pouco explorados na literatura encontrada em revisão bibliográfica sobre o tema, aspectos estes de fundamental importância para a compreensão de atitudes e práticas de solidariedade, respeito e participação na vida coletiva de mulheres diabéticas.

Cabe ressaltar os domínios do estilo de vida que foram abordados no estudo:

➤ **Dieta:** em relação a este aspecto, os autores, Mota e Cavalcanti (1999) lembram que o custo financeiro da alimentação recomendada para o controle do DM é freqüentemente mencionado como um fator limitante para a sua adesão. Várias pacientes entrevistadas citaram este fator ressaltado pelos autores, onde uma delas

relatou *“eu sei que existem muitos produtos para quem tem diabetes, mas a gente não tem dinheiro pra comprar nem o essencial, ainda mais estes e daí não tem jeito”*.

A situação ocupacional do portador de DM também pode dificultar o controle adequado em função dos horários estabelecidos, alimentação oferecida e tipo de atividade exigida. Em relação a isso algumas pacientes relataram que *“fico fora o dia todo trabalhando com vendas de casa em casa, quando dá, eu como na hora certa, mas é difícil”*, ou ainda *“trabalho na casa dos outros, como o que tem por lá, dieta? Ah, não dá pra fazer não”*.

Inúmeros trabalhos epidemiológicos mostram a obesidade e o sedentarismo, estando independentemente relacionados ao desenvolvimento do DM. Vários dados sugerem que são baixos os riscos de ocorrer DM em indivíduos com o índice de massa corporal (IMC) < 21, e que a prevalência acompanha o nível de obesidade. Outros estudos apontam que o baixo peso e a adoção de exercícios físicos podem prevenir ou retardar o desenvolvimento do DM tipo 2 nas pessoas com alta predisposição para a doença (WING et al. 2001).

Modeneze (2004), relata que embora seja a redução de peso uma das mais importantes medidas para a melhora da sensibilidade insulínica, pode se constituir em um dos objetivos mais difíceis de serem atingidos e o sucesso da intervenção sobre o estilo de vida torna-se essencial.

➤ **Exercício Físico:** alguns autores relatam os benefícios dos exercícios físicos para o controle e prevenção do DM, como Forjaz et al. (1998) que indicam que a prática regular promove adaptações metabólicas e endócrinas crônicas, distintas daquelas observadas em uma única sessão de exercício físico.

Caballero et al. (2000), ressaltam que os benefícios do exercício físico, que se observam em pacientes diabéticos, deve-se a modificações nas áreas

cardiopulmonar, osteoarticular, psicológica e metabólica, melhorando a pressão arterial, débito cardíaco, tônus muscular, elasticidade e flexibilidade do tecido conectivo de ligamentos e articulações, sensação de bem estar, de maneira bem clara o controle glicêmico e a qualidade de vida.

No caso do DM tipo 2, os exercícios físicos não normalizam a sensibilidade à insulina, nem a síntese de glicogênio, devendo, portanto, serem associados a outras condutas que podem auxiliar no tratamento dessa doença. Os exercícios físicos também são benéficos para outros componentes metabólicos, reduzindo níveis de pressão arterial, melhorando a hemoglobina glicosilada e o perfil lipídico do plasma, em especial a elevação do HDL-colesterol. Esses benefícios independem da perda de peso que, quando presente, potencializam esses efeitos e melhoram a qualidade de vida (FORJAZ et al., 1998).

Colberg e Swain (2000) relatam, em seus estudos, que mulheres engajadas em um programa de exercícios físicos vigorosos, pelo menos, uma vez por semana, têm um baixo risco de desenvolver DM, comparado com mulheres que não realizam exercício físicos, independente da obesidade. Ressaltam, ainda, que para cada 500 kcal gastas a mais no dispêndio de energia semanalmente, ocorre uma redução de 6% no risco de desenvolver DM.

White e Sherman (1999) comentam alguns benefícios dentre os vários proporcionados pelos exercícios físicos no controle e prevenção do DM: diminuição dos riscos cardíacos, diminuição do peso corporal, melhora da socialização.

Beamer (2000) chama a atenção para o fato de que a maioria dos diabéticos é sedentária, sem condicionamento físico e sem experiência na execução de exercícios físicos. Assim, antes de iniciar um programa formal, apenas simples mudanças no dia-a-dia dessas pessoas já surtem efeitos benéficos. Subir escadas

ao invés de utilizar o elevador, caminhadas um pouco mais longas que as de costume, com duração de pelo menos 10 minutos, e andar mais a pé do que de carro, são alguns dos exemplos das práticas que podem levar aos benefícios. Em relação à questão citada, uma entrevistada relatou *“depois que comecei a fazer caminhada duas vezes por semana, percebi que meu ânimo melhorou e até a dor nas pernas”*.

➤ **Relacionamentos Interpessoais:** um outro componente do estilo de vida de fundamental importância para obtenção de uma vida saudável, que sofre modificações com a presença do diabetes, podendo comprometer o dia-a-dia do paciente, pois segundo os autores Ryff e Singer (2001), os relacionamentos sociais são as maiores fontes de felicidade, ajudando no controle do desprazer e na manutenção da boa saúde. Em alguns estudos sobre emoções e relações sociais, os autores procuraram entender os mecanismos pelos quais as relações contribuem para o bem-estar emocional e que tipos de interações são mais satisfatórias. Concluíram que as relações em que as pessoas estabeleciam uma ligação mais segura e duradoura e experimentavam afetos positivos estavam mais associadas com o alto bem-estar afetivo. Já pessoas que tinham ligações inseguras ou que evitavam contatos demonstravam baixos níveis de bem-estar emocional.

Winnicott⁹ (1979 apud OLIVEIRA 2000, p.83) afirma também, que o desenvolvimento da pessoa se dá dentro de um contexto social, a partir dos meios e dos propósitos da sociedade. A criatividade se exerce nas possibilidades culturais e delas recolhe as formas concretas e expressivas.

Segundo Oliveira (2000), os fenômenos como saúde/doença, bem-estar/mal-estar não são apenas físicos, possuem uma dimensão sociocultural, coletiva e outra

⁹ WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

psicológica, individual que não deveriam ser dicotomizadas, devem ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada indivíduo, à medida que demonstram que as possibilidades de lazer e trabalho são determinadas e permeadas pelas relações interpessoais.

➤ **Trabalho:** este aspecto merece significativa atenção, pois um paciente portador de diabetes, que apresenta complicações da doença devido a hábitos pouco saudáveis, chega a ficar hospitalizado várias vezes em um mesmo ano, faltando do emprego (absenteísmo) e chegando algumas vezes a perdê-lo. Outras há necessidade de aposentadoria devido aos problemas de saúde, ou encontram no diabetes o impedimento para deixar de fazer algum trabalho.

A respeito do papel exercido pelo “trabalho” na vida do homem, Soares¹⁰ (1991 apud MEDEIROS, 2003) ressalta que o homem, diferentemente das outras espécies, é um ser em constante transformação, decorrente não mais de sua estrutura biológica, orgânica, mas fundamentalmente do trabalho humano, da produção material da sua existência. As transformações promovidas pelo homem e sobre o próprio homem se realizam a partir do e no processo do trabalho humano. Este processo não diz respeito somente à remuneração financeira, mas a todo tipo de trabalho que o homem venha exercer em sua vida, que lhe traga satisfação e realização pessoal. Portanto uma ruptura neste domínio do estilo de vida por causa do diabetes pode representar um grande sofrimento para o paciente.

Esta mesma autora também relata, que o homem a partir de sua prática, antecipa-se a ela, prevê, planeja sua ação e a modifica no contato direto de sua ação sobre a realidade material. Ao final deste processo, o homem modifica seu próprio plano, incorporando os dados adquiridos na experiência prática, ou melhor,

¹⁰ SOARES, L.B.T. TERAPIA OCUPACIONAL: Lógica do Capital ou do Trabalho? In: SOARES, L.B.T. **Trabalho, Capital e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991. Cap.1, p.19-56.

tanto a realidade material (o que é dado) pode ter sido transformada quanto às relações sociais, as concepções, ou ainda o próprio homem (Soares¹¹ 1991 apud MEDEIROS, 2003).

➤ **Percepção de saúde e autocuidado:** sabe-se que o cuidado com a saúde é um aspecto importante para evitar momentos de estresse, já que alguns autores têm enfatizado que o estresse está relacionado com um pior controle glicêmico em portadores de DM (HELENO 1991; WALES, 1995). Souza (1997) fez um levantamento bibliográfico sobre os aspectos psicológicos, psicossociais, traços ou alterações de personalidade que poderiam estar relacionados ao não seguimento do tratamento do DM e verificou que alguns autores enfatizam que existe uma relação entre estresse e pior controle glicêmico, mas por outro lado, há trabalhos que negam qualquer conexão entre estresse e diabetes. Na prática clínica, é comum especialista e pacientes acreditarem que o estresse constitui fator importante na desestabilização do diabetes. Além do mais, diversos estudos citados por Souza (1997) mostram que pacientes seguem de forma mais adequada o tratamento do diabetes, através do manejo do estresse e da ansiedade. Por isso, o controle do estresse deve também fazer parte do tratamento do diabetes.

Para Heleno (1991), a pessoa com diabetes pode ter uma vida normal, no sentido de se sentir bem e de não apresentar complicações que deterioram significativamente a qualidade de vida. Para este autor, essa ocorrência, em certa medida, depende de como o paciente lida com alguns sentimentos (angústia, medo, raiva, culpa). Para manter o controle da glicemia é necessária aceitação e adaptação à nova situação.

¹¹ SOARES, L.B.T. TERAPIA OCUPACIONAL: Lógica do Capital ou do Trabalho? In: SOARES, L.B.T. **Trabalho, Capital e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991. Cap.1, p.19-56.

Witt¹² (1996 apud PÉRES, 2004) fala que o portador de diabetes, para manter o controle glicêmico, precisa tomar medicação e/ou insulina adequadamente, fazer exercício físico, manter dieta adequada e monitorar a glicose sanguínea desta forma, faz com que tenham que desenvolver um autocuidado ativo, ou seja, precisam ser capazes de cuidarem de si, mantendo hábitos de vida saudáveis. O ato de “cuidar da saúde” remete ao contexto a noção de “empowerment”, o conceito cuja expressão é, muito utilizada no Canadá e de difícil tradução em português, baseia-se na idéia de garantir ao sujeito o controle absoluto de sua vida, promovendo a responsabilização do paciente sobre sua saúde. Carvalho¹³ (1996 apud Carvalho, 2002, p.184) compreende que o quadro sanitário atual está a exigir a atualização do pensamento sanitário, de forma que este entenda os indivíduos na sua complexidade de “sujeitos sociais lidando com os resultados de suas escolhas e de sua intervenção, fruto de sua competência reformadora da vida natural, à qual deverão recorrer para enfrentar os desafios ora postos”.

É importante que o paciente compreenda aspectos saudáveis no seu cotidiano, se responsabilizando pelas suas atitudes frente ao tratamento do diabetes, não culpando simplesmente, o serviço de saúde, a doença e os profissionais que o assistem.

➤ **Lazer:** dentro dos aspectos de vida saudável, sabe-se que as atividades de lazer são de grande importância para o ser humano, pois são momentos agradáveis, de tranquilidade, estas são, portanto, definidas pela cultura e estilo de vida de cada um e quando mantidas durante a vida proporcionam maior satisfação. O indivíduo com diabetes, muitas vezes perde ou reduz o desejo de fazer atividades

¹² WITT, R.R. Gênero e diabetes: implicações para o autocuidado. In: LOPES, M.J.M. et al. (Org). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap.10, p.150-156.

¹³ CARVALHO, A I. Da Saúde Pública às políticas saudáveis- saúde e cidadania na pós – modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.104-121, 1996.

significativas, contribuindo para uma restrição dos momentos de lazer e felicidade, conseqüentemente um estilo de vida que se volte para a doença existente. Colberg e Swain (2000) apontam em seus estudos, que participações em atividades de lazer foram inversamente relacionadas ao desenvolvimento do DM tipo 2, especialmente em homens pertencentes a um grupo com alto potencial para desenvolvimento da doença.

Outros estudos como o de Jungjohann et al. (2002), mostram a importância dos profissionais cuidarem também do seu estilo de vida e terem atividades de lazer com freqüência. Os autores em seu estudo com profissionais da área da saúde (médicos, nutricionistas, enfermeiro e outros), avaliaram os aspectos referentes ao estilo de vida (dieta, tabaco e atividade física). Os resultados apresentaram modificações no estilo de vida dos profissionais no último ano e a adoção de hábitos mais saudáveis. Ressaltou-se que o profissional que tem um estilo de vida saudável tem maior credibilidade para prescrever mudanças no estilo de vida de seus pacientes.

➤ **Fatores ambientais, socioeconômicos e culturais:** sabe-se que as decisões individuais são de grande importância para um estilo de vida adequado, porém é necessário que o profissional de saúde seja capaz de avaliar o quanto essas decisões são realmente livres, pois elas sofrem interferências de fatores ambientais, culturais e socioeconômicos. A autora Lima-Costa (2004), investigou em um inquérito de saúde a associação entre filiação a plano privado de saúde e alguns estilos de vida (alimentação, álcool, fumo e atividade física) e encontrou que os estilos de vida prejudiciais à saúde eram mais freqüentes entre adultos com pior escolaridade, observando-se o oposto para o uso de serviços preventivos de saúde, que eram mais freqüentes entre aqueles com escolaridade mais alta. Aqueles que

eram filiados a plano privado de saúde apresentavam hábitos mais saudáveis que aqueles que usavam o serviço público, concluindo que existem diferenças de estilo de vida entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde, denotando hábitos mais saudáveis entre os primeiros. A prevalência do uso de serviços preventivos neste trabalho foi também significativamente mais alta em comparação àqueles que dependiam exclusivamente do SUS – Sistema Único de Saúde.

Pode-se confirmar, ainda que nas camadas sociais cuja representação da doença crônica é menos pessimista, onde aqueles sujeitos com poder aquisitivo diferenciado e que não dependem única e exclusivamente do sistema público de saúde, que têm seu seguro privado, que podem contar com horários, que têm uma compreensão diferente no ambiente de trabalho, criam-se espaços e experiências diferenciadas e adaptadas para esses sujeitos, de forma a garantir seu papel social (OLIVEIRA, 2000), sendo muitas vezes mais difícil para o paciente pertencente ao SUS, lidar com o diabetes mellitus.

Para Mota (1998, p.22), os objetivos do tratamento do DM que com frequência destacam-se na literatura são: “conseguir obter uma adequada compensação metabólica; evitar ou retardar o aparecimento ou a progressão das complicações da doença; proporcionar ao cliente bem-estar físico, psíquico e social; contribuir para melhorar a qualidade de vida”.

A preocupação com a qualidade de vida relacionada à saúde é um movimento que “objetiva não somente o controle dos sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, mas também avaliar como as pessoas doentes estão vivendo e sentindo a vida” (Fleck et al, 1999, p.22). O termo qualidade de vida inclui uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o

seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas, sendo portanto, um termo complexo e variável em diferentes culturas, realidades sociais e momentos históricos.

A saúde física e mental é produzida na sociedade e é influenciada pelas:

“Formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico (Vaistman, 1992, p.171)”.

De acordo com Baptista¹⁴ (1992 apud PÉRES, 2004), há um reconhecimento universal da importância de programas educativos para o paciente diabético e existem diversos programas de educação em diabetes, alguns sofisticados, sem, contudo conseguir que os pacientes sigam as orientações relacionadas ao tratamento do diabetes. Em um estudo realizado por Duchin e Brown (1990), encontrou-se que 88% dos pacientes diabéticos tipo 2 avaliados declararam que não se beneficiaram de programas educativos.

David (1999, p.95), ao analisar os programas educativos realizados nos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, verificou que freqüentemente “todo o trabalho educativo/informativo circula em um único sentido - do profissional (que detém o saber) para a população (que não sabe), com o objetivo de obter mudanças nos padrões de comportamento e hábitos”.

A pessoa diabética deve ser vista pelos profissionais de uma maneira integral, levando-se em consideração como se sente, o que pensa e como interpreta sua doença (SANTOS, 1999).

Péres (2004) relata que têm ocorrido vários progressos na assistência ao

portador de diabetes, como altas tecnologias, medicações para o diabetes cada vez mais eficientes e o avanço de conhecimentos científicos, no entanto, parece existirem poucos estudos que se voltam para olhar as experiências e vivências da pessoa com diabetes.

A concepção de saúde e doença está relacionada com a cultura, as crenças e os valores de uma população. Assim Sawaia (1994) e Cade (1997), ressaltam que para que um processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer as crenças, os sentimentos, os pensamentos, as atitudes e os comportamentos dos pacientes, enfim, o que os sujeitos apreendem do seu meio ambiente. Pois, percebendo as reais necessidades de cada um, é possível atuar no estilo de vida de forma efetiva.

A educação em saúde, não necessita “convencer” os pacientes a adotarem comportamentos “adequados”, mas conscientizá-los da responsabilidade que têm sobre sua própria saúde. Para Jardim et al. (1996), modificar hábitos de vida está diretamente relacionado com mudanças em sua forma de viver e com a própria saúde. A concepção de saúde e doença que cada um tem é formada por meio da própria vivência e experiência e também na interação com os outros.

Vasconcelos (1989) relata que é fundamental buscar uma educação em saúde baseada no diálogo e na troca de saberes, promovendo um intercâmbio entre o saber científico e o popular, sendo que ambos, profissionais e pacientes, têm muito que ensinar e aprender.

Sabe-se que as ações educativas influenciam o estilo de vida, melhoram a relação profissional-indivíduo e os ambientes social e físico. Além disso, a educação em saúde, como uma prática social, baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes, favorece a compreensão dessa relação no processo saúde-doença e,

¹⁴ BAPTISTA, M. E. C. **Fenomenologia do existir diabético**. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992, 99p.

respectivamente, o intercâmbio entre o saber científico e o popular (BRICENO-LEON, 1996).

Valla (1998) considera que o profissional deve usar uma linguagem compreensível e simples, adequada à realidade, e que tenha como ponto fundamental o indivíduo, buscando conhecer suas necessidades em relação à doença. Essa linguagem possibilita ao profissional exercer uma prática educativa e realizar intervenções pertinentes ao diagnóstico. De forma complementar, Stotz e Valla (1994) sugerem que esse profissional deve atuar como agente facilitador e mobilizador, para melhorar as condições de vida das pessoas e evitar o aparecimento da doença.

Para efetivas mudanças no estilo de vida, é necessário que os serviços de saúde e os profissionais, invistam em estratégias de Promoção de Saúde.

A promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, além de contribuir para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA¹⁵ apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No entanto, ressalta-se que o trabalho em saúde existe enquanto fundado num determinado rol de necessidades, ou seja, necessidades de saúde. Estas necessidades se modificam conforme o processo histórico de cada tipo de sociedade. Dessa forma as estratégias e programas na área da promoção de saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país (PÉRES, 2004).

Assim, um dos propósitos deste trabalho é compreender o quanto os fatores relacionados ao estilo de vida influenciam no cotidiano de mulheres com diabetes

¹⁵ DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, Brasil, Ministerio da Saúde. DATASUS, 2001. Disponível em <<http://datasus.org.br>>. Acesso em: 26 de outubro de 2006.

tipo 2, podendo levá-las a ter uma vida satisfatória e tranqüila, ou levá-las a incapacidades que resultam em uma restrição de atividades significativas, perdas de papéis, relacionamentos sociais e freqüentes internações hospitalares, buscando intervenções práticas de todos os profissionais da área da saúde, inclusive o terapeuta ocupacional que se justifica para esta área de atuação, oferecendo subsídios para a educação em saúde e adoção de estratégias de intervenção mais eficazes no controle do diabetes.

2- OBJETIVOS

2.1 – GERAL

Estudar a influência do estilo de vida na reinternação de pacientes diabéticos

2.2 – ESPECÍFICOS

- Verificar se houve mudanças no cotidiano de mulheres com diabetes do tipo 2, em dois grupos de pacientes com antecedentes de múltiplas internações (Grupo Teste) e de uma internação (Grupo Controle) – estudando os hábitos de vida antes e depois da doença.
- Avaliar os comportamentos favoráveis ou desfavoráveis presentes no estilo de vida dos diabéticos.
- Avaliar se as dificuldades apresentadas no desempenho ocupacional resultante do estilo de vida dos diabéticos podem levá-los a novas hospitalizações.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, do tipo caso-controle, em uma amostra de Mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2.

Segundo Goldenberg, 1997:

“Na pesquisa quantitativa, os pesquisadores lidam com objetos externos e fenômenos que podem ser conhecidos de forma objetiva; já na pesquisa qualitativa, os cientistas lidam com emoções, valores, crenças, entre outros aspectos subjetivos, sendo que cada caso deve ser compreendido em sua singularidade”.

A complexidade existente no estudo sobre estilo de vida, nos levou à necessidade de recorrer à pesquisa qualitativa e quantitativa. A utilização da abordagem qualitativa (através do roteiro de entrevista - MCDO) junto ao método quantitativo (questionário) contribuiu para uma melhor compreensão dos elementos no todo.

Segundo Minayo (2004, p.36), “a polêmica quantitativo versus qualitativo, objetivo versus subjetivo não pode ser assumida simplistamente como uma opção pessoal do pesquisador ao abordar a realidade. A questão aponta para o problema fundamental que é o próprio caráter específico do objeto de conhecimento: o ser humano e a sociedade”. Desta forma, o objetivo do presente estudo – associação entre estilo de vida e hospitalização - mostrou a necessidade de utilizar estes dois tipos de pesquisa para a compreensão do estilo de vida das mulheres com diabetes tipo 2.

Assim a escolha da metodologia quantitativa justifica-se por permitir conhecer de forma objetiva os fenômenos que influenciam o estilo de vida de mulheres com diabetes tipo 2 na reinternação hospitalar, através da utilização de um “Questionário”, que segundo Minayo (2004, p.99), “apresenta questões bastante fechadas, cujo ponto de partida são as referencias do pesquisador”.

Observando através do estudo piloto a necessidade de utilizar outro instrumento que fosse capaz de aprofundar o estudo, ficando mais próximo da realidade do cotidiano das pessoas a serem investigadas, optou-se pela utilização da metodologia qualitativa presente no “Roteiro de Entrevista”, da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional. A entrevista por sua vez consiste de “poucas questões, servindo para orientar uma “conversa com finalidade”, ela deve ser o facilitador de abertura de ampliação e de aprofundamento da comunicação” (Minayo, 2004, p.99).

Este trabalho apresenta um estudo do tipo caso-controle e retrospectivo que, segundo Haddad, (2004) é composto por:

“... catalogação dos indivíduos a partir da exposição e da doença”, sendo os participantes da amostra pacientes diabéticos que já se encontram em exposição a fatores que podem ou não influenciar seu estilo de vida e contribuir para possíveis reinternações hospitalares. Neste trabalho, o grupo de pacientes com apenas uma hospitalização por diabetes foi chamado de “controle” e o grupo com duas ou mais hospitalizações no período de estudo (três anos), foi chamado de “teste”.

A escolha de mulheres para o estudo justifica-se, principalmente pela grande prevalência destas nos serviços de saúde. Além disso, os saberes e práticas acerca da manutenção da saúde, muitas vezes são transmitidos no âmbito familiar pelas mulheres e são elas também que normalmente cuidam da saúde dos seus familiares, vizinhos e amigos (PÉRES, 2004).

Com o exposto acima e levando-se em consideração que existem diferentes comportamentos entre homens e mulheres a respeito do DM, optou-se por trabalhar com pacientes do sexo feminino.

3.1- DELINEANDO O CAMPO DE PESQUISA E OS SUJEITOS

O local da realização da pesquisa foi o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina situado no município de Ribeirão Preto, fundado em 1956, sendo a 9ª maior cidade do Estado de São Paulo. Localiza-se na região sudeste do Brasil e apresenta uma população estimada em 504.923 habitantes (CENSO DEMOGRÁFICO, 2000), espalhados em uma área de 642 Km². Desta população 12,1% são portadores de Diabetes Mellitus, e deste percentual 90% dos casos são portadores de diabetes do tipo 2.

O município conta com 11 hospitais, sendo 3 públicos e 8 privados. Segundo dados do Datasus, até julho de 2003 existiam 26 Centros de Saúde e 8 Unidades de Saúde da Família (DATASUS, 2001).

Caracterização do Hospital das Clínicas

O Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto que iniciou suas atividades em 1956 e realizou diariamente, em 2004, cerca de 2500 consultas, 60 cirurgias, 90 internações, 6 mil exames laboratoriais, 2 mil exames especializados, 500 exames radiológicos e fornece em média 220 transfusões de sangue (Revista Hospital das Clínicas, 2005). Centro de Referência reconhecido concentra linhas de pesquisa de alta complexidade, ensino de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, fonoaudiologia e informática biomédica.

A área de influência do hospital abrange além do município de Ribeirão Preto (50% da demanda) toda a DIR XVIII – Região de Ribeirão Preto (25% da

demanda) e pacientes de outras DIR's do estado de São Paulo e de outros estados (25%) pelo que é comum encontrar nos corredores dos ambulatórios e enfermarias pessoas vindas de outros estados e até mesmo de outros países.

A escolha do local para pesquisa foi realizada pela pesquisadora do estudo, devido ao Hospital das Clínicas oferecer assistência hospitalar através do SUS (Sistema Único de Saúde), contando com número significativo de pacientes diabéticos hospitalizados nos últimos três anos (2002 a 2004). Os dados das internações hospitalares foram obtidos através do Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina Social.

Grupo de Estudo

Foram estudadas 50 mulheres com diabetes mellitus tipo 2, com idade entre 45 e 65 anos, limitação esta para não estender esta faixa etária acima dos 65 anos, devido às possibilidades de internação, não apenas pelo diabetes, mas pelo próprio processo de envelhecimento. Segundo Oliveira (2000), a prevalência do diabetes, em particular o do tipo 2, está aumentando de forma exponencial, adquirindo características epidêmicas em vários países. Nos países desenvolvidos, o aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais avançadas, decorrentes da elevação da expectativa de vida e do crescimento populacional; nos países em desenvolvimento, o aumento será observado em todas as faixas etárias, principalmente no grupo etário de 45 a 64 anos, em que sua prevalência deverá triplicar, sendo esta faixa etária escolhida para a pesquisa. A amostra foi dividida em 2 grupos:

GRUPO TESTE: é formado por 25 mulheres com diabetes tipo 2, com duas

ou mais internações hospitalares nos últimos três anos (2002 a 2004) que receberam assistência no Hospital das Clínicas e realizaram consultas no ambulatório de diabetes.

GRUPO CONTROLE: é formado por 25 mulheres com diabetes tipo 2, com apenas uma internação hospitalar nos últimos três anos (2002 a 2004) e como as pacientes do grupo teste, também se encontram em seguimento no ambulatório de diabetes do Hospital das Clínicas.

Levou-se em consideração o fato de todas as participantes do estudo apresentarem hospitalização, buscando-se compreender o motivo pelo quais algumas voltam a internar-se e outras conseguem apresentar um controle da doença, evitando assim reinternações.

3.2- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO GRUPO DE ESTUDO

- Serem portadores de diabetes tipo II
- Serem mulheres
- Estarem entre a faixa etária de 45 a 65 anos
- Apresentarem uma ou mais internações no período do estudo (2002 a 2004), tendo como causa principal o Diabetes Tipo 2, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
- Não apresentarem problemas psiquiátricos e/ou deficiência mental que prejudique a capacidade de comunicação
- Concordarem em participar desta pesquisa mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido

3.3.- O ESTUDO PILOTO

Foi realizado um estudo piloto, na segunda quinzena de janeiro de 2005, a fim de verificar possíveis dificuldades de compreensão do sujeito sobre os instrumentos.

Foram entrevistados 10 pacientes do ambulatório de diabetes do Centro de Saúde III - Dr Renato Palma Rocha, na cidade de Santa Rosa de Viterbo, sendo seguidos os critérios de inclusão presentes neste trabalho.

Notou-se a necessidade de modificar algumas questões e avaliou-se as dificuldades de aplicação do instrumento e o tempo de execução do trabalho de campo para cada entrevistado. Alguns pacientes foram entrevistados no ambulatório e outros foram entrevistados na residência, sendo possível observar que os dados coletados em residência demonstraram maior veracidade dos fatos, visto que os pacientes entrevistados no ambulatório apresentavam preocupação quanto ao horário de transporte coletivo e o cumprimento de suas obrigações diárias. Decidiu-se, portanto utilizar a entrevista domiciliar para a realização da coleta de dados, pois com o horário e dias marcados foi possível encontrar o paciente mais disposto, permitindo uma interação maior e um aprofundamento na comunicação entrevistador/entrevistado, oferecendo a oportunidade dos sujeitos expressarem seus pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados ao diabetes.

Através do estudo piloto verificou-se a necessidade de utilizar um instrumento que pudesse se adequar às questões subjetivas trazidas nos discursos das entrevistadas, pois ao responderem ao questionário, elas iam colocando as suas histórias de vida. Então se optou por utilizar o roteiro de entrevista da Medida

Canadense de Desempenho Ocupacional, onde as entrevistadas identificam as áreas problemáticas de desempenho ocupacional em suas vidas. A utilização deste instrumento será explicada nos próximos itens do trabalho e contribuiu de forma norteadora para a coleta de dados.

O tempo de duração para a entrevista foi em média de 50 minutos, seguindo a ordem de aplicação:

1º- Questionário (ANEXO C), com média de duração de 20 minutos,

2º- Instrumento de Avaliação Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO), com média de duração de 30 minutos.

Pelo fato do questionário formulado obter perguntas sobre aspectos da vida cotidiana, muitas entrevistadas ao contar suas histórias, traziam o relato das suas dificuldades e as mudanças provocadas em seu estilo de vida, fazendo com que fosse possível comparar os problemas identificados na MCDO com aqueles identificados espontaneamente em respostas do questionário, conferindo a veracidade das respostas e favorecendo o tempo de aplicação dos dois instrumentos utilizados.

A entrevista (questionário e MCDO) foi aplicada pela pesquisadora, que estando presente pode esclarecer eventuais dúvidas.

Após serem feitas as observações e modificações identificadas no estudo piloto, deu-se início à coleta de dados no campo de pesquisa definido para o estudo.

3.4- PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após a autorização do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A,

Ofício n.º. 3181/2004, 24 de novembro de 2004. Processo HCRP N.12404/2004.), procurou-se definir a amostra; foram encontrados 1712 pacientes diabéticos da região de Ribeirão Preto que são assistidos no Hospital das Clínicas e 1842 pacientes diabéticos do município, sendo estes últimos selecionados para a pesquisa devido à facilidade de realização das entrevistas domiciliares.

Inicialmente foram levantados no Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH), todos os pacientes que apresentaram internação hospitalar no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2004, tendo como causa principal de internação o diabetes mellitus tipo 2.

Com a utilização do aplicativo Epiinfo, versão 3.1, dos 1842 pacientes selecionados, retirou-se uma amostra de 250 pacientes segundo os critérios de inclusão (sexo, faixa etária) que serão citados abaixo e destes retirou-se outra amostra através do número (duas ou mais) de hospitalizações nos últimos três anos, conseguindo uma amostra de 66 pacientes do grupo teste, que resultou em um grupo de 25 pacientes que serão estudados no período de 2002 a 2004, excluindo aqueles que se mudaram de cidade (2), aqueles não encontrados no domicílio (4), sendo realizadas três tentativas e se em nenhuma delas fosse obtido resposta, o entrevistado seria excluído da pesquisa, aqueles não encontrados pelo telefone e endereço com registro antigo (8), os que não concordaram em participar do estudo (3) e os que faleceram no período de estudo (24). Do Grupo Controle foram encontrados 171 pacientes, sendo selecionados 25 pacientes, através do critério de inclusão (1internação nos últimos três anos), utilizando-se o critério aleatório de seleção da amostra através da planilha eletrônica Excell.

Buscou-se que os grupos compostos tivessem a mesma quantidade de participantes e faixa etária semelhante, porém os mesmos não foram pareados.

Foi feita uma solicitação ao ambulatório de Endocrinologia através de um ofício apresentado, visando a obter a autorização para a realização de pesquisa de dados pessoais dos pacientes, como telefone e endereço, no período de 05 a 19 de agosto de 2005.

A coleta de dados foi realizada no período de 26 de agosto a 17 de setembro, período este que a pesquisadora entrou em contato com os sujeitos por telefone, explicando-lhes os propósitos da pesquisa e solicitando uma data e horário para a visita domiciliar, para aplicação da entrevista e escala. Das mulheres entrevistadas no grupo controle, 21 entrevistas foram realizadas no domicílio e 4 no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas, pois as pacientes tinham retorno marcado para o período da coleta e preferiram realizar a entrevista no próprio serviço. No grupo teste 24 mulheres foram entrevistadas em suas residências e apenas 1 foi entrevistada na enfermaria do Hospital das Clínicas, pois a mesma encontrava-se internada por descompensação do diabetes.

Buscou-se realizar a entrevista em lugares adequados da casa das pacientes, na qual não apresentassem barulho ou interferências externas e para as entrevistadas no ambulatório do HC, foi utilizado uma sala com condições ambientais adequadas.

Terminada a coleta de dados, deu-se início ao estudo das variáveis, procedendo à quantificação e análise das respostas através da comparação entre os grupos.

3.4.1- INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

➤ Questionário

O questionário foi escolhido para coleta de dados, tendo em vista os objetivos da pesquisa, com questões que permitissem guiar e nortear o pesquisador e também estimular o entrevistado. O roteiro definitivo (ANEXO C) foi construído a partir de uma revisão da literatura e após ter sido realizado um estudo piloto, com a finalidade de avaliar a adequação do roteiro aos objetivos da pesquisa, buscar um aperfeiçoamento da técnica de entrevista e também do roteiro em questão que consistirá de questões sobre percepção e preocupação com o diabetes, estilo de vida, reinternação hospitalar, vida cotidiana e dados de identificação.

Goldenberg¹⁶ (1997, p. 56) ressalta que “o pesquisador deve elaborar um roteiro com questões claras, simples e diretas, para não se perder em temas que não interessam ao seu objetivo”.

De acordo com Gil (1994), alguns cuidados precisam ser tomados na realização de entrevistas e aplicação de questionários, como a garantia do anonimato, o respeito pelo entrevistado quanto ao horário e local da entrevista, bem como o respeito pela cultura e pelos valores do entrevistado. O entrevistador também deve ser capaz de ouvir atentamente o entrevistado, de criar um clima de confiança e respeito e estimular o fluxo natural da entrevista.

➤ Roteiro de Entrevista (Medida Canadense de Desempenho Ocupacional-MCDO)

A MCDO, é considerada uma medida de resultado, segundo Pollock et al.¹⁷

¹⁶ GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record: 1997.

¹⁷ POLLOCK, N.; MCCOLL, M.A.; CARSWELL, A. Medida de Performance Ocupacional Canadense. In: SUMSION, T. **Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional:** guia de implementação. São Paulo: Rocca, 2003. Cap.10, p.183-204.

(2003 apud SUMSION, 2003) “as medidas de resultado alternativas incluem medidas de qualidade de vida, medidas de estado de saúde, mudanças no estado de saúde, mudanças no conhecimento em relação à incapacidade ou comportamento e o descréscimo da satisfação do cliente com a intervenção recebida”.

Os instrumentos de medição em saúde são largamente utilizados, uma vez que oferecem rapidez e objetividade sobre o problema investigado, além disso, buscam assegurar a validade e a confiabilidade de um diagnóstico. Atualmente as escalas de avaliação são consideradas imprescindíveis para atividades de pesquisa e estudos epidemiológicos. Podem ser particularmente valiosas, entretanto são recursos adicionais nos diagnósticos de saúde (MORAIS 2004).

Desde o seu aparecimento de modo organizado e sistemático como profissão, a Terapia Ocupacional vem desenvolvendo um corpo de conhecimentos centrado em valores humanitários e sociais.

No âmbito do modelo de terapia ocupacional centrado no cliente (Client-centred practice) foi desenvolvido o MCDO (Canadian Occupational Performance Measure/ Medida Canadense de Desempenho Ocupacional), com o objetivo específico de auxiliar a avaliação dos resultados do trabalho focalizado no cliente (LAW et al., 1990).

A Medida Canadense tornou-se um dos (senão o principal) mais importantes instrumentos de avaliação para terapeutas ocupacionais em todo o mundo. Atualmente vem sendo utilizada em 35 países e foi traduzida em 20 idiomas diferentes.

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada centrada no cliente, designada para medir as percepções do desempenho ocupacional do cliente com o passar do tempo. Durante a avaliação inicial, o terapeuta entrevista o cliente sobre seu

desempenho nas áreas de cuidados pessoais, produtividade e lazer. O cliente é instruído a identificar quaisquer atividades nas quais ele tenha dificuldade em cada área e a indicar a importância que tem para ele ser capaz de realizar aquelas atividades. Finalmente o cliente é instruído a identificar seus cinco problemas mais importantes, e a avaliar seu desempenho e nível de satisfação nestas atividades. A importância da atividade para o cliente, a qualidade do desempenho do cliente, e o nível de satisfação, são todos avaliados pelo cliente, utilizando escalas de 10 pontos semelhantes (1=totalmente sem importância, incapaz de fazer, e totalmente insatisfeito; 10= extremamente importante, capaz de fazer extremamente bem e extremamente satisfeito) (Trombly, 1995).

O foco específico da MCDO em problemas identificados pelo cliente tem por objetivo facilitar o estabelecimento de objetivos colaborativos entre o terapeuta e o cliente. Em uma reavaliação, o cliente é novamente instruído a avaliar seu desempenho e satisfação em relação às áreas de problemas identificadas na avaliação inicial. Fazendo isso, podem ser detectadas alterações nas percepções do cliente com o passar do tempo (Law et al., 1994).

Observa-se que, a MCDO é um roteiro de entrevista voltado para a atuação clínica e visa favorecer a qualidade dos procedimentos terapêuticos ocupacionais, sendo destinado à avaliação individual do cliente. Segundo os procedimentos específicos de aplicação descritos acima, torna-se importante explicitar que este instrumento foi utilizado pela pesquisadora no presente trabalho, para nortear a coleta de dados, ou seja, buscou-se utilizar um recurso capaz de detectar se havia dificuldades na realização de atividades no dia-a-dia das entrevistadas e quais eram elas, considerando que estas atividades fazem parte do seu estilo de vida e verificar se as possíveis dificuldades trazidas pelas complicações da doença contribuem para

uma mudança no estilo de vida. Ele foi utilizado de forma bastante parcial, pois sua aplicação compreendeu apenas a avaliação inicial das dificuldades no desempenho ocupacional, sendo importante ressaltar que não foi realizada reavaliação dos pacientes da pesquisa e classificação do grau de importância e satisfação.

Enquanto respondiam a MCDO, as entrevistadas foram descrevendo aspectos de suas vidas, momento este onde houve o registro de suas falas pela pesquisadora, que foram utilizadas no decorrer do trabalho, para exemplificar as reais dificuldades no desempenho ocupacional acarretadas pelo diabetes.

A MCDO, é considerada uma avaliação subjetiva. Segundo Borg & Bruce (1991), este tipo de avaliação não propiciam comportamentos específicos para a observação do terapeuta, elas fundamentam-se no ponto de vista do cliente para as informações. Este tipo de avaliação também pode auxiliar o cliente a compreender melhor suas próprias experiências pessoais.

Esta medida foi traduzida para o português em 1999 pela prof. Silvia Gonçalves, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, em Lisboa, Portugal.

De modo geral, seguindo a tendência dos modelos clínicos, estas ferramentas têm sido importadas dos principais centros norte-americanos e traduzidas para diversos idiomas. Contudo, o debate sobre a especificidade/ neutralidade/ relevância cultural dos referidos instrumentos aponta os próximos passos a serem tomados (SPENCER et al., 1993). Trata-se de verificar, também a partir de critérios científicos amplamente testados e aceitos, a pertinência cultural destes instrumentos e não apenas a validade e confiabilidade bioestatística dos mesmos (PAUL, 1995). Esta medida, no entanto, não está validada culturalmente, sendo que este processo encontra-se em andamento.

Segundo Brasil et al. (2003), na última década, grande ênfase tem sido dada

para incorporar os valores e a percepção do paciente sobre o seu estado de saúde, e diversos instrumentos têm sido desenvolvidos com esta finalidade.

3.4.2- Trabalhando com dados

As mulheres que participaram do estudo apresentaram aspectos que facilitaram a aplicação do questionário e do instrumento, pois:

- tinham aspectos cognitivos preservados;
- facilidade para comunicar-se;
- em relação à tomada de decisão e exposição de suas opiniões, algumas

pacientes necessitavam de maior tempo para pensar a respeito das respostas, enquanto observou-se que algumas necessitariam desenvolver uma relação mais sólida com a entrevistadora e a partir deste momento se sentiram mais confortáveis com a situação e outras responderam espontaneamente a entrevista. Sendo assim os instrumentos utilizados possibilitaram coletar os dados necessários de forma confiável.

Os dados obtidos foram trabalhados através do pacote estatístico Epiinfo, versão 3.1 e foi utilizado o teste de Fisher's para comparar a frequência das distribuições entre os grupos, tendo este teste maior sensibilidade para amostras pequenas, como a presente no estudo, levando-se em consideração o nível de significância de 0,05.

4. RESULTADOS

4.1- CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES DO GRUPO TESTE E CONTROLE

A pesquisa de campo foi realizada de 26 de agosto a 17 de setembro. Na Tabela 1 é apresentada a distribuição percentual de mulheres segundo as variáveis referentes aos dados de identificação.

Respeitando os critérios de inclusão, a idade mínima observada foi de 45 anos e a máxima de 65 anos, a faixa etária mais presente nos dois grupos foi de 60 a 64 anos e uma grande porcentagem de mulheres dos dois grupos apresentavam 65 anos (grupo teste 20% e grupo controle 16). As maiores diferenças encontradas referem-se ao estado civil: 68% do grupo teste eram casadas contra 48% do grupo controle; 12% de viúvas contra 24% no grupo controle e 8% de separadas ou divorciadas contra 16% no grupo controle.

Nos resultados sobre escolaridade, pode-se verificar que em ambos os grupos estudados, 72% completaram o primeiro grau e 4% completaram o ensino superior, 16% completaram o segundo grau no grupo teste e 20% no grupo controle e 4% do grupo controle completaram ensino técnico. Nota-se que os dois grupos apresentam-se homogêneos em relação à escolaridade.

Tabela 1- Caracterização das mulheres dos grupos Teste e Controle

IDENTIFICAÇÃO	Grupo Teste	Grupo Controle
Idade (anos) (%)		
45-49	16.0	20.0
50-54	24.0	20.0
55-59	12.0	20.0
60-64	28.0	24.0
65 +	20.0	16.0
Estado Civil (%)		
Solteira	12.0	12.0
Casada	68.0	48.0
Separada/Divorciada	8.0	16.0
Viúva	12.0	24.0
Outro	0.0	0.0
Escolaridade completa (%)		
Analfabeto	8.0	0.0
1º Grau	72.0	72.0
2º Grau	16.0	20.0
Ensino Superior	4.0	4.0
Técnico	0.0	4.0
Outros	0.0	0.0
Atualmente você esta: (%)		
Trabalhando com registro em carteira	0.0	8.0
Trabalhando como autônomo	4.0	32.0
Trabalhando em casa	24.0	32.0
Aposentado (idade/tempo serviço)	28.0	0.0
Aposentado por problemas de saúde	28.0	8.0
Afastado	0.0	0.0
Desempregado	4.0	0.0
Não trabalha	12.0	20.0
Outros	0.0	0.0
Mesmo trabalho de antes (%)		
Sim	16.0	68.0
Não	52.0	32.0
Prejudicado	32.0	0.0

Em relação à ocupação, objetivou-se investigar se as mulheres exerciam no momento da entrevista, alguma atividade profissional, se elas haviam mudado de trabalho por causa do diabetes ou no caso de não trabalharem ou estarem

aposentadas por invalidez, se o diabetes tipo 2 foi o fator impeditivo. Observou-se que o grupo controle apresentou maior número de mulheres que não trabalham 20% (5), sendo que o motivo alegado por 4 delas foi o próprio envelhecimento e 1 delas apontou o diabetes como fator impeditivo, enquanto no grupo teste 12% (3) alegaram não trabalhar, sendo 1 delas devido à idade avançada e 2 ao motivo de impedimento trazido pela doença. No grupo controle 8% das mulheres trabalha com registro em carteira, 32% como autônoma 32% trabalham em casa, e no grupo teste 28% de mulheres são aposentadas por problemas de saúde e também por idade ou tempo de serviço.

Quanto ao trabalho que realizam atualmente apenas 16% do grupo teste diz ser o mesmo que realizavam antes de ter diabetes contra 68% do grupo controle.

Tabela 2 - Distribuição percentual das mulheres dos grupos Teste e Controle segundo o tempo de doença, tipo de descoberta, presença de co-morbidade e grau de percepção da doença e preocupação com a saúde.

IDENTIFICAÇÃO	Grupo Teste	Grupo Controle	p (Teste Fisher's)
Tempo de diabetes (anos) (%)			
01-06	24.0	28.0	0.7548
07-11	24.0	24.0	24.0
12-16	24.0	24.0	12.0
17-21	24.0	12.0	
22-29	4.0	12.0	
Como descobriu a doença (%)			
Internação	12.0	20.0	0.1639
Consulta médica	60.0	32.0	
Exames de rotina	28.0	48.0	
Apresenta as doenças (%)			
Hipercolesterolemia	52.0	60.0	0.7761
Doença Cardiovascular	52.0	36.0	0.3931
Hipertensão Arterial	92.0	76.0	0.2467
Insuficiência Renal	24.0	4.0	0.0983
Retinopatia	32.0	24.0	0.7536
Outros	4.0	0.0	1.0000
Preocupa-se com a saúde: (%)			
Bastante	80.0	72.0	0.8591
Pouco	16.0	24.0	
Nada	4.0	4.0	
O DM deixa você preocupada (%)			
Bastante	48.0	36.0	0.0146
Pouco	40.0	16.0	
Nada	12.0	48.0	
Ter DM mudou sua vida (%)			
Bastante	60.0	28.0	4.3333
Pouco	28.0	8.0	
Nada	12.0	64.0	
A alteração do DM impede você de realizar suas atividades (%)			
Quase sempre	52.0	36.0	0.5724
Algumas vezes	12.0	12.0	
Quase nunca	36.0	52.0	

A tabela 2 apresenta as variáveis referentes ao grau de percepção da

doença e preocupação com a saúde entre os grupos teste e controle, sendo apresentado o valor do “P” do Teste de Fisher’s.

O tempo de doença (em anos) que prevaleceu nos dois grupos, considerando intervalos de 6 anos, foi entre 7 e 11 anos, e 12 e 16 anos, com 24% cada, sendo observado que o grupo controle apresenta maior número de mulheres com 1 a 6 anos de doença 28%, e com maior tempo de doença (22-29 anos) 12%.

Em relação à descoberta da doença, a consulta médica (60%) foi à forma mais freqüente de detecção do diabetes tipo 2 no grupo teste, enquanto que no grupo controle 48% das descobertas ocorreu através de exames de rotina.

Verificou-se que o grupo teste apresenta maior freqüência de doenças associadas ou co-morbidade (doença cardiovascular 52%, hipertensão arterial 92%, insuficiência renal 24% e retinopatia 32%), sendo citada pelas entrevistadas deste grupo também a presença de sintomas depressivos e algum tipo de distúrbio do sono (4%), quando questionadas sobre outras doenças presentes. A elevada freqüência em relação ao colesterol e hipertensão é notada em ambos os grupos.

Quanto à preocupação com a saúde, 80% do grupo teste relatou se preocupar bastante contra 72% do grupo controle.

Pode-se observar em relação à preocupação com o diabetes mellitus, que o grupo teste apresenta-se bastante preocupado com 48% e apenas 12% com nenhuma preocupação. Ao contrário, o grupo controle apresentou-se bastante preocupado 36% e 48% com nenhuma preocupação, mostrando de forma significativa as diferentes posturas entre as mulheres dos dois grupos em relação à doença.

Foi observado que o grupo teste relatou que ter diabetes mudou bastante sua vida (60%), enquanto o grupo controle apenas 28% apresentaram esta resposta,

sendo que 64% deste grupo disse que ter diabetes não mudou nada em sua vida, em contrapartida com o primeiro grupo citado que demonstrou 12% nesta mesma questão.

Em relação à alteração do diabetes no dia-a-dia e a realização de atividades, 52% das mulheres do grupo teste relataram que a alteração do DM as impede sempre de realizar seus afazeres contra apenas 36% no grupo controle; no grupo controle 52% das mulheres relatou que a alteração do diabetes nunca as impediu de continuar fazendo suas atividades, indicando a forma distinta dos efeitos da doença em seu cotidiano.

Tabela 3 – Distribuição percentual das mulheres dos grupos Teste e Controle quanto ao estilo de vida e aspectos da vida cotidiana.

IDENTIFICAÇÃO	Grupo Teste	Grupo Controle	p (Teste Fisher's)
Você sente dificuldade para seguir a dieta (%)			
Quase sempre	48.0	36.0	0.3412
Algumas vezes	24.0	16.0	
Quase nunca	28.0	48.0	
Você realiza atualmente atividade física (%)			
Quase sempre	20.0	52.0	0.0348
Algumas vezes	8.0	8.0	
Quase nunca	72.0	40.0	
Você acha que o diabetes impede na realização de atividades do dia-a-dia (%)			
Quase sempre	36.0	16.0	0.2625
Algumas vezes	4.0	4.0	
Quase nunca	60.0	80.0	
Você sente vontade para realizar suas atividades (%)			
Quase sempre	48.0	88.0	0.0096
Algumas vezes	20.0	4.0	
Quase nunca	32.0	8.0	
Como você ocupa a maior parte do seu tempo livre (%)			
Assistindo TV	44.0	28.0	0.3772
Dormindo	40.0	32.0	0.7688
Realizando trabalhos em casa	40.0	72.0	0.0450
Passeando	36.0	56.0	0.2563
Visitando amigos/parentes	16.0	32.0	0.3209
Você tem contato social (%)			
Quase sempre	60.0	88.0	0.0045
Algumas vezes	8.0	12.0	12.0
Quase nunca	32.0	0.0	32.0

Na tabela 3, observa-se que em relação às variáveis referentes ao estilo de vida, 48% das mulheres do grupo teste relataram que sempre sentem dificuldade em

seguir a dieta e 36% das mulheres do grupo controle também apresentam a mesma dificuldade. De forma inversa 48% das mulheres do grupo controle e 28% do grupo teste referiram que nunca têm dificuldades para seguir a dieta proposta.

Quanto à realização de atividade física atual, 52% das mulheres do grupo controle relataram realizar sempre algum tipo de atividade, sendo a mais freqüente a caminhada e 72% do grupo teste nunca fazem atividade física. É possível constatar que os dois grupos apresentaram diferenças significativas quando comparadas as variáveis de estilo de vida e aspectos da vida cotidiana presentes nas tabelas 3 e 3.1.

Quanto ao impedimento na realização de atividades do dia-a-dia, 36% de mulheres do grupo teste disse que depois que apresentaram a doença sempre encontram dificuldades para realizar atividades contra 16% do grupo controle.

No grupo teste 48% das mulheres sempre sente vontade para fazer suas atividades contra 88% do grupo controle confirmando assim uma postura mais ativa do grupo controle quanto à realização de atividade física e ao impedimento na realização de atividades, pois muitas mulheres do grupo teste que relataram não sentir vontade de fazer suas atividades, queixaram-se que a fadiga trazida pelo diabetes às deixam desestimuladas impedindo de terem uma postura mais ativa.

Observa-se que 44% das mulheres do grupo teste e 28% do grupo controle ocupam seu tempo livre assistindo TV, enquanto 40% do primeiro grupo e 32% do segundo dizem utilizar este tempo para dormir. E 72% das mulheres do grupo controle ocupam o tempo livre para realizar trabalhos em casa e apenas 40% do grupo teste realiza a mesma atividade. Foi observado também que este último grupo citado apresenta menor freqüência em relação às atividades de passeio e visitas a amigos e parentes (16% contra 32%).

Verifica-se que 60% do grupo teste e 88% do grupo controle mantêm contato social sempre, sendo que nenhuma entrevistada do grupo controle respondeu que nunca tem contato social, no entanto o primeiro grupo apresenta 32% de mulheres que relatam que não têm mais nenhum tipo de vida social. Pode-se relacionar este dado com os anteriormente apresentados na variável descrita acima, em que as atividades sociais como passeio e visitas o grupo teste apresenta 36% e 16% e respectivamente o grupo controle 56% e 32%.

Na tabela 3.1 é dada continuidade à caracterização das variáveis referentes à vida cotidiana e estilo de vida.

Tabela 3.1 - Distribuição percentual das mulheres dos grupos Teste e Controle quanto ao estilo de vida e aspectos da vida cotidiana

IDENTIFICAÇÃO	Grupo Teste	Grupo Controle	p (Teste Fisher's)
Após DM, houve mudança na sua vida social (%).			
Quase sempre	60.0	16.0	0.0012
Algumas vezes	4.0	0.0	
Quase nunca	36.0	84.0	
Os ambientes que frequenta são os mesmos que frequentava antes de ficar doente (%)			
Quase sempre	48.0	88.0	0.0054
Algumas vezes	4.0	0.0	
Quase nunca	48.0	12.0	
Você desempenha tarefas cotidianas (%)			
Quase sempre	64.0	92.0	0.0493
Algumas vezes	12.0	4.0	
Quase nunca	24.0	4.0	
Você esta satisfeita com sua rotina (%)			
Quase sempre	48.0	92.0	3.642
Algumas vezes	16.0	8.0	
Quase nunca	36.0	0.0	
Seus hábitos contribuem para uma melhora na qualidade de vida (%)			
Quase sempre	68.0	60.0	0.0098
Algumas vezes	12.0	40.0	
Quase nunca	20.0	0.0	

Na tabela 3.1, observa-se que 60% das mulheres do grupo teste disseram que houve mudança sempre na vida social após o diabetes, contra apenas 16% no grupo controle. Elas relatam que se sentem menos dispostas para sair de casa e

muitas vezes preferem não ir a um aniversário ou festa, para não ter que passar vontade em relação às comidas, confirmando alguns dados obtidos e descritos na tabela 3.

Quanto aos lugares freqüentados atualmente pelas mulheres, buscou-se investigar se a doença havia mudado os ambientes sociais das mesmas e foi encontrada uma diferença significativa em relação aos dois grupos, sendo que 48% das mulheres do grupo teste e 88% do grupo controle, relataram freqüentar os mesmos ambientes.

Verificou-se que em relação ao desempenho de tarefas cotidianas (como cozinhar, cuidar da higiene pessoal, organizar gastos, realizar trabalhos, dentre outros) 92% das mulheres do grupo controle e 64% do grupo teste, disseram que sempre realizam suas tarefas.

No tocante à satisfação com a rotina, 92% das mulheres do grupo controle disseram que sempre estão satisfeitas e relataram procurar constantemente cuidar da sua saúde, o que possibilita que tenham uma vida tranqüila e normal, conseguindo satisfação diária e no grupo teste 48% das mulheres que disseram estar satisfeitas demonstram a mesma forma de enfrentamento da doença que as do outro grupo, no entanto 36% deste último grupo citado nunca esta satisfeita e demonstraram em seus discursos que depois que tiveram diabetes, vivem pensando na doença e suas complicações, se sentindo pessoas doentes e incapacitadas de mudar algo para que sua satisfação frente à vida melhore.

Quanto à freqüência de hábitos saudáveis e a possibilidade de uma melhor qualidade de vida, buscou-se verificar a percepção que as mulheres apresentam de si mesmas em relação à sua saúde, se conseguem ter comportamentos que contribuam para uma vida prazerosa e notou-se que nenhuma das mulheres do

grupo controle relatou ter hábitos que prejudiquem sua saúde e 20% do grupo teste relatou que realmente nunca fazem nada para melhorar ou manter sua glicemia, não seguindo a dieta e orientações médicas. No entanto notou-se que 68% do grupo teste e 60% do grupo controle relataram que sempre buscam hábitos saudáveis. Neste aspecto foi observado que as mulheres do grupo controle apresentam maior consciência de suas ações, sendo mais rigorosas nas respostas do que as do outro grupo, onde algumas disseram não seguir a dieta, não fazer exercício físico, não ter vida social e mesmo assim afirmaram que seus hábitos contribuem para uma melhor qualidade de vida.

Na tabela 4 são apresentadas as variáveis referentes à hospitalização:

Tabela 4 - Distribuição percentual das mulheres dos grupos Teste e Controle quanto à hospitalização

IDENTIFICAÇÃO	Grupo Teste	Grupo Controle	p (Teste Fisher's)
As mudanças causadas pela internação, você as considera (%)			
Positiva	56.0	80.0	0.1284
Negativa	44.0	20.0	
Você deixou de fazer algumas atividades ou as realiza com dificuldade, depois que ficou internada (%)			
Quase sempre	36.0	4.0	0.0049
Algumas vezes	12.0	8.0	
Quase nunca	52.0	88.0	
Sua rotina após a internação continuou a mesma (%)			
Quase sempre	40.0	92.0	1.809
Algumas vezes	16.0	4.0	
Quase nunca	44.0	4.0	
Após a internação você tem feito alguma coisa para mudar o que te deixa insatisfeita (%)			
Quase sempre	8.0	52.0	3.207
Algumas vezes	40.0	4.0	
Quase nunca	52.0	44.0	
Após a internação você continuou (%)			
Tendo vida social	60.0	84.0	0.1137
Com as mesmas habilidades	40.0	68.0	0.0877
Frequêntando os mesmos lugares	60.0	88.0	0.0507
Desempenhando tarefas cotidianas	56.0	80.0	0.1284
Realizando atividades que tenham importância para você	60.0	92.0	0.0181

Pode-se observar que 56% das mulheres do grupo teste e 80% do grupo

controle disseram que considera as mudanças causadas pela internação positivas, no sentido de que a internação trouxe maior preocupação com sua saúde e tentaram através desta experiência modificar alguns hábitos e 44% do primeiro grupo citado e 20% do grupo comparativo, relataram que as mudanças foram negativas, pois relacionaram a hospitalização ao sofrimento e dor, mas não mostraram alguma percepção sobre sua responsabilidade com a saúde e a vontade de melhorar.

Quando questionadas sobre a possibilidade de ter deixado de fazer alguma atividade ou a realizado com dificuldade depois da hospitalização, as mulheres do estudo apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos, sendo que 36% do grupo teste e 4% do grupo controle relataram que após a internação sempre encontraram dificuldades para dar continuidade às atividades antes realizadas, deixando muitas vezes de cumpri-las efetivamente. Nota-se que o fato de ter sido internada mudou bastante a rotina das mulheres do grupo teste, fator este que podemos relacionar aos resultados encontrados na variável sobre a rotina após a internação, onde se obteve no relato das mulheres, 40% do grupo teste e 92% do grupo controle, que a rotina após a internação havia continuado sempre a mesma, mostrando, portanto, que para a maioria do grupo controle, a rotina, ou seja, os afazeres diários continuaram fazendo parte de sua vida e para o grupo teste a internação influenciou na mudança da sua rotina.

Observa-se que 8% das mulheres do grupo teste e 52% do grupo controle relatam que após a internação sempre tem feito alguma coisa para mudar as situações que as deixam insatisfeitas, tendo mostrado este segundo grupo estudado atitudes que levam a um estilo de vida mais saudável.

É possível observar que a maioria das mulheres do grupo controle continua realizando suas atividades cotidianas após a internação onde 84% relataram que

continuaram tendo vida social, 68% continuaram com as mesmas habilidades, 88% disseram que freqüentam os mesmos lugares, 80% relataram que desempenham as tarefas do dia-a-dia e 92% realizam atividades que consideram importante em suas vidas, já no grupo teste encontramos uma porcentagem menor de mulheres tendo vida social 60%, com as mesmas habilidades 40%, freqüentando os mesmos lugares 60%, desempenhando tarefas diárias 56% e realizando atividades que tenham importância 60%.

4.2- IDENTIFICAÇÃO DAS ÁREAS DE DIFICULDADES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL.

Para a avaliação das áreas de dificuldades no desempenho ocupacional utilizou-se a Medida de Desempenho Ocupacional Canadense –MCDO, que enfatiza que os indivíduos entrevistados descrevam sua própria perspectiva, identificando sozinhos as áreas de problemas em sua vida após a doença.

Na Tabela 5 estão apresentadas as atividades nas quais as entrevistadas dos dois grupos estudados identificaram dificuldades para realização.

Tabela 5- Distribuição percentual das Áreas de Dificuldade Identificadas no Desempenho Ocupacional segundo mulheres dos grupos Teste e Controle, através da aplicação da MCDO.

IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA	Grupo Teste	Grupo Controle	p (Teste de Fecheis)
Atividades de Vida Diária			
Locomoção fora de casa	28.0	8.0	0.1383
Cuidados pessoais	8.0	8.0	0.4898
Caminhar	20.0	4.0	0.1895
Movimentar-se com independência	28.0	8.0	0.1383
Atividades Produtivas			
Dirigir	4.0	0.0	1.0000
Tarefas domésticas	40.0	28.0	0.5512
Cozinhar	12.0	4.0	0.6092
Fazer compras	12.0	0.0	0.2347
Pagar contas sozinha	8.0	0.0	0.4898
Trabalho remunerado/não remunerado	48.0	12.0	0.0121
Atividades de Lazer			
Passeio/Viagens	40.0	32.0	0.7416
Dançar	8.0	8.0	1.0000
Ler/escrever	20.0	16.0	1.0000
Artesanato	24.0	4.0	0.0983
Festas	8.0	4.0	1.0000

Observa-se que as atividades realizadas com dificuldade descritas pelas mulheres foram: locomoção fora de casa movimentar-se com independência, caminhar e cuidados pessoais identificadas dentro das atividades de vida diária. Em relação às atividades produtivas encontramos: trabalho remunerado/não remunerado, tarefas domésticas, cozinhar, fazer compras, pagar as contas sozinhas e dirigir. As atividades de lazer relatadas foram: passeio /viagens, artesanato, ler/escrever, dançar e festas. A maioria das atividades encontradas não apresenta diferenças estatisticamente significantes, devido ao tamanho da amostra que

compõem os dois grupos, visto que 8 entrevistadas do grupo controle não apresentaram dificuldade em nenhuma das áreas de desempenho ocupacional, portanto demonstram claramente que o grupo controle apresenta maiores habilidades no desempenho de suas atividades, sendo que este grupo apresenta uma porcentagem maior de mulheres com maior tempo de doença do que o grupo teste.

As atividades referentes ao trabalho remunerado/ não remunerado e artesanato apresentaram diferenças significativas, tendo o grupo teste demonstrado 48% e o grupo controle 12% de dificuldade em relação ao trabalho e respectivamente 24% e 4% em relação ao artesanato, mostrando que os aspectos relacionados ao desempenho ocupacional sofrem modificações em função do diabetes mellitus tipo 2, podendo levar a uma mudança no estilo de vida dos indivíduos, o que futuramente poderá contribuir para possíveis internações hospitalares.

5- DISCUSSÃO

Observou-se no presente estudo que em relação aos tipos de diabetes mellitus, 100% da amostra da pesquisa são portadores do DM tipo 2, o que é compreensível visto que em média do total de casos de diabetes em um país, 90% são do tipo 2, cinco a dez por cento do tipo 1 e 2% do tipo secundário ou associado a outras síndromes (MS-FNS¹⁸ 2000 apud MODENEZE, 2004).

Optou-se por estudar somente mulheres, devido ao fato destas apresentarem maiores complicações em relação à doença e conseqüentes modificações no estilo de vida. Embora dados da literatura apontem que na maioria das populações a prevalência da doença é igual para ambos os sexos, Black (2002) ressalta que as mulheres mantêm um pior controle da doença, devido a maiores variações de obesidade, inatividade física e ação hormonal.

Em relação à distribuição por idade, pode-se observar que nos dois grupos estudados uma grande porcentagem de mulheres situa-se na faixa etária entre 60-64 anos e 65 anos. Esses dados corroboram com os encontrados na literatura, onde os resultados do Estudo Multicêntrico sobre Prevalência do diabetes mellitus no Brasil, realizado no final da década de 1980, mostraram que 7,5% dos indivíduos com 30 a 69 anos de idade tinham diabetes confirmado e essa taxa aumentava com a idade, atingindo no grupo de 60 a 69 anos, 17,4% das pessoas (MALERBI & FRANCO¹⁹ 1992 apud PÉRES, 2004).

Pode-se observar, em relação ao estado civil, que o grupo teste tem a maior porcentagem de mulheres casadas (68%), contra 48% do grupo controle; esse

¹⁸ MS-FNS. Diabetes Mellitus. In: Ministério da Saúde, Fundação Nacional da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 4ed. Brasília [s.n.], 2000. Cap.55, p.8.

¹⁹ MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicentric study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired tolerance in urban Brazilian population aged 30-69 year. **Diabetes Care**, New York, v.15, n.11, p.1509-1516, 1992.

menor número de mulheres casadas no grupo controle pode estar associado ao fato que há o dobro de mulheres viúvas e separadas neste grupo (tabela 1). Na literatura pode ser observado segundo Campos²⁰ (1998 apud MINAYO & COIMBRA 2002, p.181), "que viúvas e/ou separadas consideram a ausência do marido como libertação, que lhes permite dar vazão aos seus próprios sentimentos e opiniões". Esse fator pode contribuir para aquisição de novos hábitos e um estilo de vida mais saudável, como observado no grupo controle.

Por outro lado, as mudanças contemporâneas que se dão no âmbito da família e da sociedade contribuem também para o redimensionamento de sua área de influência. Se antes a família, expandida ou nuclear, era o espaço preferencial do estabelecimento de vínculos de confiança, da aprendizagem de valores, do estabelecimento de estilos de vida e de mediação das experiências, ela, na modernidade contemporânea, passa a compartilhar suas atribuições com outros atores, mediadores e/ou instituições sociais (GALHEIGO, 2003).

Quanto ao nível de escolaridade, nota-se que os dois grupos estudados apresentam baixa escolaridade, tendo ambos 72% de mulheres que concluíram apenas o primeiro grau; no grupo teste a proporção de analfabetos foi de 8% e em relação ao nível superior, encontra-se apenas 4% das mulheres do grupo controle. Assunção et al. (2002) encontraram durante pesquisa em 378 pacientes diabéticos atendidos nos postos de saúde da zona urbana de Pelotas – RS, que 34,7% nunca estudaram. Já Guimarães e Takayanagui²¹ (2002 apud MODENEZE, 2004) observaram que dentre os 29 indivíduos participantes de sua pesquisa, 6,9% eram

²⁰ CAMPOS, M.C.S.S. Women in São Paulo in the family and the work market: behavior and representatins. In: KALEKIN-FISHMAN, D. (Ed.). **Designs for alienation**. University of Jyvaskyla: Sophi, 1998.

²¹ GUIMARÃES, F.P.M.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Nutr.**, Campinas, vol.15, n.1, p.47-59, 2002.

analfabetos e 75,8% da amostra possuíam o primeiro grau incompleto. Esse fator de baixa escolaridade pode representar dificuldades no entendimento de orientações terapêuticas e no processo de aprendizagem de novos hábitos, visando qualificar o estilo de vida e controlar melhor o DM.

Com referência à ocupação, grande porcentagem das mulheres do grupo teste, encontrava-se aposentadas por idade/tempo de serviço (28%) e aposentadas por problemas de saúde (28%). Em relação à aposentadoria por idade, este fato pode decorrer devido a uma significativa concentração de pacientes na faixa etária entre 60-64 anos e 65 anos. A respeito da aposentadoria por problemas de saúde, observou-se no discurso das entrevistadas que as incapacidades resultantes das complicações do diabetes foram determinantes para a aposentadoria. Na literatura encontra-se que os sujeitos com incapacidades devido ao diabetes apresentam taxas mais baixas de emprego do que os não incapacitados (49% não trabalham versus 12%) e taxas mais altas de absenteísmo (13,8 dias por ano versus 3 dias por ano) (SONGER, 1995).

Em relação a esta mesma variável, comparando-se os grupos, encontra-se no grupo controle uma grande porcentagem de mulheres realizando trabalho autônomo (32%), como venda de roupas, vendas de produtos de catálogos. Outra possibilidade de trabalho neste grupo foi o trabalho em casa ou trabalho doméstico, que parece estar relacionado com a história de vida e fatores culturais de cada uma das entrevistadas. Observa-se que o trabalho manual está presente e inserido no cotidiano destas mulheres do grupo controle, *“eu faço bordado e crochê, há muito tempo sabe, eu vendo e ajudo em casa”* (entrevistada 7 do grupo controle). Segundo Moraes (2004), em relação à atividade manual, esta apresenta a possibilidade de ser realizada no ambiente doméstico e também pode auxiliar no

aumento de renda da família.

Observou-se que 12% das mulheres do grupo teste e 20% do grupo controle relataram que atualmente não trabalham, sendo importante ressaltar que não somente pela dificuldade em conseguir emprego, mas pelo desempenho físico que exigem as tarefas profissionais, muitas delas apresentam complicações graves da doença como: insuficiência renal, que as levam a fazer diálise toda semana, problemas visuais de leves a graves, amputações, cansaço e mal estar, os quais confluem à restrição para uma postura menos ativa, restringindo-as ao lar e levando-as a ter um discurso voltado para a doença *“hoje eu tô vegetando não faço mais nada, não dá nem pra arrumar o quarto”* (entrevistada 2 do grupo teste). Na literatura, Marcolino (2003), relata que frente a uma incapacidade trazida pela doença, “não é preciso apenas aprender de novo, é aprender de um novo jeito: a costurar, se vestir, apreciar as coisas da vida”.

Quando questionadas se o trabalho que realizam atualmente é o mesmo que realizavam antes de ter diabetes, buscou-se entender se a doença havia modificado ou contribuído para mudança nesta atividade. Notou-se uma diferença significativa entre os dois grupos, pois no grupo teste 16% das mulheres relatou exercer o mesmo trabalho contra 68% das mulheres do grupo controle. Observa-se no grupo controle que as mulheres conseguem lidar melhor com o DM e não deixam de realizar atividades que sejam importantes, como o trabalho, por exemplo. Já no grupo teste nota-se que houve grande mudança no trabalho exercido após o DM, onde 52% relatam não realizar o mesmo trabalho devido às incapacidades adquiridas. Assim como os resultados encontrados por Péres (2004), os dados do presente estudo mostraram um predomínio de representações de saúde associadas à capacidade de trabalhar. Minayo (1997) descreve que ao realizar um estudo em 6

favelas do Rio de Janeiro, verificou que a saúde estava ligada à possibilidade de trabalhar e de realizar atividades do dia-a-dia, enquanto a doença significava uma incapacidade para o trabalho. Para as camadas populares, estar doente significa perder o único recurso que possui para sobreviver, o próprio corpo (MANDÚ & SILVA, 1997). Os dados obtidos confirmam maior morbidade associada ao DM no grupo teste, o que implica maior absenteísmo no trabalho e conseqüente dificuldade para manter o emprego.

Quanto ao tempo de diagnóstico, o grupo teste apresenta um equilíbrio na distribuição das mulheres nas faixas etárias descritas, sendo 24% presente no tempo de 1 a 21 anos de doença, já no grupo controle, a maioria das mulheres (28%), encontra-se com 1 a 6 anos de diagnóstico, tendo uma porcentagem significativa deste grupo (12%), com 22-26 anos de diabetes. Observa-se que embora o grupo controle tenha mais mulheres com maior tempo de diagnóstico do que o grupo teste, o estilo de vida das mulheres do grupo controle, apresenta hábitos mais saudáveis, que estão descritos ao longo do presente estudo.

Em relação à descoberta da doença, buscou-se avaliar intrinsecamente o cuidado que as mulheres têm em relação à sua saúde, onde a busca por exames de rotina demonstra um maior cuidado, a consulta médica representa uma importância razoável com a saúde e a internação uma baixa importância com seu estado de saúde e condutas de prevenção. Encontrou-se na amostra que a maioria (60%) das mulheres do grupo teste descobriu o diabetes através de consulta médica e a maioria (48%) do grupo controle descobriu o diabetes através de exame de rotina, mostrando um cuidado freqüente com a saúde. Os autores Gomes e Mendonça (2002), ressaltam que a experiência do adoecer depende em parte do que se entende por doença e nesse sentido, nem sempre são semelhantes os significados

de doença/saúde para profissionais e pacientes. Por exemplo, um paciente pode entender uma gripe como uma doença, pois impede o trabalho e pode não reconhecer o diabetes como uma doença por não impedir as atividades diárias e o trabalho. Outros autores, como Boltanski²² (1989 apud PÉRES, 2004) consideram que as condições socioeconômicas dos pacientes se refletem no entendimento de saúde/doença de forma distinta, as sensações corporais são vivenciadas com maior ou menor intensidade conforme a classe social das pessoas e isto se reflete no cuidado com a saúde e na busca por serviços médicos.

Ferreira (1998) relata que frequentemente o motivo de procura ao médico é o sintoma da dor e quando esta desaparece, muitos pacientes não voltam aos consultórios médicos, mesmo na presença de uma doença crônica que exige cuidados freqüentes como o diabetes.

Quanto à preocupação com a saúde, os dois grupos estudados disseram se preocupar bastante. Cabe ressaltar que a preocupação com a saúde é necessária, Berlinguer (1988) enfatiza que “sentir-se doente” cria condições para o indivíduo olhar para si, para seu corpo e suas necessidades. Pode-se concluir que “sentir-se doente” é fundamental para o tratamento do diabetes, pois a partir deste momento o paciente poderá encarar a realidade e buscar condutas mais saudáveis, mas cabe ressaltar que o contrário também pode acontecer, onde o paciente não segue o tratamento e desiste de viver. Para Pinho (2000), o viver do paciente diabético é importante em todas as suas dimensões, desde a rotina mais trivial até o desejo de querer viver e lutar pela vida.

Das patologias associadas, encontrou-se grande porcentagem nos dois

²² BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

grupos de mulheres com hipertensão arterial, dados esses semelhantes aos de Hernandez et al. (2000) que encontraram em seu estudo, a hipertensão arterial como a patologia mais incidente em diabéticos, sendo que 35,2% possuíam hipertensão arterial. Boelter et al. (2003) chamam a atenção para os cuidados necessários referentes ao surgimento de retinopatia diabética, cuja severidade está fortemente associada com a duração do DM; no presente estudo os dados obtidos não coincidem com os encontrados por este autor, pois as mulheres do grupo controle apresentam maior tempo de doença e menor frequência de retinopatia comparadas ao grupo teste, reafirmando que o cuidado com a saúde e a busca de um estilo de vida saudável são capazes de amenizar, prevenir ou retardar as complicações do diabetes, merecendo intervenções efetivas.

Quando comparados os dois grupos, sobre a preocupação das mulheres em relação ao diabetes, notou-se grande diferença. No grupo teste 12%, disseram que não tem nenhuma preocupação, contra 48% do grupo controle. Em relação a estes dados observou-se que as mulheres do grupo controle pelo fato de terem maior tempo de doença (tabela 1) e exercerem mais atividades significativas em suas vidas, mostraram-se mais adaptadas aos cuidados e privações do diabetes e menos preocupadas com a doença, como na fala de uma entrevistada *“Ah, eu levo uma vida normal, é como se eu não fosse uma pessoa doente, mas eu faço tudo direitinho, né”* (entrevistada 19 do grupo controle); outra também relata *“Olha eu nem lembro que tenho diabetes”* (entrevistada 8 do grupo controle). Cabe ressaltar que através do discurso das entrevistadas do grupo controle foi possível notar que muitas conseguiram lidar de forma satisfatória com o diabetes e atualmente cuidam de forma positiva da sua saúde. Já no grupo teste as mulheres se referem ao diabetes de forma negativa, vivenciando o processo de doença o tempo todo.

Pode-se relacionar o dado citado acima a respostas das mulheres em relação à mudança na vida por causa do diabetes, onde 60% do grupo teste relataram ter mudado bastante, contra 28% do grupo controle. É importante também associar este dado à realização de atividade ocupacional (tabela 1), onde já foi descrita a diferença entre os grupos e mais uma vez o grupo controle demonstrou continuidade na realização desta atividade após a doença, demonstrando menos modificações em sua vida.

Outro fator que interfere diretamente no controle do DM é a dieta. Uma parte substancial da amostra nos dois grupos presentes (tabela 3) evidenciou ter sempre dificuldade para seguir a dieta, associando-a a uma imagem negativa. Segundo Péres (2004), seguir a dieta por um período de tempo prolongado, parece ser uma tarefa extremamente penosa. Realizar a dieta recomendada reveste-se de vários significados, tais como a perda do prazer de comer e beber, a perda da autonomia e da liberdade para se alimentar como e quando desejar. As limitações e proibições impostas pela doença e seu tratamento tiram a liberdade de fazer o que se tem vontade, o que provoca um viver triste.

Observou-se através dos relatos das entrevistadas que os hábitos alimentares não saudáveis, muitas vezes são associados ao baixo nível sócio-econômico, Wamala et al. (1997) ressaltam que as mulheres de nível sócio-econômico alto têm mais acesso a alimentos pouco calóricos, orientação especializada para o controle de peso, maiores oportunidades e tempo para lazer, atividades esportivas e recreacionais, o que favorece hábitos saudáveis.

A respeito da dieta, cabe ressaltar também o fato das mulheres serem as responsáveis pela preparação dos alimentos em casa e a grande dificuldade parece ser o fato de tocar, olhar e manipular os alimentos e não poder comer.

Em relação à realização de atividade física atualmente, pode-se verificar que no grupo controle muitas mulheres adotaram esta prática após o DM (52%), contra (20%) apenas do grupo teste. Neste último grupo citado as mulheres mostraram diversas justificativas para a não realização de exercícios que corroboram com os dados encontrados por Péres (2004) em sua pesquisa: “dores e cansaço nas pernas”, “problemas na coluna”, “falta de tempo”. Para estes casos Mercuri e Arrechea²³ (2000 apud MODENEZE, 2004), ressaltam que quando os pacientes apresentam contra-indicações temporárias, deve-se recomendar a prática de técnicas de relaxamento e movimentos suaves como aqueles executados na ioga, pois essa atividade tem a propriedade de desenvolver a capacidade de relaxamento, contribuindo para o controle metabólico e da pressão arterial, especialmente em pacientes portadores de DM tipo 2.

Outros autores, como Caballero et al. (2000), ressaltam que através de uma correta prescrição e realização de exercícios físicos, pode-se melhorar as condições gerais dos indivíduos portadores de DM e contribuir para o melhor controle metabólico. Consequentemente poder-se-á diminuir as possibilidades de complicações de longa evolução que têm elevado custo social e econômico e que para as sociedades como a nossa e a de outros países representam uma prioridade na saúde nacional.

Quando questionadas sobre o impedimento na realização de atividades por causa do diabetes, a maioria das mulheres entrevistadas dos dois grupos relatou nunca encontrar impedimento; em relação àquelas que referiram sobre dificuldades na realização de atividades nos dois grupos foi possível observar que o impedimento na realização de atividades estava relacionado às patologias associadas, notou-se

²³ MERCURI, N.; ARRECHEA, V. Atividade Física e Diabetes Mellitus. **Diab. Clín.**, v.4, 2000.

que a maioria dessas mulheres tinha várias complicações referentes ao DM tipo 2 (tabela 2) e cabe ressaltar que assim como as mulheres do grupo teste apresentaram maior frequência em relação às patologias associadas, elas também apresentaram maior frequência (tabela 3) quanto ao impedimento na realização das atividades em comparação ao grupo controle.

Desse modo, é de extrema importância o cuidado com a saúde, evitando as complicações e impedimentos resultantes da doença. Em relação ao tratamento do diabetes, a medicina tem realizado avanços e progressos, no entanto, tem sido pequeno o impacto na sociedade (Malerbi²⁴ 1991 apud PÉRES, 2004). Na prática existe uma grande dificuldade por parte dos pacientes em seguir o tratamento prescrito e observa-se um freqüente número de internações e complicações. Pode-se então verificar de acordo com a literatura e os dados encontrados neste trabalho, que o estilo de vida adotado pelos pacientes com diabetes poderá se refletir em futuras complicações que podem ter influência nas reinternações hospitalares.

Em relação à “vontade” para realização de atividades, a diferença na frequência das mulheres dos dois grupos que relataram sentir vontade para fazer suas atividades é significativa. No grupo teste, 32% das mulheres demonstraram nunca sentir vontade em fazer coisas na sua vida após o DM. Para Baptista²⁵ (1992 apud PÉRES, 2004), ser diabético implica aprender a conviver com certas limitações e a ter uma vida disciplinada e metódica. Assim, o tratamento do diabetes mellitus requer diversas mudanças nos hábitos de vida e na vida cotidiana dos pacientes, o que pode se transformar em algo extremamente penoso e difícil. Além disso, o

²⁴ MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicentric study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired tolerance in urban Brazilian population aged 30-69 year. **Diabetes Care**, New York, v.15, n.11, p.1509-1516, 1992.

²⁵ BAPTISTA, M.E.C. **Fenomenologia do existir diabético**. 1992. 99p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

tratamento do DM requer uma participação ativa e efetiva do indivíduo no processo saúde/doença, o que pode ser bastante difícil para algumas pessoas.

Portanto, a falta de vontade, desejo, interesse na realização de atividades cotidianas comprometem a vida do paciente diabético, pois onde não há desejo, a vida perde o sentido e a doença se instala.

A ocupação do tempo livre, no grupo teste, demonstrou que a maioria das mulheres assiste TV (tabela 3). Dados como estes podem estar relacionados às mudanças nos estilos de vida, influenciadas pela modernização e outras mudanças sociais e culturais que contribuem para uma vida sedentária, onde a televisão e o computador dominam o tempo de lazer (WORLD ORGANIZATION²⁶ 2002 apud MORAIS, 2004). Segundo Galheigo (2003), num país com alto grau de analfabetismo funcional e com acesso limitado aos bens sociais e culturais, os meios de comunicação oral e visual passam a ser utilizados como os principais recursos para a mediação de experiências e para a elaboração do conhecimento que se tem do mundo. Como consequência, existe uma tendência para a reprodução de fatos e idéias sem reflexividade em paralelo à adoção da ideologia dominante acrítica e a-histórica. Já a maioria das mulheres do grupo controle utiliza o tempo livre realizando trabalhos em casa, mostrando-se mais ativas no seu dia-a-dia.

Segundo Ferrari (1996), tempo livre pode ser entendido como um tempo disponível para uma ação prazerosa ou um fazer prazeroso, em que cozinhar, arrumar a casa, cuidar dos netos, escrever, realizar trabalhos manuais, são momentos de participação consciente e voluntária na vida social e familiar. Por outro lado, pode também ser entendido como um momento de ausência de trabalho, de

²⁶ WORLD ORGANIZATION (WHO). Alma Ata Declaration, 1978. Disponível em <<http://www.who.dk/policy/almaata>>.

obrigações familiares, domésticas, religiosas, portanto um tempo desocupado, de descanso, de recolhimento da vida social e familiar, resultando em diferentes respostas de acordo com a interpretação individualizada.

Quanto ao contato social, foi possível verificar que a doença provocou uma ruptura e mudanças significativas na vida social e coletiva das mulheres do grupo teste, sendo este fator encontrado de extrema importância e pouco estudado na literatura. As entrevistadas deste grupo fizeram referência direta à necessidade de relações interpessoais; relataram que após o diabetes deixaram de freqüentar muitos lugares e reduziram o contato social com as pessoas. Os autores Teixeira e Daher (1999) relatam que o modelo tradicional de assistência à saúde, frequentemente deixa escapar aspectos culturais, subjetivos e sociais que envolvem o processo saúde-doença. É necessário que o profissional fique atento a todo contexto em que o paciente está inserido, não apenas no seu diagnóstico, pois no presente trabalho verificou-se a necessidade de estratégias de intervenção no aspecto referente à socialização do paciente diabético, para que este tenha uma vida satisfatória.

Na tabela 3.1 é possível confirmar o quanto o DM tipo 2 mudou a vida social das entrevistadas do grupo teste e deixa claro que estas não freqüentam os mesmos lugares que freqüentavam antes de ficar doentes, cabe ressaltar que os resultados obtidos em relação aos aspectos sociais têm diferença estatisticamente significativa, que podem ser observados através do “P” do teste de Fisher’s. Sabe-se que este aspecto do estilo de vida quando prejudicado provoca diminuição das relações interpessoais e conseqüentemente, insatisfação com a própria vida. Oliveira (2000), em seu estudo envolvendo pacientes com doença crônica encontrou dados de que as relações interpessoais são determinantes da qualidade de vida e sugere que

devemos refletir e rever as formas de atendimentos atualmente realizadas.

Observou-se, portanto, que na amostra de mulheres estudadas, o aspecto referente à vida social, traz grande impacto no estilo de vida, deixando clara a necessidade de estudos maiores que abordem todos os determinantes para esse assunto de grande relevância, pois a maioria dos trabalhos encontrada na literatura busca um enfoque apenas na dieta e atividade física, fatores estes essenciais para uma postura de vida mais saudável, mas que merecem ser associados aos demais determinantes do cotidiano dos sujeitos.

Refletindo sobre os aspectos que fazem parte da vida do sujeito e o constitui, é necessário compreender a complexidade das relações sociais, isto é, a maneira como as experiências do cotidiano são vividas e entendidas pelos envolvidos e nas representações que cada um faz de sua própria condição. Galheigo (2003) relata a importância da “compreensão e da constituição de laços afetivos e do impacto das experiências de abandono e privação na constituição do sujeito que constrói sua singularidade através do coletivo”. Concordando com a afirmação desta autora, observou-se através das falas das mulheres do grupo teste que ao restringirem sua vida social, deixam de sonhar, pensar, se expressar, criar e fazer, deixando assim de construir sua individualidade.

Em relação ao desempenho das tarefas cotidianas, encontrou-se uma porcentagem significativa de mulheres do grupo teste, 24% que relataram que atualmente não realizam suas tarefas e atribuem ao diabetes a dificuldade no desempenho diário de seus afazeres. Este dado, por conseguinte pode ser associado a um número maior de patologias (tabela 2), presentes no grupo teste em comparação ao grupo controle, cabendo ressaltar que a realização de tarefas cotidianas é de extrema importância, pois “a atividade é necessária para o bem-estar

físico e emocional, portanto ela é” promotora de saúde “(HAHN, 1995)”.

Em relação à satisfação com a rotina de seu dia-a-dia, notou-se que nenhuma das mulheres do grupo controle mostrou insatisfação, já no grupo teste, 36% das entrevistadas relataram que atualmente nunca encontram satisfação em sua rotina. A respeito desta variável foi possível notar através das falas das mulheres do grupo teste, que seu dia-a-dia se apresenta da mesma forma a cada amanhecer, ou seja, nenhuma atividade nova ou significativa é acrescentada, já as mulheres que relataram satisfação apresentaram em sua fala condições de vida e trabalho que são sadias, estimuladoras, prazerosas e saudáveis. Recorrendo ao dicionário Aurélio (FERREIRA, 2000) foi encontrada a seguinte definição para a palavra “rotina”: “caminho já percorrido e conhecido, trilhado maquinalmente/ seqüência de atos ou procedimentos que se observa pela força do hábito”.

Após compreender o significado da palavra rotina, foi observado na fala das mulheres dos dois grupos que apresentaram-se satisfeitas com suas vidas, que geralmente são pessoas que não vivem apenas a rotina diária (de acordar , tomar banho, almoçar, jantar, dormir), mas são capazes de construir “cotidianos”, que segundo Heller²⁷ (2000 apud BENETTON et al., 2003) “é a vida do homem inteiro, ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela colocam-se em funcionamento todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias e ideologias”. Sendo assim, as mulheres que se mostraram insatisfeitas necessitam de resgatar em suas vidas atividades que possam tirá-las de uma rotina maçante e colocá-las frente a uma vida repleta de afazeres.

²⁷ HELLER, A. **Cotidiano e história**. São Paulo: Paz e Terra Filosofia, 2000.

Quando questionadas sobre a contribuição dos seus hábitos para uma melhora na qualidade de vida, 68% das mulheres do grupo teste relataram que sempre apresentam hábitos saudáveis, contra 60% do grupo controle. Porém cabe ressaltar que durante as entrevistas, observou-se que as mulheres do grupo controle são mais críticas quanto às suas ações e foram capazes de analisar seus hábitos para verificar suas atitudes frente à sua saúde. Já o grupo teste ao cruzar algumas respostas observou-se existir certa negligência em relação à sua condição atual, onde algumas mulheres relataram em outras perguntas não apresentar hábitos saudáveis e nesta questão disseram o contrário. Encontrou-se também no grupo teste 20% de mulheres que assumiram não seguir recomendações médicas, não fazer dieta e atividade física, fumar constantemente, não manter contato social, dentre outros.

Slagle²⁸ (1992 apud BENETTON et al., 2003), grande precursora da Terapia Ocupacional, no século XX fala sobre o treinamento de hábitos, ressaltando a necessidade de se utilizar hábitos saudáveis para tratar e acrescenta que “os hábitos são os objetos fundamentais, não só para cura, mas também como instrumento para uma nova vida social. Novos hábitos significam saúde e o retorno à comunidade”. No entanto a aquisição de hábitos saudáveis é algo complexo e difícil, pois envolve o comportamento humano e a responsabilidade em relação a si próprio.

Quando as mulheres foram questionadas sobre as mudanças positivas ou negativas após a internação, buscou-se saber se com a hospitalização elas buscaram um maior cuidado com a saúde. As mudanças positivas foram encaradas

²⁸ SLAGLE, E.C. Training aids for mental patients. **Arch. Occup. Therap.**, v.1, p.11-19, 1992.

pelas entrevistadas como, necessidade de maior preocupação com a saúde, de sentimento de “cuidado” e de possibilidade de ter na internação maiores recursos que contribuíram para a melhora de sua saúde. Em relação às mudanças negativas, elas se referiram ao sofrimento causado pela internação, ao medo da morte e dos procedimentos evasivos, a saudade da família, do trabalho e de seus afazeres e principalmente às incapacidades resultantes da doença após a hospitalização e suas conseqüências no retorno para casa.

Segundo De Carlo et al. (2004, p.15),

“No contexto hospitalar, experimenta-se um cotidiano muito particular, uma rotina institucional marcada pelas abordagens voltadas para as condições clínicas que determinaram a internação e que podem levar a reinternações ou a constantes idas e vindas ao atendimento ambulatorial. O sofrimento provocado pela doença associado a imagens e representações socialmente construídas sobre” o estar doente “e sobre o próprio hospital, pode levar o paciente a um outro tipo de sofrimento, psíquico, permeado pelo medo, pela perda de rotina que o identifica como sujeito, pelo afastamento daqueles que reafirmam seus papéis sociais (familiares, colegas de trabalho, amigos, etc)”.

No tocante à realização de atividades ou à dificuldade dessas após a hospitalização, foi encontrada diferença estatística entre os dois grupos estudados, sendo que 36% do grupo teste relatou sempre encontrar obstáculos para motivação e que deixaram de fazer muitas coisas depois da internação. Este resultado pode estar associado ao comprometimento causado pela patologia, pois muitas das entrevistadas apresentam retinopatia, realizam hemodiálise, fatores estes citados no comprometimento das atividades. Observou-se também que a internação para estas mulheres é sinônima de medo e privação, e constataram em relato grande “nervoso” e stress ao ficarem hospitalizadas.

A respeito do estresse durante a internação e os resultados que este provoca após a alta médica, De Levita (1958) realizou uma pesquisa com 376 pacientes e concluiu que aqueles que não sofreram estresse durante a hospitalização apresentaram uma recuperação melhor após a alta. No presente estudo, notou-se que os pacientes que sofrem um maior impacto com a hospitalização tendem a ter maiores dificuldades em seus afazeres que se somam às limitações do próprio diabetes após a alta. Cabe ressaltar também que através do resultado da amostra estudada, observou-se que a hospitalização traz restrições ao dia-a-dia das mulheres com diabetes tipo 2 e as dificuldades causadas podem influenciar em um estilo de vida pouco saudável o que poderá levá-las novamente a internação.

Em relação à rotina após a internação, não foi encontrado resultado significativo entre os dois grupos, mas observa-se que 44% do grupo teste relata nunca mais ter tido a mesma rotina, contra 4% do grupo controle, dado este que pode estar associado ao comprometimento após a internação, descrita pelas mulheres do grupo teste na variável citada acima.

Quando questionadas sobre a tomada de atitudes frente às situações de insatisfação após a hospitalização, vê-se que um pouco mais da metade do grupo teste não busca alternativas para uma satisfação com a vida, aceitando a doença e o fato de internarem com frequência, já no grupo controle um pouco mais da metade das entrevistadas relatou sempre fazer algo para mudar sua insatisfação, demonstrando uma busca por atividades novas em detrimento daquelas impossibilitadas de realização e buscando seguir uma dieta, fazer exercício físico e trabalhos autônomos.

Para Silva (2000, p.40), apresentar uma doença crônica como o diabetes

afeta vários aspectos da vida das pessoas e “as mudanças que ocorrem em suas vidas, muitas vezes, provocam rupturas com seu modo de viver anterior, requerendo modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenham, nas atividades que desenvolvem, enfim, mudanças que requerem uma nova reestruturação de seu dia-a-dia”.

Após a internação notou-se que o grupo teste obteve maiores prejuízos no cotidiano, o que pode ter contribuído para um número maior de reinternações hospitalares. As queixas foram principalmente em relação às habilidades que após a hospitalização não continuaram sendo as mesmas. Benetton et al. (2003) relatam que “a aquisição de habilidades é mais fácil do que a de hábitos. Assim como as habilidades, a tarefa e o ambiente social e físico podem também afetar os hábitos”. Pode-se concluir através do resultado da tabela 4, que o déficit de habilidades resultante da hospitalização, a diminuição da vida social, a restrição no desempenho de tarefas, a menor realização de atividades significativas pelo grupo teste, contribuem para uma mudança em relação aos hábitos saudáveis e podem comprometer o estilo de vida destas mulheres, no entanto estes dados evidenciam a possibilidade de haver uma correlação entre as reinternações hospitalares e o estilo de vida.

Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - MCDO

As mudanças no padrão de vida, trabalho e lazer têm um impacto significativo na saúde do indivíduo, capaz de modificar seu cotidiano, levando-o a mudanças de hábitos que influenciam seu estilo de vida.

A identificação dessas mudanças pelas próprias mulheres que se encontram

com diabetes mellitus tipo 2, é fundamental para um planejamento de ações em saúde que vão de encontro com as reais necessidades desta população. Neste sentido a utilização parcial da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO), foi um recurso capaz de avaliar as dificuldades no desempenho na realização de atividades nas mulheres do estudo.

Diversos aspectos devem ser considerados em relação a MCDO, entre eles a importância das entrevistadas descreverem sua própria perspectiva, identificando as áreas de preocupação em sua vida. Cabe ressaltar que a medida foi utilizada de forma parcial, para uma avaliação imediata do desempenho ocupacional das mulheres da amostra, não sendo realizada a obtenção dos escores para Satisfação (Sat) e Performance (P). Porém um estudo mais aprofundado na qual possa utilizar completamente o instrumento, através de avaliações e reavaliações do processo terapêutico será de extrema importância e muito contribuirá para a população com diabetes.

Wilcock²⁹ (1993 apud HAHN, 1995) ressalta que a ocupação é um fenômeno humano natural, que vai muito além do que sua compreensão no senso comum. "A ocupação utiliza tempo, energia, interesse e atenção no trabalho, lazer, em atividades de autocuidados, sociais, culturais e familiares e por causa destes atributos preenche as necessidades básicas para a promoção de saúde".

No presente trabalho não houve problemas na aplicação do questionário e roteiro de entrevista (MCDO), sendo observado que o tempo de resposta era mais longo para as mulheres mais idosas e com nível de escolaridade menor. Cabe ressaltar alguns aspectos positivos da COPM observados durante a aplicação: contribuiu na avaliação das atividades diárias realizadas pelas mulheres com

²⁹ WILCOCK, A.A. Biological and sociocultural aspects of occupation, health and health promotion. **Brit. J. Occup. Ther.**, v.56, n.6, p.200-203, 1993.

diabetes tipo 2, fez com que a entrevistada repensasse aspectos da sua vida identificando suas próprias dificuldades, podendo entrar em contato com elas e tirar dúvidas e ajudou o terapeuta (entrevistador) na avaliação dos comprometimentos em função da patologia presente.

Em linhas gerais, as atividades problemáticas mais citadas (tabela 5), pelo grupo teste estavam relacionadas às atividades produtivas (tarefas domésticas 40% e trabalho remunerado/não remunerado 48%) e atividades de lazer (passeios viagens 40%). No grupo controle encontrou-se maiores problemas (porém com frequências menores) também nas atividades produtivas (28% tarefas domésticas) e atividades de lazer (32% em passeios e viagens), neste grupo muitas mulheres relataram não ter atividades problemáticas, deixando em branco o questionário, mostrando levar uma vida tranqüila e equilibrada e mesmo aquelas que demonstraram algumas dificuldades, estas foram mais leves em comparação com as mulheres do grupo teste.

Entre as atividades citadas, observa-se que o trabalho remunerado/ não remunerado foi um fator muito ressaltado pelas mulheres do grupo teste, que coincide com os dados da tabela 1, onde este grupo apresenta-se menos ativo a respeito desta atividade. Galheigo (2003) ressalta que “o trabalho possibilita a manifestação do potencial de criação e produção do sujeito, a apropriação do real, a construção de solidariedade e a participação na trama social”.

Na comparação entre os grupos, foi possível notar que no grupo controle as mulheres quando impossibilitadas de exercer o trabalho antigo em função do diabetes, buscaram alternativas, como vender roupas, realizar trabalho voluntário, cuidar da casa, etc.

Em relação às atividades de lazer, ambos os grupos relataram sentir falta e

ressaltaram que por sentirem mal-estar, cansaço, dores nas pernas, não tinham mais condições para viajar ou mesmo realizar passeios mais curtos e simples. Uma atividade ainda bastante presente na esfera do lazer nos dois grupos é a participação religiosa (idas às missas, cultos).

As dificuldades no desempenho das tarefas domésticas (grupo teste 40% e grupo controle 28%) estão presentes nos relatos das entrevistadas de ambos os grupos, porém observa-se que as mulheres do grupo controle que apresentam esta dificuldade, são aquelas que apresentam complicações em relação a doença, diferentemente do grupo teste, onde se observou que grande parte das mulheres participam menos das atividades que gostam, não buscam se envolver em papéis na sua vida, não estabelecem objetivos para si mesmas, o que contribui para que não consigam organizar suas tarefas diárias.

Entre as atividades de vida diária, a locomoção fora de casa e a independência para movimentar-se mesmo dentro do lar, foram mais frequentemente citadas.

Na esfera do lazer 24% das mulheres do grupo teste apresentou dificuldade nas atividades de artesanato e 20% nas atividades de leitura e escrita relataram que os problemas referentes à visão são os maiores responsáveis, dado este correspondente ao número maior de mulheres com retinopatia (tabela 2) neste grupo. As mulheres do grupo controle que apresentaram dificuldades na leitura e escrita, além do fator da visão, relataram que o tremor nas mãos também contribui para a dificuldade na realização desta atividade.

Foram observados nas falas das entrevistadas, aspectos relacionados com o desempenho ocupacional, embora não fossem propriamente atividades: dificuldades para subir escadas, usar o telefone e falar com bastante fluência.

Através do questionário elaborado pela pesquisadora deste trabalho, as mulheres contaram aspectos de sua vida, de sua história e com a utilização da medida (MCDO) foi possível que especificassem seus comprometimentos e relatassem o quanto eles modificaram suas vidas, ressaltando que a realização ou não de atividades após um diagnóstico de diabetes e internações modifica o estilo de vida e merece estudos específicos.

Grandes estudos como Finnish? Diabetes Prevention Study Group, The Diabetes Prevention Program, The Da Qing? IGT and diabetes study, confirmaram que uma intervenção efetiva no estilo de vida pode prevenir ou retardar a progressão desta doença (Nascimento, 2003).

É importante ressaltar que o número de mulheres em cada grupo ($n=25$), pode não ter permitido identificar significância estatística em algumas diferenças entre os grupos, mas conseguiu ressaltar aspectos importantes do estilo de vida (“p” teste de Fisher’s mostrou significância) entre o grupo teste e o grupo controle, que foram descritos durante o trabalho e merecem ser citados, como por exemplo: a forma de lidar com o diabetes (a preocupação em relação a ele), a realização de atividade física, à vontade, o desejo, o interesse na realização de atividades, o contato social, a ocupação do tempo livre, mudanças na vida social, restrição aos ambientes que freqüentava antes de ficar doente, desempenho de tarefas cotidianas, contribuição dos hábitos para uma melhor qualidade de vida, dificuldade na realização de atividades após hospitalização, dificuldades nas esferas de lazer, atividades produtivas e atividades de vida diária. As modificações nestas variáveis influenciaram o estilo de vida das mulheres do grupo teste o que as levou a re-internações hospitalares, diferentemente das mulheres do grupo controle, como se pode observar nos dados coletados.

Atitudes como promoção em saúde e educação em saúde devem ser enfatizadas visando promover resultados satisfatórios e eficazes na prevenção e tratamento do DM.

Através da promoção em saúde, existe a possibilidade de que o indivíduo se responsabilize no processo de incorporação de hábitos saudáveis em um estilo de vida pessoal através de processos educativos.

Nos programas educativos, é necessário que o paciente tenha um espaço para poder falar de seus temores, fantasias e pensamentos sobre o diabetes e seu tratamento, já que é fundamental compartilhar esses sentimentos para uma maior adaptação à doença.

Finlayson e Edwards³⁰ (1992 apud HAHN, 1995) afirmam que a promoção da saúde requer escuta e compreensão do que é importante tanto para os indivíduos como para as comunidades, para depois facilitar as ações que satisfaçam essas necessidades auto identificadas. Os autores consideram os terapeutas ocupacionais habilitados para agirem na posição de catalizadores, com a finalidade de unir o indivíduo com seu meio em um processo de capacitação através do compartilhamento ou da defesa das habilidades e informações.

³⁰ FINLAYSON, M.; EDWARDS, J. Occupational therapy and health promotion: a natural partnership. **Health Promotion Issue Paper**, v.9, n.1, 1992.

6- CONCLUSÃO

Sabe-se que o Diabetes Mellitus tipo 2, deve ser reconhecido como um grave problema de saúde pública. Os esforços para otimizar as formas de tratamento e prevenção devem ser realizados não somente sob um problema individual, mas como uma questão coletiva, portanto as práticas de intervenção comunitária, incluindo mudanças positivas no estilo de vida, são essenciais e devem ser culturalmente adaptadas à realidade da comunidade.

Atualmente observa-se que apenas uma pequena porção de pessoas controla seu diabetes com hábitos saudáveis, pois elas preferem aderir mais facilmente ao tratamento medicamentoso a modificar seu estilo de vida, aumentando assim o custo do tratamento e oferecendo risco de futuramente apresentar algumas complicações que as impossibilitem de ter uma vida satisfatória.

Os dois instrumentos utilizados (Questionário e Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - MCDO) foram capazes de identificar limitações presentes no estilo de vida após o diabetes que evidenciaram possíveis correlações com as reinternações hospitalares.

A MCDO, como uma medida de resultado, buscou identificar com o paciente as metas funcionais que podem interessar a todos os profissionais de saúde. Mesmo utilizando este instrumento de forma parcial, foi possível detectar as áreas problemáticas na vida de mulheres diabéticas, através da identificação das dificuldades nas áreas de desempenho ocupacional pelas próprias entrevistadas, oferecendo a estas a oportunidade de reflexão sobre suas ações, comportamentos, atitudes e desempenho, trazendo através da espontaneidade das respostas fatos vividos no dia-a-dia.

Muitos são os domínios referentes ao estilo de vida, dentro dos objetivos

propostos no estudo, foram abordados neste trabalho aspectos que compreenderam: a dieta, exercício físico, relacionamentos interpessoais, trabalho, percepção de saúde e autocuidado, atividades de lazer (vida social) e fatores ambientais, socioeconômicos e culturais. Ficando nítida a necessidade de levar em consideração, o saber popular e as reais necessidades das mulheres com diabetes tipo 2 no momento de planejar uma intervenção.

Foi possível identificar através do trabalho, na comparação entre os grupos estudados (Teste e Controle), que o grupo controle apresentou um estilo de vida saudável que compreendeu: seguimento da dieta, prática de exercício físico, participação na vida social, relacionamentos interpessoais, atividades de lazer, trabalho, realização e participação nas atividades da vida cotidiana, os quais refletem em uma forma de autocuidado e responsabilização com a própria saúde que levam estas mulheres a terem uma vida saudável, deixando-as distantes da possibilidade de novas hospitalizações.

Notou-se que no grupo teste muitas mulheres apresentaram, menor satisfação pessoal, dificuldades para realização e participação nas atividades diárias e um grande comprometimento nas relações sociais, atividades de lazer e trabalho, mostrando a ausência ou desorganização das atividades que sustentam seu cotidiano.

É necessário que os domínios do estilo de vida sejam entendidos e avaliados em suas particularidades, pois só assim, faz sentido o planejamento de tratamentos, mudança de hábitos e a assistência especializada no cuidado ao paciente diabético, sendo importante ressaltar que para que incorpore atividades em seu dia-a-dia é preciso que estas tenham importância e sentido para ele.

Por isso o serviço de atendimento aos diabéticos deve trabalhar para

aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para lidarem com as dificuldades, neste caso os serviços de saúde na atenção primária tem um papel importante na melhora da saúde e poderão contribuir para a diminuição das reinternações hospitalares, a partir do momento em que as ações educativas e atitudes como promoção em saúde sejam capazes de transformar os pacientes em sujeito do seu tratamento e não meros expectadores.

Verificou-se que o Terapeuta Ocupacional é um profissional que pode contribuir significativamente para o tratamento de pessoas com diabetes, sendo importante que ele faça parte de uma equipe multidisciplinar; podendo contribuir no resgate das capacidades e habilidades, abrindo um apetite de vida, colocando o paciente em uma postura mais ativa e participativa, auxiliando na organização das atividades diárias, para que eles sejam capazes de encontrar na vida “aspectos doces” que possam ser saboreados de forma prazerosa e saudável.

Cabe ressaltar, no entanto, que os fatores biológicos (recaída da condição clínica original, surgimento de novos problemas clínicos), fatores ambientais, de organização do sistema de saúde (dificuldade de assistência domiciliar, problemas com serviço de atenção primária) e referentes ao estilo de vida agem de forma conjunta, necessitando de intervenções eficazes na área da saúde, tornando de extrema importância a busca por estratégias que visem contribuir para modificações de elementos como o estilo de vida, que são passíveis de intervenção a favor da prevenção ou controle do diabetes e diminuição de hospitalizações.

Quero enfatizar que jamais pretendi esgotar a temática do presente estudo, pois o conhecimento acerca de um fenômeno é inesgotável. Inúmeros olhares sobre os dados são possíveis e penso que este trabalho é apenas o início de uma longa

busca pelo conhecimento e entendimento da pessoa com diabetes. Esse não é um ponto de chegada, mas o início de uma nova partida, rumo a novos saberes.....

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASHTON, C.M.; KUYKENDALL, D.H.; JOHNSON, M.L.; WRAY, N.P. The association between the quality of inpatient care and early readmission. **Ann. Intern. Med.** v.122, n.6, p.415-421, mar., 1995.
- ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. Avaliação do processo de atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.205-211, 2002.
- AUBERT, R.E.; GEISS, L.S.; BALLAR, D.J.; COCANOUGHER, B.; HERMAN, W.H. Diabetes-related hospitalization and hospital utilization. In: HARRIS, M.I. (Ed.). **Diabetes in América**. 2nd ed. [s.l.:s.n.], 1995. Chap.27, p.553-569.
- BAISDEN C.E.; BOLTON, J.W.; RIGGS, M.W. Readmission and mortality in patients discharged the day after off-pump coronary bypass surgery. **Ann. Thorac. Surg.**, v.75, n.1, p.68-73, jan., 2003.
- BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: LESSA, I. e col. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo: Hucitec, 1998. Cap 1, p.15-27.
- BEAMER, B. A Exercise to Prevent and Treat Diabetes. **Phys. Sport. Med.**, v.28, n.10, p.261-279, 2000.
- BENETTON, J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. Hábitos, Cotidiano e Terapia Ocupacional. **Centro de Estudos de Terapia Ocupacional - CETO**, São Paulo, ano 8, n.8, p.27-40, 2003.
- BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BLACK, S. Diabetes, Diversity, and Disparity: What Do We Do With the Evidence. **Am. J. Publ. Heal.**, Estados Unidos, v.92, n.4, p.169-176, feb., 2002.
- BOELTER, M.C.; AZEVEDO, M.J.; GROSS, J.L.; LAVINSKY, J. Fatores de Risco para Retinopatia Diabética. **Arq. Bras. Oftalm.**, v.66, p.237-247, 2003.
- BORG, B., & BRUCE, M. A. Assessing psychological performance factors. In: C. Cahristiansen & C. Baum, Occupational therapy: Overcoming human performance deficits. Thorofare, NJ: Slack, p. 540-586, 1991.

- BRASIL, T.B.; FERRIANI, V.P.L.; MACHADO, C.S.M. Inquérito sobre a qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes portadores de artrites idiopáticas juvenis. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.1, p.63-68, 2003.
- BRICENO-LEON, R. Seven theses on health education for community participation. **Cad. Saúde Pública**, vol.12, n.1, p.7-30, jan./mar., 1996.
- CABALLERO, L.V.; MUNARI, A.F.; MONTER, H.P.; LEON, S.M.H.R.; PEREZ, A.N.B. A cerca de la prescripción de ejercicio en el paciente diabético. **Gac. Med. Mex.**, Local, v.136, n.6, p.605-609, 2000.
- CADE, N.V. O cotidiano e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.2, p.10-15, jul./dez., 1997.
- CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e promoção à saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. 2002. 184p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.
- CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. 2002. 184p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.
- CENSO DEMOGRÁFICO BRASILEIRO, 2000. Fundação do Instituto Nacional Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). São Paulo. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 de agosto de 2005.
- CEPREAU, B. Activity analysis: A way of thinking about occupational performance. In M. Neistadt & E. Cepreau (Eds.), Willard and Spackman's occupational therapy. Philadelphia Lippincott. P.135-147, 1998.
- CHACRA, A.R. Consenso da sociedade brasileira de diabetes sobre o diagnóstico e classificação do diabetes mellitos e tratamento do diabetes tipo 2. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v.47, n.1, p.1-23, 2001.
- CHACRA, A.R.; LERÁRIO, D.D.G. Novos Avanços na Terapia do Diabetes Tipo 2. **Rev. Soc. Card. SP.**, São Paulo, v.8, n.5, p., 1998.

- COLBERG, S.R; SWAIN, D.P. Exercise and Diabetes Control. **Phys. Sport. Med.**, v.28, n.4, 2000.
- DATASUS – IDB - Ministério da Saúde/ Funasa/ CENEPI/ Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 2001. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2001/c12.def>>. Acesso em 15 abr. 2003.
- DAVID, H.M.S.L. A relação entre profissionais e população nos processos educacionais/informacionais em saúde. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.93-98, jan. /jun., 1999.
- DE CARLO, M.M.P.; BARTALOTTI, C.C.; PALM, R.D.C.M. A Terapia Ocupacional em Reabilitação Física e Contextos Hospitalares: Fundamentos para a Prática. In: DE CARLO, M.M.R; LUZO, C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. Cap.1, p.3-28.
- DE LEVITA, D.J. Investigaciones sobre servicios de salud. **T. Soc.**, Geneesk, v.36, p.200, 1958.
- DUCHIN, S.P.; BROWN, S. A Patients should participate in designing diabetes educational content. **Pat. Educ. Counsell.**, Princeton, v.16, p.255-267, 1990.
- EGEA, A.; LEIZAOLA, C.; BÁEZ, R.; HENRIQUE, K. Dez primeiras causas de hospitalização en adultos em el Hospital Pérez de Leon de Petare, Caracas, entre los anos 1992-1997. **Rev. Soc. Méd.**, Cuba, v.29, n.1, p.17-24, jun., 1998.
- FERRARI, M.A.C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap.10, p.98-104.
- FERREIRA, A.B.H. **O novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.
- FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

- FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de qualidade de vida da organização mundial de saúde. **Ver .Brás. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, n.1, p. 19-28, 1999^a.
- FORJAZ, C.L.M.; TINUCCI, T.; ALONSO, D.O.; NEGRAO, C.E. Exercício físico e Diabetes. **Rev. Soc. Card. SP.**, São Paulo, v.8, n.5, p., 1998.
- FOSS, M.C. et al. Estudo analítico de uma amostra populacional de diabético tipo 2 da região de Ribeirão Preto (SP). **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v.35, n.5, p.179-183, out./dez., 1989.
- FRANCO, L.F.; ROCHA, J.S.Y. O aumento das hospitalizações por diabetes mellitus na região de Ribeirão Preto, no período 1988-1997. **Diab. Clín.**, São Paulo, v.6, n.2, p.108, mar. /abr., 2002.
- FRANCO, L.J. Um Problema de Saúde Pública- Epidemiologia. In: OLIVEIRA, J.E.P.; MILECH, A. **Diabetes Mellitus: Clínica, Diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap.3, p.19-32.
- GAGLIARDINO, J. Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético em América Latina. **Rev. Panam. Sal. Publ.**, Washington, v.10, n.5, p.309-317, 2001.
- GALHEIGO, S.M. O social: idas e vindas de um campo de ação em Terapia Ocupacional. In: PÁDUA, M.M.; MAGALHÃES, L.V. (Orgs.). **Terapia Ocupacional: Teoria e Prática**. Campinas: Papirus, 2003. Cap.2, p.29-45.
- GALIZZI, H.R. A Rejeição ao Paciente com Internações Repetidas no Hospital Geral. **Caderno de Saúde Mental no Hospital Geral-IPUB**, Rio de Janeiro, v.1, n.6, p.185-194, 1997.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record: 1997.

- GOMES, R.; MENDONÇA, E.A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- HADDAD, N. Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. In: HADDAD, N. **Delineamento de estudos analíticos**. São Paulo: Roca, 2004. Cap.6, p.39-70.
- HAHN, M.S. Promoção de Saúde e Terapia Ocupacional. **Rev. Cent. Estud. Terap. Ocup.**, São Paulo, v.1, n.1, p.10-13, 1995.
- HELENO, M.G.V. Diabetes: um enfoque psicossomático. **Rev. Bras. Pesq. Psicol.**, São Caetano do Sul, v.3, n.1, p.66-70, 1991.
- HELLER, A. Cotidiano e história. Paz e Terra Filosofia. São Paulo, 2000.
- HERNANDEZ, A.Q.; GRANJA, L.L.; SERRANO, V.C.; LUNA, A.M.; LEYVA, P.M.; MORENO, A.Q. La calidad de la vida del paciente diabético. **Rev. Cub. Med. Gener. Integ.**, Cuba, v.16, n.1, p.50-56, 2000.
- JARDIM, P.C.B.V.; SOUZA, A.L.L.; MONEGO, E.T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.29, n.2/3, p.232-238, abr./set., 1996.
- JUNGJOHANN, S.; ZACARÍAS, I.; KELLER, I. Cambios de Estilo de Vida y Conocimientos sobre Alimentación saludable y Actividad Física en Profesionales de Atención Primaria en Chile. **Rev. Chil. Nutr.**, Santiago, v.29, n.3., p.300-306, dez., 2002.
- KING, H.; AUBERT, R.E.; HERMAN W.H. Global burden of diabetes, 1995-2025. **Diab. Car.**, New York, v.21, p.1414-1431, 1998.
- LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. A work document. Ottawa, Canadá: [s.n.], apr., 1974.

- LAW, M.; BAPTISTE, S.; McCOLL, M.A; OPZOOMER, A.; POLATAJKO, H.; POLLOCK, N. The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome measure for occupational therapy. **C. J. O. T.**, v.57, p.82-87, 1990.
- LAW, M.; BAPTISTE, S., CARSWELL, A., McCOLL, M.A; OPZOOMER, A.; POLATAJKO, H.; POLLOCK. Canadian Occupational Performance Measure (2nd ed). Toronto: Canadian Association of Occupational Therapists, 1994.
- LERÁRIO, A.C. Diabetes Mellito: aspectos epidemiológicos. **Rev. Soc. Card. SP.**, São Paulo, v.5, n.5, p.885-891, 1998.
- LESSA I. Tendência da mortalidade proporcional pelo diabetes mellitus nas capitais brasileiras, 1950-1985. **Bolet. Ofic. Sanit. Panam.**, Washington, v.113, p.212-217, 1992.
- LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis: Bases Epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- LIMA-COSTA, M.F. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, out. /dez., p.177-189, 2004.
- LOPEZ-CARMONA, J.M.; ARIZA-ANDRACA, R.C.; RODRIGUEZ-MOCTEZUMA, J.R.; MUNGUÍA-MIRANDA, C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **Sal. Públ. Mex.**, Cuernavaca, v.45, n.4., jul./ago., 2003.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1996.
- MANDÚ, E.N.T.; SILVA, G.B. A saúde-doença no olhar das mulheres. **Texto Cont. Enferm.**, Florianópolis, v.6, n.1, p.219-245, jan. /abr., 1997.
- MARCOLINO, T.Q. Sobre reabilitar o que não se reabilita. **Rev. Cent. Estud. Terap. Ocup.**, São Paulo, ano 8, n.8, p.54-58, 2003.

- MARTINEZ, F.J.M. Enfermedad, cultura y sociedad: la identidad cultural de las personas con diabetes del sector informal urbano. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, n.61, p.49-61, 1992.
- MEDEIROS, M.H.R. **Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Carlos: Hucitec, 2003.
- MINAYO, M.C.S. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B. (Orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.31-39.
- MINAYO, M.C.S.; COIMBRA, J.C. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.212.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004, p 269.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.6, 2001.
- MODENEZE, D.M. **Qualidade de Vida e Diabetes: limitações físicas e culturais de um grupo específico**. 2004. 98p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- MORAIS, L.V. **A vida cotidiana de mulheres com obesidade: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional**. 2004. 129p. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- MOTA, D.G. **A educação participante no controle metabólico e qualidade de vida de mulheres com diabetes mellitus tipo 2**. 1998. 209p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- MOTA, D.G.; CAVALCANTI, M.L.F. Diabetes Mellitus Tipo 2. Dieta e Qualidade de Vida. **Saúde em Revista**, v.1, n.2, 1999.

- NAHAS, M.V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**. Londrina: Midiograf, 2001.
- NASCIMENTO, R. **Diabetes Mellitus Tipo 2: Fatores Preditivos na População Nipo-Brasileira**. 2003. 49f. Dissertação (Mestrado em Endocrinologia Clínica) – Faculdade Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- NUTBEAM, D. Achieving best practice in health promotion: Improving the fit between research and practice. **Health Education Research**, v.11, p.317-326, 1996.
- OLIVEIRA, A. S. Insuficiência Renal Crônica/ Qualidade de Vida e Terapia Ocupacional - Subsídios para Tratamento Psico-Social. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 027., 1999, Águas de Lindóia. **Anais...: ARS**, 28 set., 1999, p.30.
- OLIVEIRA, A.S. **Crenças e afetos relacionados a algumas condições para qualidade de vida e insuficiência renal crônica (IRC): subsídios para uma abordagem psicossocial**. 2000. 116p. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Universidade Federal de São Carlos, Ribeirão Preto, 2000.
- OLIVEIRA, F.J.A. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Cap.4, p.81-94.
- OLIVEIRA, J. **Análise de condutas clínicas, fatores de risco e gastos hospitalares para o tratamento do diabetes mellitus e complicações associadas**. 2002. 143p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação-Interunidades em Nutrição Humana Aplicada, Universidade de Saúde Pública, São Paulo, 2002.
- OLIVEIRA, J.E.P. Conceito, Classificação e Diagnóstico do Diabetes Mellitus. In: OLIVEIRA, J.E.P.; MILECH, A. **Diabetes Mellitus: Clínica, Diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap.2, p.7-18.

- PADILLA, D.A.; DÍAZ, O.D.; NORAT, T.S.; RODRÍGUEZ, M. La atención al paciente diabético en el nivel secundario: informe preliminar. **Rev. Cub. Sal. Publ.**, v.18, n.2, p.81-94, jul., 1992.
- PAUL, S. Culture and its influence on occupational therapy evaluation. **C. J. O. T.**, v.62, n.3, 1995.
- PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- PÉRES, D.S. **Sentimentos, Pensamentos e Comportamentos De Mulheres Portadoras De Diabetes Tipo 2**. 2004. 210p. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas**, São Paulo: Roca, 2004.
- PIERCE, D. **Desembaraçando ocupação e atividade**. Centro de Estudos de Terapia Ocupacional - **CETO**, São Paulo, ano 8, n.8, p.27-40, 2003.
- PINHO, L.M.O. **Educação em saúde no cotidiano do ser diabético**. 2000. 109p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.
- PINOTTI, J.A. et al. A evolução histórica do conceito de atenção integral à mulher. In: PINOTTI, J.A.; FAÚNDES, A. **A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil**. São Paulo: Manole, 1988. Cap.2, p.13-24.
- QUEIROZ, M.S. Estratégias de Consumo em Saúde entre Famílias Trabalhadoras. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.9, n.3, p.272-282, jul./set., 1993.
- RABELO, S.E. et al. Aspectos preventivos no diabete melito com relação às doenças cardiovasculares. **Rev. Soc. Card. SP.**, São Paulo, v.6, n.5, p.85-589, set./out., 1996.

- RABELO, S.E.; PADILHA, M.J.C.S. A atividade lúdica no processo educativo ao cliente diabético adulto. **Texto Cont. Enferm.**, Florianópolis, v.7, n.3, p.106-117, set. /dez., 1998.
- REVISTA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Edição Especial de 49 anos. **Talentos Comunicação e Marketing**, Ribeirão Preto, p.6, maio, 2005.
- RODRIGUEZ, V.F.J.; ALCOUCER, D.M.R.; MARÍN, F.Y.; PUJO, L.L.E. El reingresso hospitalario como medida de la calidad asistencial. **An. Med. Inter.**, v.19, n.5, p.270-271, may., 2002.
- RYFF, C.D.; SINGER, B.H. **Emotion, social relationships, and health**. Oxford: University Press, 2001.
- SANTOS, R. Estudo das reinternações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto no período de 1998-1999. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- SANTOS, R.M. Aspectos psicológicos do diabetes. **Diab. Clín.**, São Paulo, v.3, p.146-148, 1999.
- SAWAIA, B.B. Análise psicossocial do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.28, n.1, p.105-110, abr., 1994.
- SILVA, D.M.G.V. **Narrativas do viver com diabetes mellitus**: experiências pessoais e culturais. 2000. 197p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- SILVEIRA, V.M.F.; MENEZES, A.M.B.; POST, C.L.A.; MACHADO, E.C.M. Uma amostra de Pacientes com Diabetes Tipo 1 no Sul do Brasil. **Arq. Brás. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v.45, n.5, p.433-440, out., 2001.
- SMITH, D.M.; GIOBBIE, H.A.; WEINBERGER, M.; ODDONE, E.Z.; HENDERSON, W.G.; ASCH, D.A.; ASHTON, C.M.; FEUSSNER, J.R.; GINIER, P.; HUEY, J.M.; HYNES, D.M.; LOO, L.; MENGEL, C.E. Predicting non-elective hospital

- readmissions: a multi-site study. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on primary care and Readmissions. **J. Clin. Epidem.**, v.53, n.11, p.1113-1118, nov., 2000.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br>>. Acesso em 2000.
- SONGER. T.J. Diabetes in América. **National Institute of Diabetes and digestive and Kidney Diseases**, cap.12, p.259-281. 1995.
- SOUZA, C.A.C. **Fatores psíquicos e a aderência de pacientes diabéticos ao tratamento**. 1997. 150p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.
- SPENCER, J. et al. Incorporation of Ethnographic Methods in Occupational Therapy Assessment. **A. J. O. T.**, v.47, n.4, apr., 1993.
- STOTZ, E.N.; VALLA,V.V. Saúde Pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: STOTZ, E.N.; VALLA,V.V. (Orgs.). **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.99-123.
- SUMSION, T. Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional: guia para implementação. In: POLLOCK, N.; McCOLL, M.A.; CARSWELL, A. **Medida de Performance Ocupacional Canadense**. São Paulo: Roca, 2003. Cap.10, p.183-204.
- TAKATORI, M. A Terapia Ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. **Revista o Mundo da Saúde**, São Paulo, v.25, ano 25, n.4, out. /dez., p.371-377, 2001.
- TEIXEIRA, E.R; DAHER, D.V. Trabalhando com as representações dos sujeitos na educação em saúde. **Texto Cont. Enferma**. Florianópolis, v.8, n.1, p.312-325, jan. /abr., 1999.

- TORQUATO, M.T.C.G. et al. Prevalência do diabetes mellitus, diminuição da tolerância à glicose e fatores de risco cardiovascular em uma população urbana adulta de Ribeirão Preto. **Diab. Clín.**, São Paulo, v.5, n.3, p.183, maio/jun., 2001.
- TORRES, H.C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Caderno de Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, jul. /ago., 2003.
- TROMBLY, C. A. **Terapia Ocupacional para a disfunção física.** Santos: Livraria, 1995.
- VAISTMAN, J. Saúde, Cultura e Necessidades. In: AUTORES. **Saúde: Coletiva?** Questionando a Onipotência do Social. [s.l.:s.n.], 1992. v.6, n.3, p.197-205.
- VALLA V.V. Apoio Social e Saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M.V. (Org.). **Educação popular hoje** – variações sobre o tema. São Paulo: Loyola, 1998. p.151-179.
- VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1989.
- WAITMAN, J.N.; CIANI, J.G.; BRUTTI, N.I.; MARIANO, L.V.; GALLERANO, R.H. Estatística de diabéticos internados en el Hospital Córdoba. **Rev. Fac. Cien. Méd.**, Córdoba, v.43, n.2, p.32-34, 1985.
- WALES, J.K. Does psychological stress cause diabetes? **Diab. Med.**, Chichester, v.12, p.109-112, 1995.
- WAMALA, S.P.; WOLK, A.; ORTH-GOMÉR, K. Determinants of obesity in relation to socioeconomic status among middle-aged Swedish women. **Prev. Med.**, Stockholm, v.26, p.734-744, 1997.
- WEINBERG, M.; ODDONE, E.Z.; HENDERSON, W.G. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? **N. Engl. J. Med.**, v.334, n.22, p.1441-1447, may., 1996.
- WHITE, R.D.; SHERMAN, C. Exercise in diabetes management. **Phys. Sport. Med.**, v.4, n.27, 1999.

- WILLIAMS, H.; BLUE,B.; LANGLOIS, P.F. Do follow-up home visits by military nurses of chronically ill medical patients reduce readmissions? **Mil. Med.**, v.159, n.2, p.141-144, feb., 1994.
- WING, R.R; GOLDSTEIN, M.G; ACTION, K.J; JAKICIC, J.M; SALLIS JÚNIOR, J.F; SMITH-WEST, D; JEFFERY, R; SURWIT, R.S. Behavioral Science Research in Diabetes. **Diab. Car.**, v.24, n.1,2001.
- XAVIER, D.; ÁVILA, M.B.; CORREA, S. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M.E. (Org.). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989. Cap.2, p.39-43.

8- ANEXOS

(ANEXO A) COMITÊ DE ÉTICA	112
(ANEXO B) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE	113
(ANEXO C) FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	114
(ANEXO D) CARTA DE APRESENTAÇÃO AO AMBULATORIO DE DIABETES PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	119
(ANEXO E) MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL	121

(ANEXO A)

COMITÊ DE ÉTICA

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 24 de novembro de 2004

Ofício nº 3181/2004
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“A INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA NA RE-INTERNAÇÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em sua 193ª Reunião Ordinária realizada em 22.11.2004, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 12404/2004.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
GRASIELLE SILVEIRA TAVARES
PROF. DR. JUAN STUARDO YAZLLE ROCHA (Orientador)
Depto. de Medicina Social
Em mãos

(ANEXO B)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE**

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecida sobre os objetivos, procedimentos e as condições sobre minha participação no estudo “A Influência do Estilo de Vida na Reinternação Hospitalar de Pacientes Diabéticos”, o qual consistirá em responder um questionários aplicado pela pesquisadora, a terapeuta ocupacional Grasielle Silveira Tavares.

Declaro que estou ciente de que:

1. Minha participação é voluntária e contribuirá para melhorar os serviços de saúde do município;
2. Não terei nenhum prejuízo ou punição por participar, ou deixar de participar do estudo;
3. Terei a liberdade de não responder alguma ou algumas das questões se assim desejar, bem como terei a liberdade de desistir de minha participação no estudo, sem sofrer punição ou prejuízo por isso;
4. Minha participação na entrevista não me prejudicará na forma de atendimento médico que utilizo;
5. As informações que darei serão confidenciais e minha identidade jamais será conhecida ou divulgada para outra pessoa;
6. Todas as informações que fornecer serão anotadas em um formulário mantendo o meu anonimato, e que posteriormente serão codificadas e analisadas de uma forma coletiva, agrupando todos os participantes;
7. Não recebi nenhum incentivo direto pela minha participação na entrevista.

Declaro, ainda que concordo inteiramente com as condições que foram apresentadas e que, livremente, manifesto minha vontade em participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200____

(ANEXO C) FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Departamento de Medicina Social
 Pesquisa sobre “A Influência do Estilo de Vida na Reinternação Hospitalar de Pacientes
 Diabéticos”

I. IDENTIFICAÇÃO												
Nome do Paciente			1. N° Registro		1							
2. Sexo M F		3. Data de Nascimento ____ / ____ / ____		4. Internação S N		2	3					4
5. Última Internação(mês/ano) ____ / ____		6. N° Intern ____		7. Ocupação Atual		5				6	7	
8. Atualmente você está:					8							
1. Trabalhando com registro em carteira												
2. Trabalhando como autônoma												
3. Trabalhando em casa												
4. Aposentada (idade/tempo serviço)												
5. Aposentada por problemas de saúde												
6. Afastada												
7. Desempregada												
8. Não trabalha												
9. Outros												
9. Este é o mesmo trabalho que você fazia antes de ficar doente? S N Prejudicado			10. Estado Civil		9	10						
			1. Solteira 4. Viúva									
			2. Casada 5. Outro									
			3. Separada									
11. Grau de Escolaridade					11							
1. Analfabeto 4. Ensino Superior												
2. 1º Grau 5. Técnico												
3. 2º Grau 6. Outros												
II. GRAU DE PERCEPÇÃO DA DOENÇA/PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE												
12. Há quanto tempo você tem diabetes: ____ ano(s)			13. Que tipo de diabetes você tem:		12	13						
			1. Dependente de antidiabéticos orais e insulina									
			2. Insulinodependente									
			3. Dependente de dieta nutricional									
			4. Dependente de antidiabéticos									
14. Como você descobriu a doença:			15. Você tem alguma destas doenças citadas a seguir: (podem ser assinaladas mais de 1 alternativa)		14	15						
1. Internação			1. Colesterol									
2. Consulta Médica			2. Doenças Cardiovasculares									
3. Exames de Rotina			3. Hipertensão Arterial									
			4. Insuficiência Renal									
			5. Retinopatia Diabética									
			6. Outras doenças associadas									

16.Você se preocupa com sua saúde: 1.Bastante 2.Pouco 3.Nada	17.Como controla o seu diabetes: (podem ser assinaladas mais de 1 alternativa) 1.Fazendo dieta 2.Não faltando nas consultas do ambulatório e/ou UBS 3.Tomando a medicação corretamente 4. Todas citadas acima	16	17						
18.O diabetes deixa você: 1.Bastante preocupada 2.Pouco preocupada 3.Nenhuma preocupação	19.Ser portadora de diabetes modificou sua vida: o 1.Bastante o 2.Pouco o 3.Nada	18	19						
20.Você percebe no seu dia-a-dia se o diabetes está alterado? 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	21.A alteração impede você de continuar realizando tarefas e/ou trabalho? 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	22.Para controlar o diabetes você faz uso de chás, ervas,etc: 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	20	21	22				
23.A medicação é importante para levar sua vida diária: 1.Bastante 2.Pouco 3.Nada	24.Você já participou alguma vez de grupo educativo para diabetes? 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	23	24						
III. ESTILO DE VIDA									
25.Foi prescrita alguma dieta para o seu tratamento: 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	26.Você sente dificuldade para seguir uma dieta regularmente: 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	27.Seus hábitos alimentares mudaram com o tratamento do diabetes: 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	25	26	27				
28.Você acredita que a dieta ajuda no tratamento do diabetes: 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca			28						

29.No seu tratamento foi recomendado algum tipo de atividade física? 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	30.Você realiza atualmente alguma atividade física: 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	29	30						
31.Antes de apresentar diabetes você realizava atividade física? 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	32.Você acredita que praticar atividade física contribui para diminuição das complicações causadas pelo diabetes? 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	31	32						
IV.VIDA COTIDIANA									
33.Você acha que o diabetes a impede de fazer as atividades do seu dia-a-dia: 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	34.Você sente vontade para realizar suas atividades de vida diária: 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	33	34						
35.Quando você sente dificuldade de exercer alguma atividade, isto lhe deixa incomodada: 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	36.Como você ocupa a maior parte do seu tempo livre: (podem ser assinaladas mais de 1 alternativa) 1.Assistindo TV 2.Dormindo durante o dia 3.Realizando trabalhos em casa (manuais, rotineiros) 4.Passeando 5.Visitando amigos/parentes	35	36						
37.Você tem atualmente contato social? (faz e recebe visitas) 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca			37						
38.Após o diabetes houve mudança na sua vida social: 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	39.Os ambientes que frequenta atualmente são os mesmos que frequentava antes de ficar doente: 1.Quase sempre 2.Algumas vezes 3. Quase nunca	38	39						
		38	39						

[illegible]

(ANEXO D) – CARTA DE APRESENTAÇÃO AO AMBULATÓRIO DE DIABETES PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE DA COMUNIDADE

PROJETO: A INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA NA RE-INTERNAÇÃO
HOSPITALAR DE PACIENTES DIABÉTICOS

APRESENTAÇÃO

Estamos realizando uma pesquisa sobre “A Influência do estilo de vida na Re-internação Hospitalar de Pacientes Diabéticos” assistidos pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do município de Ribeirão Preto (HCFMRP). A pesquisa está sendo desenvolvida pela Terapeuta Ocupacional Grasielle Silveira Tavares (Crefito: 3/6634 –TO) sob orientação do Professor Juan Stuardo Yazlle Rocha (CREMESP 15249), docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A pesquisa tem como objetivo principal investigar a influência do estilo de vida na re-internação hospitalar de pessoas com diabetes, buscando conhecer os comportamentos favoráveis ou desfavoráveis destes pacientes que possam contribuir para suas re-internações, identificando problemas na vida cotidiana relacionados ao diabetes. O objetivo final é melhorar a eficácia da assistência prestada a esta população usuária do Sistema Único de Saúde.

Será realizado um levantamento de prontuários, dos quais serão selecionados os sujeitos para a pesquisa. Em seguida serão oferecidas informações sobre o estudo e as suas etapas. Em caso de concordância, os indivíduos assinarão um documento em duas vias confirmando a participação neste estudo. Uma das vias será entregue ao participante da pesquisa, a segunda via ficará em poder do condutor da pesquisa.

Esta pesquisa consistirá na aplicação de um questionário aos pacientes atendidos no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e aos pacientes que apresentarem re-internações nos últimos 3 anos. A entrevista será devidamente marcada em horários previamente definidos pelos participantes da mesma. Terá a duração de 40 (quarenta) minutos e consistirá de perguntas sobre o grau de percepção e preocupação com o diabetes, dados de identificação, questões relativas à reinternação hospitalar e ao estilo de vida (alimentação, atividade física e atividades cotidianas).

Para qualquer dúvida relacionada a este estudo poderá entrar em contato pelo telefone: 602-3070

Prof. Juan.S.Y. Rocha

Terapeuta Grasielle.S. Tavares

(ANEXO E) – MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL

2ª EDIÇÃO

AUTORES:

Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell,
Mary Ann McColl, Helene Polajko, Nancy Pollock

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO) é um instrumento individualizado, concebido para ser utilizado por Terapeutas Ocupacionais para detectar alterações na auto-percepção de problemas de desempenho ocupacional, ao longo do tempo.

Nome do Cliente:		
Idade:	Sexo:	registro n.º:
Entrevistado (se não for o cliente):		
Data da Avaliação:	Data Prevista para a Reavaliação.	Data da Reavaliação:

Terapeuta:
Instituição/Serviço:

Published by CAOT Publications ACE

Int. Law, Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Polajko, N. Pollock, 1994

Versão Portuguesa traduzida por Sílvia Gonçalves, 1999

Adaptação para o Brasil: Lilian Magalhães, 2002

Passo 1:
Identificação das Áreas de Desempenho Ocupacional

Para identificar problemas, preocupações e interesses relativos ao desempenho ocupacional, entrevistar o cliente, questionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades da vida diária, às atividades produtivas e às atividades de lazer. Solicitar ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia normal. Seguidamente, pedir que identifique quais dessas atividades são de difícil realização, atualmente, de uma forma satisfatória. Registrar estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

Passo 2:
Classificação do Grau de Importância

Usando os cartões de pontuação fornecidos, pedir ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Colocar as pontuações nos respectivos quadrados nos Passos 1A, 1B e 1C.

Passo 1A: Atividades da Vida Diária

Importância

Cuidados pessoais

(ex. vestir-se, banho,

alimentação, higiene)

Condições de movimentar-se

(ex. transferências, mobilidade

dentro e fora de casa)

Independência fora de casa

(ex. transportes, compras, finanças)

Passo 1B: Atividades Produtivas

Importância

Trabalho (remunerado/não remunerado)

(ex. procurar/manter um emprego,

atividades voluntárias)

Tarefas domésticas

(ex. limpeza, lavagem de roupas,

preparação de refeições)

Jogo/Escolaridade

(possibilidades de frequentar escolas, cursos, etc.)

Published by CAOT Publications ACE

M. Law, Baptiste, A. Garrawell, M. A. Hughes, P. H. Hughes, P. H. Hughes, 1999

Versão Portuguesa traduzida por Sílvia Gonçalves, 1999

Adaptação para o Brasil: Lilian Magalhães, 2002

Passo 1C: Atividades de Lazer		Importância
Recreação calma (ex. hobbies, leitura, artesanato)		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
Recreação ativa (ex. esportes, passeios, viagens)		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
Socialização (ex. visitas, telefonemas, festas, atividades sociais)		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>

Passos 3 & 4 | Pontuação - Avaliação Inicial e Reavaliação

Confirmar com o cliente os 5 problemas mais importantes e registrá-los abaixo. Usando os cartões de pontuação, pedir ao cliente que classifique cada problema no que diz respeito ao desempenho ocupacional e satisfação, calculando, no final, a pontuação total. Para o cálculo da pontuação total soma-se a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divide-se pelo número de problemas. Na reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao desempenho e à satisfação. Calcular as novas pontuações e as mudanças da pontuação.

Avaliação Inicial:				Reavaliação:	
Problemas de Desempenho Ocupacional:	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2	
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pontuação:	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2	
Pontuação Total =	/	/	/	/	
#de Problemas	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	

Published by CAOT Publications ACE

Por: Paulo Roberto de Carvalho, M. Sc. e Ricardo de Oliveira, M. Sc. 1999

Versão Portuguesa traduzida por Sílvia Gonçalves, 1999

Adaptação para o Brasil: Lilian Magalhães, 2002