UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BEATRIZ CARDOSO LOBATO

Sempre foi velado: um modelo teórico sobre os significados de ser trabalhador com diabetes na perspectiva do adoecido e dos profissionais de saúde.

Ribeirão Preto
2014

BEATRIZ CARDOSO LOBATO

Sempre foi velado: um modelo teórico sobre os significados de ser trabalhador com diabetes na perspectiva do adoecido e dos profissionais de saúde.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar do Adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: Profa. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira

Ribeirão Preto
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Lobato, Beatriz Cardoso

Sempre foi velado: um modelo teórico sobre os significados de ser trabalhador com diabetes na perspectiva dos adoecidos e dos profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 2014.

188 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Teixeira, Carla Regina de Souza.

1. Diabetes *Mellitus*.
2. Trabalho.
3. Saúde.
4. Profissionais de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Beatriz Cardoso Lobato

Título: Sempre foi velado: um modelo teórico sobre os significados do ser trabalhador com diabetes na perspectiva dos adoecidos e dos profissionais de saúde.

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais Edvaldo e Sueli e a minha irmã Natalia,
Obrigada por me apoiarem na realização dos meus sonhos, sem o apoio de
você eles não teriam se tornado realidade.*

Ao meu marido,
Companheiro em toda a minha trajetória profissional e pessoal.
Você foi fundamental para a realização deste trabalho, por ouvir minhas
reflexões, mesmo a distância, pela paciência, pelo apoio e incentivo para que eu
concluísse mais uma etapa em minha formação profissional.
Obrigada por ter percorrido comigo este caminho.

Aos meus filhos queridos, Carlos e Isabella.
Vocês são um presente de Deus. Com vocês tudo faz sentido e fica mais
divertido. Obrigada por compreenderem a importância deste trabalho e por me
ajudarem a concluí-lo.
Amo vocês.

*“Não haverá borboletas se a vida não passar por longas
e silenciosas metamorfoses”*
Rubem Alves

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que de alguma forma trilharam comigo esta trajetória, me apoiando e possibilitando a conclusão deste trabalho.

À Profa. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira. Agradeço por me acolher e me conduzir no caminho da pesquisa, compartilhando comigo seus conhecimentos e experiências. Você é muito especial, pela sua competência profissional e pela pessoa extraordinária e sensível que você é. Suas palavras de carinho e orientação chegaram nos momentos certos, me incentivaram, me fizeram refletir, me inspiraram e me fortaleceram. Com você cresci como profissional e como pessoa. Obrigada por tudo.

À Profa. Dra. Maria Lúcia Zanetti. Agradeço por compartilhar comigo seus conhecimentos e pelas contribuições para o aperfeiçoamento deste trabalho. Agradeço a disponibilidade e a atenção que teve comigo durante esta trajetória.

À Profa. Dra. Marcia Maria Fontão Zago. Fonte de inspiração, pela forma apaixonante como aborda a pesquisa qualitativa. Agradeço a disponibilidade, atenção e carinho em compartilhar comigo seu conhecimento sobre pesquisa, que contribuíram muito com o desenvolvimento deste estudo.

À Profa. Dra. Regina Yoneko Dakuzaku Carretta. Professora querida, profissional competente, grande amiga. Obrigada por compartilhar comigo seu conhecimento, seus valores, sua visão de mundo, que contribuíram com minha formação profissional e pessoal. Obrigada pelo apoio incondicional e por toda a oportunidade de trabalho. Serei eternamente grata por tudo o que me possibilitou aprender e vivenciar.

À Profa. Dra. Carla da Silva Santana. Seu espírito desbravador me conduziu a este caminho. Obrigada por me apresentado à Profa. Carla, ter me incentivado a iniciar o doutorado. Agradeço por partilhar comigo seu conhecimento sobre pesquisa qualitativa, que muito contribuiu com minha formação e desenvolvimento deste estudo.

À equipe de saúde da Unidade Básica Distrital de Saúde “Joel Domingues Machado”, pelo apoio e disponibilidade para a realização desta pesquisa.

À todas **as pessoas com diabetes e profissionais de saúde** que aceitaram participar da pesquisa e dedicaram um pouco de seu tempo ao compartilharem comigo suas histórias de vida, experiências, conhecimentos e sentimentos.

Aos **professores e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo** que contribuíram com a realização deste trabalho.

Aos **professores e funcionários do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP** que não pouparam esforços para que eu concluísse meu trabalho. Obrigada por me incentivarem e por acreditarem em meu potencial.

Ao **CNPQ** pela concessão de quatro meses de bolsa.

**“Quando o homem compreende a sua realidade,
pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa
realidade e procurar soluções.
Assim, pode criar um mundo próprio, seu EU e as
suas circunstâncias.”**

Paulo Freire

RESUMO

LOBATO, B.C. **Sempre foi velado: um modelo teórico sobre os significados de ser trabalhador com diabetes na perspectiva do adoecido e dos profissionais de saúde.** 2014. 188f. (Tese) Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2014.

O diabetes *mellitus* em pessoas em idade produtiva pode acarretar a perda de habilidades para o trabalho, redução da produtividade e aposentadoria precoce. Este estudo objetivou construir um modelo teórico sobre os significados atribuídos à experiência de ser trabalhador com diabetes na perspectiva das pessoas com diabetes e dos profissionais de saúde. Utilizou-se a abordagem qualitativa na perspectiva do Interacionismo Simbólico, como referencial teórico e a Teoria Fundamentada nos Dados, como referencial metodológico. A coleta dos dados foi orientada pelo processo de amostragem teórica, sendo a entrevista o principal recurso utilizado. Foram entrevistadas 11 pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 e 8 profissionais de saúde. As entrevistas foram realizadas no período de março de 2012 a maio de 2013 e transcritas na íntegra. A análise dos dados foi realizada em três etapas: codificação aberta, axial e seletiva, que permitiram a identificação das categorias e do fenômeno central. Verificou-se que para pessoa com diabetes a experiência do adoecer é compreendida como uma condição velada em diferentes interações sociais e contextos de vida e que precisa ser por ela administrada. **Experiência cotidiana com uma condição crônica** suscita o medo da morte e a experiência de limitações nas atividades diárias, que compromete a identidade e o desempenho de papéis como o de trabalhador. Neste processo, percebe-se a **atenção a saúde como parte da rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva**, a qual é compreendida como uma atenção fragmentada, centrada em ações biológicas e prescritivas, que não abarcam as implicações emocionais e sociais desta condição crônica e não oferecem suporte para lidar com esta condição no contexto do trabalho. Embora, a **revelação das implicações entre diabetes e trabalho** apresente a existência de uma implicação recíproca entre a enfermidade e o trabalho, esta condição mantém-se velada neste contexto, devido ao medo de sofrer preconceito. Assim, as pessoas com diabetes e os profissionais de saúde revelam a **busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes**, na qual adaptam as ações de autocuidado ao ambiente e condições de trabalho, evitando promover mudanças na rotina e formas de organização desta atividade. Como consequência, as pessoas com diabetes apresentam-se com **dificuldades para manter-se no trabalho**, o que pode antecipar sua saída do mercado de trabalho. Frente a esta realidade, o profissional de saúde percebe-se com **dificuldades para intervir nas demandas do trabalhador com diabetes** e identifica a necessidade de instrumentalização para atuar frente a esta demanda. A experiência descrita centraliza-se no modelo teórico **sempre foi velado**, que possibilita uma compreensão abrangente sobre a experiência da pessoa com diabetes que trabalha e oferece subsídios para intervenções ampliadas em saúde que considerem as pessoas com diabetes em sua integralidade e para o desenvolvimento de dispositivos legais que garantam a realização de ações de autocuidado no contexto do trabalho.

Palavras-chaves: diabetes *mellitus*, trabalho, saúde e profissionais da saúde.

ABSTRACT

LOBATO, BC. **It was always veiled: a theoretical model about the meanings of being a worker with diabetes and the perspective of illness and health professionals.** 2014. 188f. Doctoral (Thesis) - Nursing School of Ribeirão Preto. University of São Paulo. São Paulo. 2014.

Diabetes *mellitus* in people of working age can lead to the loss of job skills, reduced productivity and premature retirement. This study aimed to construct a theoretical model of the meanings attributed to the experience of being a worker with diabetes from the perspective of people with diabetes and healthcare professionals. We used a qualitative approach in the perspective of Symbolic Interactionism as a theoretical and Grounded Theory in Data as a methodological framework. Data collection was guided by theoretical sampling process, and the interview was the main resource used. 11 people with diabetes *mellitus* type 2 and 8 health professionals were interviewed. The interviews were conducted from March 2012 to May 2013 and then they were transcribed. Data analysis was performed in three stages: open, axial and selective coding, which allowed the identification of categories and the central phenomenon. It was found that for people with diabetes, the experience of illness is understood as a veiled condition in different social interactions and contexts of life and needs to be administered by it. **Everyday experience with a chronic condition** raises the fear of death and experience limitations in daily activities, which compromises the identity and role performance as a worker. In this process, it is realized the **attention to health as a routine of the person with diabetes in productive age**, which is understood as a fragmented attention focused on biological and prescriptive actions that do not address the emotional and social implications of this chronic condition and do not offer support to deal with this condition in the workplace. Although, **the revelation of the implications between diabetes and work** to present the existence of a mutual implication of the disease and the work, this condition remains veiled in this context due to the fear of suffering prejudice. Thus, people with diabetes and healthcare professionals reveal **the search for actions and strategies that enable the worker with diabetes**, in which the self-care actions adapted to the environment and working conditions avoiding foster changes in routine and ways of organizing this activity. As a result, people with diabetes present with **difficulties to keep up at work**, what can anticipate their exit from the labor market. Facing this reality, the health professional perceives his **difficulty to intervene in the demands of the worker with diabetes** and identifies the need to provide tools to act against this demand. The experience described focuses on the theoretical model and **it was always veiled**, enabling a comprehensive understanding of the experience of people with diabetes who works and provides grants for expanded health interventions that consider people with diabetes in their entirety and to the development of devices legal ensuring the achievement of self-care actions in the workplace.

Keywords: diabetes *mellitus*, work, health and health professionals

RESUMEN

LOBATO, B.C. **Siempre ha sido ocultado: un modelo teórico sobre los significados de ser un trabajador con la diabetes en la perspectiva del enfermo y de los profesionales de salud.** 2014. 188f. (Tesis) Doctorado – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo. São Paulo. 2014

La diabetes *mellitus* en personas en edad productiva puede acarrear la pérdida de habilidades para el trabajo, reducción de la productividad y jubilación precoz. Este estudio tiene como objetivo construir un modelo teórico sobre los significados atribuidos a la experiencia de ser trabajador con diabetes en la perspectiva de las personas con diabetes y de los profesionales de salud. Se utilizó el enfoque cualitativo en la perspectiva del Interaccionismo Simbólico, como referencial teórico y la Teoría Fundamentada en los Datos, como referencial metodológico. La recolección de los datos fue orientada por el proceso de muestra teórica, siendo la entrevista el principal recurso utilizado. Fueron entrevistadas 11 personas con diabetes *mellitus* tipo 2 y 8 profesionales de salud. Las entrevistas fueron realizadas en el período de marzo de 2012 a mayo de 2013 y transcritas en su íntegra. El análisis de los datos fue realizado en tres etapas: codificación abierta, axial y selectiva, que permitieron la identificación de las categorías y del fenómeno central. Se verificó que para personas con diabetes la experiencia de enfermarse es comprendida como una condición velada en diferentes interacciones sociales y contextos de vida y que precisa ser por ella administrada. **Experiencia cotidiana con una condición crónica** suscita el miedo a la muerte y la experiencia de limitaciones en las actividades diarias, que compromete la identidad y el desempeño de papeles como el del trabajador. En este proceso, se percibe la **atención a la salud como parte de la rutina de la persona con diabetes en edad productiva**, la cual es comprendida como una atención fragmentada, centrada en acciones biológicas y prescriptivas, que no abarcan las implicaciones emocionales y sociales de esta condición crónica y no ofrecen soporte para lidiar con esta condición en el contexto del trabajo. Sin embargo, la **revelación de las implicaciones entre diabetes y trabajo** presenta la existencia de una implicación recíproca entre la enfermedad y del trabajo, esta condición se mantiene velada en este contexto, debido al miedo de sufrir preconceito. Así, las personas con diabetes y los profesionales de salud revelan la **búsqueda por acciones y estrategias que viabilizan el ser trabajador con diabetes**, en la cual adaptan las acciones de autocuidado al ambiente y condiciones de trabajo, evitando promover cambios en la rutina y formas de organización de esta actividad. Como consecuencia, las personas con diabetes se presentan con **dificultades para mantenerse en el trabajo**, lo que puede anticipar su salida del mercado de trabajo. Frente a esta realidad, el profesional de salud se ve con **dificultades para intervenir en las demandas del trabajador con diabetes** e identifica la necesidad de instrumentalización para actuar frente a esta demanda. La experiencia descrita se centraliza en el modelo teórico **siempre fue velado**, que posibilita una comprensión sobre la experiencia de la persona con diabetes que trabaja y ofrece subsidios para intervenciones ampliadas en salud que consideren las personas con diabetes en su integralidad y para el desarrollo de dispositivos legales que garanticen la realización de acciones de autocuidado en el contexto del trabajo.

Palabras-claves: diabetes *mellitus*, trabajo, salud y profesionales de la salud

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Amostra obtida nas bases de dados PUBMED, LILACS e CINAHL, conforme critérios de exclusão.....	27
Quadro 2 -	Definição dos códigos abertos a partir das unidades de análise.....	53
Quadro 3 -	Exemplificação da categoria prévia, a partir dos códigos abertos.....	53
Quadro 4 -	Relação das categorias e subcategorias das pessoas com diabetes.....	55
Quadro 5 -	Relação das categorias e subcategorias dos profissionais de saúde.....	55
Quadro 6 -	Caracterização das pessoas com diabetes participantes do estudo.....	58
Quadro 7 -	Caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo.....	59

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama1 -	Experiência cotidiana com uma condição crônica.....	62
Diagrama 2 -	Atenção à saúde na rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva.....	74
Diagrama 3 -	Revelação das implicações entre diabetes e trabalho.....	79
Diagrama 4 -	Busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes	90
Diagrama 5 -	Dificuldades para manter-se no trabalho.....	95
Diagrama 6 -	Atenção à saúde da pessoa com diabetes em idade produtiva.....	102
Diagrama 7 -	Revelação das implicações entre diabetes e trabalho.....	114
Diagrama 8 -	Reflexões sobre as ações em saúde	125
Diagrama 9 -	Dificuldades para intervir nas demandas do trabalhador com diabetes	132
Diagrama 10 -	Modelo Teórico: “Sempre foi velado”.....	142

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 O diabetes <i>mellitus</i> como condição crônica.....	19
1.2 Trabalho e suas implicações à saúde dos trabalhadores.....	23
1.3 Aspectos sociais e econômicos relacionados ao diabetes <i>mellitus</i> e ao trabalho.....	25
2 OBJETIVOS.....	33
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA.....	35
3.1 Abordagem qualitativa como opção metodológica.....	35
3.2 O referencial teórico: Interacionismo Simbólico.....	36
3.3 O referencial metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados.....	39
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	44
4.1 Local do estudo.....	44
4.2 Participantes da Pesquisa.....	45
4.3 Coleta de dados.....	48
4.4 Aspectos Éticos.....	51
4.5 Análise dos dados.....	52
5 RESULTADOS.....	57
5.1 A caracterização dos participantes do estudo.....	57
5.2 A percepção dos adoecidos sobre a experiência de ser trabalhador com diabetes.....	60
5.2.1 Experiência cotidiana com uma condição crônica.....	61
5.2.1.1 Surpreso com o diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i>	62
5.2.1.2 Receio das consequências do DM.....	65
5.2.1.3 Negação do diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i>	66
5.2.1.4 Condição crônica no cotidiano de vida.....	68
5.2.1.5 Análise dos hábitos assumidos ao longo da vida.....	61
5.2.1.6 Limitações na rotina decorrentes do DM.....	72
5.2.2 Atenção à saúde na rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva.....	74
5.2.2.1 Avaliação da atenção à saúde à pessoa com diabetes.....	74
5.2.2.2 Suporte social e emocional como necessário na atenção a pessoa com DM.....	76
5.2.2.3 Grupos de educação em diabetes como espaços de acolhimento.....	77
5.2.3 Revelação das implicações entre diabetes e trabalho.....	78
5.2.3.1 Autocuidado dificultado pelo trabalho.....	79
5.2.3.2 Implicações do <i>diabetes mellitus</i> para a realização do trabalho.....	83
5.2.3.2.1 Incomodo decorrente dos sintomas do DM no trabalho.....	86
5.2.3.2.2 Implicações do uso do medicamento no trabalho.....	87
5.2.3.3 Diabetes controlado não tem implicações para o trabalho.....	89

5.2.4 Busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes.....	89
5.2.4.1 Aprender a conviver com o DM.....	91
5.2.4.2 Adaptação ao ser trabalhador com diabetes.....	92
5.2.4.3 Estratégias que favorecem o autocuidado no trabalho.....	93
5.2.5 Dificuldades para manter-se no trabalho.....	95
5.2.5.1 Desconhecimento do DM por empregadores e colegas de trabalho.....	96
5.2.5.2 Diabetes <i>mellitus</i> como aspecto que antecipa a aposentadoria.....	98
5.3 A percepção dos profissionais de saúde sobre o ser trabalhador com diabetes.....	100
5.3.1 Atenção à saúde na rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva.....	101
5.3.1.1 Atenção à saúde dividida entre as demandas de condições agudas e crônicas.....	102
5.3.1.2 Avaliação do modelo de atenção à saúde e as implicações para o seguimento da pessoa com diabetes.....	105
5.3.1.2.1 Acesso limitado do trabalhador com diabetes ao serviço de saúde.....	107
5.3.1.2.1.1 Desconhecimento da demanda da população com diabetes <i>mellitus</i> que trabalha.....	109
5.3.1.2.1.2 Alternativas facilitadoras do acesso à saúde.....	113
5.3.2 Revelação das implicações entre diabetes e trabalho.....	114
5.3.2.1 Autocuidado dificultado pelo trabalho.....	114
5.3.2.2 Implicações do diabetes <i>mellitus</i> para a realização do trabalho.....	120
5.3.2.3 Implicações do uso do medicamento no trabalho.....	122
5.3.3 Busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes.....	125
5.3.3.1 Construção da orientação em saúde na interação com as pessoas com DM.....	125
5.3.3.2 Barreiras que inviabilizam o autocuidado no trabalho.....	128
5.3.3.3 Contexto do trabalho como parceiro do autocuidado em diabetes.....	128
5.3.3.4 Adaptações na orientação ao trabalhador com diabetes.....	130
5.3.4 Dificuldades para intervir nas demandas do trabalhador com diabetes.....	132
5.3.4.1 Sentimento de impotência para intervir no trabalho.....	132
5.3.4.2 Necessidade de instrumentalização para intervir no trabalho.....	134
5.4 Modelo Teórico: SEMPRE FOI VELADO.....	136
6. DISCUSSÃO.....	144
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	163
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	167
REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICES.....	179
ANEXOS.....	185

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática do trabalho teve início na graduação em Terapia Ocupacional, pela Universidade Federal de São Carlos, durante a qual foi possível realizar o estágio extra-curricular em cooperativas de trabalho, pautadas pela economia solidária, oferecido pela Incubadora Regional de Cooperativas Populares–INCOOP/UFSCar.

Esta experiência, somada à formação em Terapia Ocupacional, possibilitou a compreensão de que o trabalho constitui-se em atividade central, por meio da qual a pessoa pode ser reconhecida socialmente e inserir-se nas relações sociais de troca. Embora o trabalho seja um elemento integrador do indivíduo na sociedade, as condições em que é desenvolvido podem determinar processos de adoecimento, bem como conferir ao trabalhador vínculos sociais e familiares precários.

O envolvimento com a temática do trabalho despertou questionamentos a respeito da dificuldade que algumas pessoas com deficiência enfrentam para inserir-se no mercado de trabalho. Estes questionamentos motivaram a realização de minha dissertação de mestrado intitulada **Pessoas com deficiência no mercado de trabalho: implicações da Lei de Cotas** (LOBATO, 2009), realizada no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos.

A compreensão da realidade de trabalho das pessoas com deficiência mostrou que um número significativo de deficiências decorre de complicações de condições crônicas, como o diabetes *melittus*. Esta percepção conduziu a reflexões a respeito das dificuldades que pessoas com condições crônicas, como o diabetes, enfrentam em seu cotidiano para conciliar as ações de autocuidado com as demandas do trabalho.

Soma-se a esta percepção, a experiência profissional no contexto da atenção básica em saúde, que possibilitou identificar que há um número considerável de pessoas com diabetes que trabalham e encontram dificuldades para realizar o seguimento adequado de sua condição crônica no âmbito da atenção à saúde. Estes aspectos motivaram a elaboração de um projeto de pesquisa com o objetivo de compreender a percepção das pessoas com diabetes e profissionais de saúde sobre as implicações do diabetes no trabalho. Este projeto foi submetido para a inscrição no processo seletivo para o Curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

A aprovação no processo seletivo ocorreu em fevereiro de 2011. Neste momento iniciei minha trajetória na Pós-Graduação deste Programa, que prosseguiu com a realização de disciplinas relacionadas à temática da saúde e trabalho e a abordagens de pesquisa qualitativa, as quais contribuíram para o desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Diante do exposto, apresento a pesquisa, que está organizada em oito tópicos. No primeiro tópico foi desenvolvida a temática sobre o diabetes, enquanto condição crônica, e as consequências de sua elevada prevalência em termos de custos diretos e indiretos para a sociedade. Prossigo com uma apresentação do conceito de trabalho e de como esta atividade pode ser determinante nas relações sociais e de saúde em nossa sociedade, seguida de uma revisão crítica da literatura sobre as implicações entre diabetes e trabalho.

No terceiro tópico discorro sobre a metodologia qualitativa utilizada e apresento o referencial teórico e metodológico escolhido para o presente estudo. Para o desenvolvimento da pesquisa, foi necessário escolher um referencial teórico capaz de abarcar a complexidade da questão em estudo. Desta forma, optei por realizar o trabalho à luz do Interacionismo Simbólico, por possibilitar compreender como os significados atribuídos ao diabetes e ao trabalho e, partilhados na interação social, orientam as ações de profissionais de saúde e pessoas com diabetes frente à necessidade de conciliar ações de autocuidado com a rotina de trabalho.

Como referencial metodológico, escolhi a Teoria Fundamentada nos Dados, por fornecer um processo consistente de condução da coleta e análise dos dados e permitiu revelar os significados atribuídos ao ser trabalhador com diabetes na perspectiva dos adoecidos e dos profissionais de saúde, além de possibilitar a construção de um modelo teórico sobre o fenômeno estudado.

O percurso metodológico, com o detalhamento do local de estudo, apresentação dos participantes da pesquisa e procedimentos de coleta de dados, foi apresentado no quarto tópico. Na sequência, apresento os resultados, que foram divididos em dois grupos, o de pessoas com diabetes e o de profissionais de saúde, no intuito de possibilitar a compreensão de cada grupo e identificar suas semelhanças e particularidades. A elaboração do modelo teórico **SEMPRE FOI VELADO** é apresentada ao final deste tópico e possibilita a compreensão do fenômeno em estudo.

No sexto tópico prossigo com a discussão dos resultados encontrados com base na revisão da literatura realizada, e à luz do referencial teórico escolhido. No sétimo tópico apresento a conclusão do estudo, com uma síntese dos principais aspectos evidenciados no estudo, bem como as convergências e divergências nas formas como adoecidos e profissionais de saúde percebem e significam a experiência de ser trabalhador com diabetes. Encerro o estudo com o apontamento de suas limitações, no intuito de nortear o desenvolvimento de novas pesquisas que contribuam com condições adequadas de inserção de pessoas com diabetes no contexto de trabalho.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O diabetes *mellitus* como condição crônica

As condições crônicas abarcam uma ampla categoria de agravos: doenças transmissíveis, como a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA-AIDS) e a tuberculose; doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, diabetes e câncer; e incapacidades estruturais, como as amputações, as disfunções visuais e os transtornos das articulações. Embora estas doenças apresentem características distintas, há pontos em comum entre elas, como a natureza de longa duração, a possibilidade de causar incapacidade residual e inabilidade, a necessidade de cuidados permanentes e o aumento da predisposição para o aparecimento de múltiplas doenças. Assim, as condições crônicas necessitam de monitoramento contínuo, o que exige mudanças no estilo de vida e no gerenciamento da saúde, além de ampla estrutura dos serviços de saúde (MENDES, 2012; WHO, 2011a).

As condições crônicas estão em crescimento, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento e afetam pessoas em todas as idades (WHO, 2011a). O aumento destas condições está associado a fatores sociais e econômicos, tais como o aumento da renda, a industrialização e rápida urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e globalização de hábitos não saudáveis, que resultam em aspectos comportamentais de risco. Esses aspectos de risco são compartilhados entre as condições crônicas, dentre os quais se destaca a adoção de uma dieta pouco saudável, a inatividade física e o uso do tabaco e álcool, e resultam em sobrepeso e obesidade (MENDES, 2012; SCHMIDT et al., 2011; WHO, 2011b).

O diabetes *mellitus* (DM) tem recebido crescente destaque devido ao aumento de sua incidência. O DM compreende um conjunto de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultante de uma deficiência absoluta e/ou relativa de insulina, seja pelos defeitos em sua ação e/ou em sua secreção (ADA, 2011; SBD, 2013).

As formas mais frequentes desta condição crônica são o DM tipo 1 e o DM tipo 2. O DM tipo 1 acomete de 5% a 10% dos casos e caracteriza-se pela destruição de células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina. Seu desenvolvimento é abrupto, com maior incidência na faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade. Por sua vez, o DM tipo 2 afeta

de 90% a 95% dos casos, e caracteriza-se pelo distúrbio de ação e secreção da insulina. A idade de início do DM tipo 2 é variável, porém é mais frequente na idade adulta, aliada a outras variáveis como obesidade, sedentarismo, hipertensão, dentre outros aspectos (ADA, 2014; GROSS et al., 2002; SBD, 2013).

O diabetes apresenta sintomas clássicos como polidipsia, poliúria e polifagia. Porém, há outros sintomas que podem indicar o diabetes como emagrecimento, fraqueza, parestesias, turvação e diminuição da acuidade visual (BRASIL, 2006; THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS, 2003).

As pessoas com diabetes tipo 1 apresentam sintomas agudos de diabetes e os níveis de glicose no sangue acentuadamente elevados, e em alguns casos são diagnosticados com cetoacidose, com risco de morte. A cetoacidose é uma complicação aguda e grave, típica de pacientes tipo 1 ou insulino-dependentes, que resulta de um conjunto de distúrbios metabólicos que se desenvolve devido a uma deficiência grave de insulina, comumente associada a condições estressantes, que levam a um aumento dos hormônios contra-reguladores (FREITAS-FOSS; FOSS, 2003).

O diabetes *mellitus* tipo 2 apresenta uma longa fase assintomática, o que retarda seu diagnóstico, que pode ocorrer a partir do surgimento de complicações crônicas (ADA, 2014). Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que apresenta esta condição e, portanto, não realizam as ações de autocuidado necessárias para o controle do diabetes. Frente a esta realidade, compreende-se a importância da realização do diagnóstico precoce, que auxilia na prevenção das complicações crônicas (BRASIL, 2006).

O aparecimento das complicações crônicas está diretamente relacionado com a evolução do diabetes e com o controle metabólico realizado. As complicações do diabetes podem envolver a insuficiência renal, a amputação de membros inferiores, a cegueira, doenças coronarianas e acidentes vasculares encefálicos. Estas complicações são consideradas as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade do DM, o que acarreta perdas importantes na qualidade de vida, além de resultar em altos encargos para os sistemas de saúde (ADA, 2011; BRASIL, 2006).

Com o aumento do número de pessoas com diabetes, há uma preocupação crescente com os custos financeiros decorrentes dos cuidados relacionados à saúde. Além dos custos financeiros, o diabetes também pode acarretar outros custos associados à dor, ansiedade e menor qualidade de vida para as pessoas com esta condição crônica e suas famílias. O diabetes representa ainda uma carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (OMS, 2003).

A estimativa global de DM para 2030 é de 7,7% da população com idade entre 20 a 79 anos, o que representará cerca de 439 milhões de adultos com diabetes. Nos países desenvolvidos há um número maior de pessoas com diabetes com idade acima de 60 anos, enquanto que nos países em desenvolvimento há um número maior de pessoas em idade produtiva, entre 40 a 60 anos (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010). Embora o diabetes tipo 2 seja uma doença que afeta principalmente adultos mais idosos, constata-se que, com o aumento crescente da obesidade, a idade de início desta condição crônica tem afetado grupos etários mais jovens (ALBERTI et al., 2004).

No Brasil, há um processo de transição epidemiológica caracterizado pelo envelhecimento de sua população e pelo aumento relativo das condições crônicas (MENDES, 2012). Um estudo multicêntrico (MALERBI; FRANCO, 1992) realizado em nove capitais brasileiras no período de 1986 a 1988, identificou que a prevalência de pessoas com DM era de 7,6 % da população com idade entre 30 e 69 anos. Ao analisar a prevalência para os grupos etários de 30 a 59 anos e de 60 a 69 anos, este estudo encontrou as respectivas prevalências de 2,7% e 17,4%. Estes dados mostram que houve um aumento da prevalência em grupos etários de indivíduos idosos, que corresponde à prevalência identificada em países desenvolvidos.

A elevada prevalência do diabetes pode ser observada também em um município do interior de São Paulo - Ribeirão Preto, em estudo realizado entre os anos de 1996 a 1997 (TORQUATO et al., 2003), que detectou a prevalência do diabetes em 12,1% e, portanto, mais elevada do que a estimada em nível nacional. Dados mais recentes, provenientes de um estudo realizado entre os anos de 2005 e 2007 no mesmo município (MORAES et al., 2010), que indicam um aumento da prevalência do diabetes na população acima de 30 anos e em ambos os sexos, identificando uma prevalência de 15,02%. Esses resultados apontam que o DM vem apresentando um aumento crescente de sua prevalência. Estima-se que no ano de 2030 a população brasileira afetada pelo diabetes seja de 12,7 milhões, o que coloca o país em quinto lugar quanto ao número de casos estimados de diabetes para esse período (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010).

Em decorrência do aumento da prevalência do DM, da elevada taxa de mortalidade e dos elevados custos relacionados ao tratamento e controle de suas complicações, esta condição crônica é considerada um problema de saúde pública. Este problema se agrava, pois o diabetes representa ainda uma carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (BARCELÓ et al., 2003; OMS, 2003).

O estudo dos custos com o diabetes *mellitus* é dividido em diretos e indiretos. Os custos diretos estão relacionados aos gastos com hospitais, medicamentos, consultas e internações e variam entre 2,5% a 15% do orçamento anual de um país, dependendo de sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível. Os custos indiretos estão relacionados à perda de produtividade como consequência da mortalidade prematura e da deficiência permanente ou temporária do indivíduo (BARCELÓ et al., 2003).

Para os Estados Unidos, em 2007, os custos diretos relacionados ao diabetes foram estimados em US\$ 153 bilhões e os custos indiretos em US\$ 65 bilhões, resultando em um custo anual de 218 bilhões de dólares (DALL et al., 2010). Estima-se que em 2030 o gasto global com saúde em função do diabetes, na população com idade entre 20-79 anos, será de 490 bilhões de dólares, o que mostra que o DM impõe uma carga econômica crescente sobre os sistemas de saúde nacional (ZHANG et al., 2010).

Entretanto, há uma escassez de estudos sobre o impacto econômico do diabetes na maioria dos países da América Latina (BAHIA et al., 2011). Estima-se que os custos diretos do diabetes sobre os países da América Latina e Caribe sejam da ordem de US\$ 10,7 bilhões e os custos indiretos sejam equivalentes a cerca de US\$ 54,5 bilhões, o que resulta em um custo anual de cerca de US\$ 65,2 bilhões (BARCELÓ et al., 2003).

No Brasil, os custos diretos relacionados à hospitalização são responsáveis por uma parcela importante dos gastos de recursos de uma comunidade. O estudo de Rosa et al. (2007), sobre as hospitalizações por diabetes na rede pública de saúde do Brasil, identificou que há um incremento das hospitalizações com a idade, sendo mais acentuado entre as mulheres, resultando em um gasto anual de 2,2% do orçamento executado pelo Ministério da Saúde.

Estima-se que os custos diretos e indiretos do DM tipo 2 no atendimento ambulatorial do Sistema Único de Saúde brasileiro tenha sido de US\$ 2108 por paciente, sendo US\$ 1335 (63,3%) referentes aos custos diretos e US\$ 773 (36,7%) a custos indiretos (BAHIA et al., 2011).

A prevalência do DM vem aumentando na população, acometendo as pessoas mais jovens e que estão em idade produtiva. Este aumento da prevalência entre pessoas economicamente ativas pode elevar os custos indiretos acarretados pelo diabetes, em decorrência da perda de produtividade, do desenvolvimento de incapacidade para o trabalho e da aposentadoria precoce. Diante deste contexto, torna-se importante compreender as implicações desta condição crônica para a realização do trabalho, bem como as especificidades deste contexto e atividade e suas consequências para as pessoas acometidas

pelo diabetes, ao considerar a necessidade de autocuidado e de inserção e permanência no mercado de trabalho.

1.2 Trabalho e suas implicações à saúde dos trabalhadores

O trabalho é uma atividade que ocupa parte importante do espaço e tempo em que se desenvolve a vida humana contemporânea (NAVARRO; PADILHA, 2007). O trabalho não representa somente o meio de satisfação das necessidades básicas do homem, por ser fonte de renda da maioria da população, mas é compreendido também como constituidor da identidade, autoestima e de desenvolvimento das potencialidades humanas. Possibilita que o trabalhador se perceba como parte de um grupo, uma classe, uma comunidade e também se diferencie destes, por não ser idêntico a nenhuma outra pessoa, o que confere ao sujeito sua singularidade e individualidade (DEJOURS, 1992, 1993; LANCMAN, 2004; NAVARRO; PADILHA, 2007).

O trabalho é entendido também como fator de integração social. De acordo com Castel (2001) há uma relação causal entre as diferentes formas de inserção no trabalho e a inserção social dos indivíduos. Para o autor, as diferentes formas de inserção no trabalho (trabalho estável, relações de trabalho instáveis e/ou temporárias e sazonais e o desemprego) podem repercutir nas relações sociais estabelecidas, as quais também podem ser demarcadas por diferentes posições, desde a inscrição nas redes sólidas de sociabilidade, que caracterizam a integração social, passando por situações de fragilização dos vínculos de trabalho e sociais, que caracterizam a situação de vulnerabilidade social, até o isolamento social total, que caracteriza a situação de desfiliação, na qual a pessoa apresenta vínculos rompidos com o trabalho, família e amigos.

O trabalho constitui-se em elemento estruturador da sociedade, que implica em relações sociais e econômicas com repercussões diretas à saúde do trabalhador (LAURELL, 1982). A análise das condições de trabalho e da organização do trabalho permite compreender as consequências do trabalho sobre a saúde do trabalhador e esclarecer que o trabalho, por si, não é uma atividade nociva e perigosa, como se possuísse estes atributos intrinsecamente, mas o que torna o trabalho nocivo e perigoso é o modo como ele é organizado pelo próprio homem (COHN; MARSIGLIA, 1993).

A compreensão das implicações do trabalho na saúde do trabalhador está pautada nos aspectos relacionados às condições de trabalho e à organização do trabalho. O primeiro refere-se às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho, como a temperatura, vibrações, radiações, poeiras, ruídos, aos quais o trabalhador está exposto no ambiente de trabalho e que se constituem em fatores que repercutem em suas condições físicas. O segundo aspecto diz respeito à divisão técnica e social do trabalho, que se refere à hierarquia interna dos trabalhadores, ao controle da empresa sobre o ritmo e pausas no trabalho e padrão de sociabilidade interna, estes fatores repercutem sobre a saúde mental do trabalhador, causando sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas (COHN; MARSIGLIA, 1993; DEJOURS, 1992).

As relações e as condições de trabalho na sociedade capitalista expressam a necessidade de ampliar constantemente a produtividade, visando à acumulação de capital. Com o advento do capitalismo, a relação do homem com seu trabalho foi transformada radicalmente, por meio da apropriação dos meios de produção por uma parcela da sociedade e a exploração do trabalho de segmentos significativos da população. Como consequência, houve a necessidade de maior controle sobre o processo de produção do trabalho, com uma maior divisão técnica do trabalho e maior controle na execução das tarefas, como elemento essencial para garantir a produtividade (COHN; MARSIGLIA, 1993).

Embora os avanços científicos e tecnológicos tenham ocorrido em nome do progresso e possibilitado inovações na base técnica dos processos produtivos, não foi possível eliminar as formas de exploração física e psíquica dos trabalhadores, nas fábricas ou fora delas. O que se observa no setor produtivo brasileiro é a coexistência de todas as modalidades de processo produtivo, que abrangem desde a manufatura até a automação, que funcionam de forma complementar, dentro da lógica do sistema capitalista, sem uma preocupação substancial com a saúde do trabalhador (DIAS, 2010; NAVARRO; PADILHA, 2007).

Os trabalhadores, no contexto atual, convivem com a elevação de taxas de desemprego, a expansão das formas de trabalho precárias e o crescimento da exclusão social, somado a uma desestruturação da rede de proteção de políticas públicas e da desconstituição dos direitos dos trabalhadores (MERLO; LAPIS, 2007). Diante deste contexto, está presente no cotidiano dos trabalhadores o medo do desemprego, de não serem capazes de manter uma *performance* adequada no trabalho e de não corresponder às exigências constantes do mercado de trabalho, relativas ao tempo de produção, ritmo, à necessidade de qualificação constante, à adaptação à cultura da empresa e mesmo à sua ideologia (DEJOURS, 2001).

Para o trabalhador, desenvolver uma condição crônica como o diabetes pode representar mais um fator a ser administrado em sua rotina, que envolve as necessidades de autocuidado e a percepção e adaptação aos possíveis sintomas decorrentes de sua condição. O diabetes pode acarretar, principalmente em função de complicações crônicas, o comprometimento de habilidades para o trabalho e, conseqüentemente, o desempenho do trabalhador. O trabalhador, ao ter sua habilidade para o trabalho comprometida em decorrência de sua condição crônica, pode ter conseqüências também em sua inserção social, uma vez que o trabalho é um importante fator de integração social.

Desta forma, a pessoa com diabetes que trabalha necessita administrar a condição crônica com a necessidade de manutenção de sua produtividade, de corresponder a um modo de produção, que se soma ao medo do desemprego. Como conseqüência desta realidade, o diabetes pode ser banalizado pelo trabalhador em estágios em que não apresenta sintomas e complicações que interfiram na realização do trabalho.

O diabetes não é uma condição crônica que apresenta nexos causais com o trabalho, porém as condições de vida, que emergem no seio de uma sociedade cujo elemento estruturador é o trabalho, são determinantes tanto para o desenvolvimento desta condição, quanto para a realização das ações de autocuidado por ela solicitada, por determinar hábitos e condições de vida. Diante desta realidade, torna-se importante compreender as implicações entre diabetes e trabalho, no intuito de favorecer a criação de condições de trabalho que possibilitem conciliar a realização do trabalho com as ações de autocuidado com o diabetes.

1.3 Aspectos sociais e econômicos relacionados ao diabetes *mellitus* e ao trabalho

O aumento da prevalência de diabetes na população, nas diferentes faixas etárias (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010), conduz a um número considerável de pessoas trabalhando e vivendo com esta condição (KRAUT et al., 2001). O aumento da prevalência entre indivíduos jovens (ALBERTI et al., 2004) sugere que o diabetes se tornará uma das doenças mais comuns na população em idade produtiva (TUNCELI et al., 2005).

Nos EUA, país que ocupa a 3ª posição dentre aqueles que apresentam o maior número de casos de diabetes (WILD et al., 2004), realizou-se uma estimativa do impacto desta condição crônica no trabalho (TUNCELI et al., 2009). Estimou-se que em 2050, dentre as pessoas na faixa etária de 20-60 anos, haverá um aumento de 0,4% para 0,7% de pessoas que

não estarão trabalhando devido ao diabetes. Este aumento é observado também com relação à apresentação de alguma limitação decorrente do diabetes para o trabalho, que será elevada de 0,2% para 0,3%, dentre a população em idade produtiva. De acordo com este estudo, se as tendências correntes em relação a esta doença continuarem, em 2050, haverá um aumento substancial na perda da força de trabalho nos EUA (TUNCELI et al., 2009). Tal projeção, embora não tenha sido realizada em outros países, permite refletir sobre o impacto negativo desta condição crônica na força de trabalho, uma vez que a prevalência do diabetes *mellitus* vem aumentando na população global.

No intuito de identificar e conhecer a produção científica a respeito das implicações do diabetes no trabalho, realizou-se um levantamento em três bases de dados importantes para o contexto da saúde, cujo acesso é *online*: PUBMED (*National Library of Medicine*); LILACS (*Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursisng and Allied Heath Literature*). O levantamento dos artigos foi realizado concomitantemente nas bases de dados mencionadas no decorrer do mês de janeiro de 2012.

Visando conferir rigor à pesquisa realizada nas diferentes bases de dados, selecionou-se descritores correspondentes entre o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e o MESH (*Medical Subject Headings*): diabetes mellitus (diabetes *mellitus*/ diabetes *mellitus*), trabalho (work/trabajo) e emprego (employment/empleo). A busca foi realizada por meio do cruzamento entre as três palavras como descritor controlado, quando nenhum artigo era localizado prosseguia-se com a busca, utilizando-se as três palavras como descritor não controlado.

Nas bases de dados, a seleção dos artigos respondeu aos seguintes critérios de inclusão: artigos científicos indexados nas bases de dados mencionadas (PUBMED, LILACS e CINAHL); artigos científicos publicados entre o período de 1990 a 2011, nos idiomas: português, inglês e espanhol; artigos científicos que retratam aspectos do DM e suas implicações no trabalho, correspondendo à questão do estudo.

Os critérios de exclusão que nortearam a busca foram: relatos de casos informais, capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, editoriais, textos não científicos e artigos científicos sem disponibilidade do texto na íntegra *online*. A seguir, descreve-se a busca realizada em cada base de dados e apresenta-se a amostra obtida a partir do levantamento, conforme descrito no Quadro 1.

CRUZAMENTOS	Resultados	Apenas resumo	Não resumo	Texto na íntegra online	Artigos científicos	Amostra
PUBMED						
("Work"[Mesh]) OR "Employment"[Mesh] AND "Diabetes Mellitus"[Mesh]	400	198	123	79	78	15
LILACS						
"TRABALHO" [Palavras] or "EMPREGO" [Palavras] and "DIABETES MELLITUS" [Palavras]	238	159	-	79	79	2
CINAHL						
(MM"work") or (MM "employment") and "diabetes mellitus"	35	11	5	19	17	7
Total	673	368	128	177	174	24
Artigos excluídos por repetição					6	
Amostra Final					18	

Quadro 1: Amostra obtida nas bases de dados PUBMED, LILACS e CINAHL, conforme critérios de exclusão.

A busca às bases de dados resultou em 15 artigos científicos na base PUBMED, dois artigos científicos na LILACS e sete artigos científicos na CINAHL. Dos sete artigos selecionados na base CINAHL, seis correspondiam a artigos selecionados na PUBMED, desta forma a amostra final foi composta por 18 artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para a presente revisão integrativa.

Os estudos que abordaram o tema diabetes e trabalho foram desenvolvidos predominantemente no Canadá e Estados Unidos, os quais utilizaram abordagem quantitativa, cujos resultados mostram a influência da doença na perda da produtividade, no surgimento de limitações para o desempenho das funções, na dificuldade de inserção no mercado de trabalho, resultando em impacto econômico para o país (NG; JACOBS; JOHNSON, 2001; KRAUT et al., 2001; TUNCELI et al., 2005). No Brasil, apenas um estudo foi localizado (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007) e objetivou identificar a repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas o diabetes *mellitus* na concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.

Poucos estudos têm explorado a experiência e a percepção de pessoas com diabetes a respeito das dificuldades encontradas para a realização do autocuidado no local de trabalho e na manutenção do emprego (DETAILLE et al., 2006, GONZÁLEZ, 2009; THOMAS, 2011). Entretanto, com o aumento da prevalência do diabetes na população, seus efeitos sobre a

produtividade e o trabalho tendem a se tornar mais prementes na sociedade, aspecto que evidencia a necessidade de estudos que abordem esta problemática.

De um modo geral, os estudos mostram que o diabetes apresenta um impacto negativo no trabalho e traz consequências sociais e econômicas para as pessoas com diabetes, os empregadores e a sociedade (BROWN et al., 2005; HERQUELOT et al., 2011; TUNCELI et al., 2005).

Para os trabalhadores, o DM e suas complicações podem dificultar a manutenção do emprego de diferentes formas, tais como: diminuindo a produtividade do trabalhador (NG; JACOBS; JOHNSON, 2001); diminuindo a probabilidade de se conseguir um emprego (NG; JACOBS; JOHNSON, 2001; VIJAM; HAYWARD; LANGA, 2004); favorecendo o desenvolvimento de deficiências decorrentes de complicações do diabetes; e acarretando aposentadoria precoce e mortalidade (KORF et al., 2005; NG; JACOBS; JOHNSON, 2001; TUNCELI et al., 2005).

A pessoa com diabetes pode ter sua produtividade comprometida em decorrência de diferentes fatores como o absenteísmo, referente à perda de horas e/ou dias de trabalho devido às necessidades de saúde, como consultas médicas, ambulatoriais e hospitalares para realizar o acompanhamento do DM, ou ainda em decorrência de alguma complicação desta condição crônica. Estas complicações podem levar ao afastamento do trabalho por motivos de doença, ou ainda ao desenvolvimento de deficiência, ou incapacidade para o trabalho, podendo acarretar a aposentadoria precoce (HERQUELOT et al., 2011; NG; JACOBS; JOHNSON, 2001; VIJAM; HAYWARD; LANGA, 2004).

O DM e suas complicações podem afetar também a habilidade dos trabalhadores para gerar renda. A magnitude desta perda está relacionada à duração do diabetes e às complicações dele decorrentes (KRAUT et al., 1999; NG; JACOBS; JOHNSON, 2001). Ao avaliar o impacto na renda de pessoas com diabetes e com complicações, identificou-se que a renda destas pessoas corresponde a 72% da renda de pessoas sem diabetes (KRAUT et al., 1999).

Para os empregadores, o DM também apresenta um impacto econômico. Os indivíduos em idade ativa com doença grave vão custar mais para seu empregador, em termos de produtividade e despesas médicas, do que aqueles sem morbidades graves. Isto ocorre porque a progressão do DM acarreta incapacidade prematura e de maior duração, mortalidade, diminuição da eficácia para o trabalho e, ausências no trabalho causadas pela utilização dos serviços médicos (RAMSEY et al., 2002).

Esses achados demonstram que os trabalhadores com diabetes podem apresentar uma redução em sua participação no mercado de trabalho, quando comparado a pessoas sem diabetes e que tal diferença aparece de forma mais acentuada no grupo de pessoas que apresentam complicações em decorrência da doença (HERQUELOT et al., 2011; KRAUT et al., 2001; NG; JACOBS; JOHNSON, 2001; TUNCELI et al., 2005). O estudo de Ng, Jacobs e Johnson (2001) identificou que a presença do diabetes reduziu o emprego em 3,5% e a presença de complicações decorrentes desta condição crônica reduziu o emprego em 12%, comparado a pessoas com diabetes e sem complicações.

O tempo de permanência no mercado de trabalho também pode ser reduzido em decorrência do diabetes. De acordo com o estudo de Herquelot et al. (2011), o trabalhador com diabetes, com idade entre 35 e 60 anos, perde um tempo estimado em 1,1 ano de força de trabalho quando comparado a pessoas sem diabetes.

O diabetes e suas complicações compõem uma das principais causas identificadas para a concessão de benefícios, juntamente com a hipertensão arterial, as artroses, o câncer da mama e do intestino, os transtornos do humor e a esquizofrenia. O diabetes compõe o grupo das doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, o qual é responsável por cerca de 2% dos auxílios-doença e por 3,56% das aposentadorias por invalidez, concedidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Neste contexto, o diabetes constitui-se na principal causa de recebimento dos auxílios, correspondendo a 77,7% dos auxílios-doença concedidos e a 91,8% das aposentadorias por invalidez, sendo responsável pela quase totalidade das concessões dos benefícios nas duas modalidades (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007).

No entanto, há limitações substanciais nas análises realizadas nos diversos estudos que buscam quantificar o impacto econômico e social causado pelo DM, os quais foram realizados predominantemente em países como Canadá e Estados Unidos e muitas vezes chegam a conclusões muito distintas, devido às diferentes fontes de dados e metodologias utilizadas (VIJAM; HAYWARD; LANGA., 2004). Embora exista esta divergência, conclui-se que há um impacto negativo causado pelo DM na força de trabalho, que acarreta consequências sociais e econômicas importantes para as pessoas acometidas por esta condição crônica, os empregadores e a sociedade.

Este impacto pode ocorrer como consequência da falta de conhecimento dos empregadores sobre o diabetes, os quais desconhecem os avanços na gestão da doença, relacionados aos tipos de medicamentos, monitoramento da glicose e apoio dos profissionais da saúde. De acordo com a Associação Americana de Diabetes (ADA), esta condição crônica não afeta a capacidade de uma pessoa para o trabalho, sendo ela usuária de insulina ou não.

Desta forma, a pessoa com diabetes é elegível para qualquer tipo de emprego para o qual seja qualificada. No caso de dúvida em relação às condições de uma pessoa com diabetes para a realização de um determinado trabalho, a ADA orienta o empregador a solicitar que um profissional de saúde, com experiência em diabetes *mellitus*, realize uma avaliação individualizada, que deve levar em conta a capacidade da pessoa para o trabalho e as condições do trabalho (ADA, 2013).

Para o adulto, a atividade de vida diária com a qual passará maior tempo envolvido é o trabalho, cuja jornada pode corresponder a 40 horas ou mais de sua semana. Portanto, a pessoa com diabetes precisará conciliar as exigências e particularidades de sua rotina de trabalho com o manejo adequado da doença, necessitando desenvolver estratégias, adaptações ou acomodações em seu contexto de trabalho para manter-se saudável e trabalhando.

As adaptações ou acomodações no trabalho estão previstas na legislação de alguns países como Estados Unidos, Canadá, Austrália, Holanda, Suécia, Dinamarca, denominadas de leis antidiscriminação. Esta legislação determina que os empregadores realizem "acomodação razoável" para auxiliar um funcionário com deficiência a desenvolver seu trabalho (ADA, 2013; ESTADOS UNIDOS, 2005; PASTORE, 2000).

Embora o trabalho seja um direito de todos e acomodações razoáveis devam ser realizadas neste contexto, observa-se que na prática estas acomodações não são realizadas. No ambiente de trabalho existem barreiras que dificultam o autocuidado, como a necessidade de horários de trabalho flexíveis que permitam a visita ao médico e a realização de atividade física, o prolongamento da jornada de trabalho, que resulta em limitações para cumprir com os requerimentos alimentares. Além disto, a falta de informação dos empregadores a respeito da doença e de seu tratamento dificulta a realização de qualquer acomodação para o trabalho. Desta forma, os trabalhadores com diabetes referem maior interferência das condições de trabalho na saúde, do que a interferência do DM em seu desempenho no trabalho. (GONZÁLES et al., 2009; FUKUNAGA; UEHARA; TOM, 2011)

Em contrapartida, o estudo de Thomas (2011) mostra que os trabalhadores com diabetes reconhecem os sintomas e as complicações crônicas dele decorrentes no contexto de trabalho, porém referem-se a estes sintomas considerando-os como eventos isolados e desconsideram a possibilidade de sua recorrência. Esta postura é compreendida como uma forma de negar a doença, ou também como uma forma de se proteger de processos de discriminação no trabalho.

A necessidade de ocultar a existência do diabetes foi mencionada como um dos efeitos sociais desta condição crônica (FUKUNAGA; UEHARA; TOM, 2011), que é percebida pelo

adoecido por meio da necessidade de lidar com o julgamento e reações de outras pessoas a respeito de sua condição, de utilizar o medicamento injetável (no caso de uso de insulina), de solicitar licença médica para acompanhamento de sua condição crônica ou em decorrência de complicações, bem como da imposição da dieta aos colegas no ambiente de trabalho (FUKUNAGA; UEHARA; TOM, 2011).

Frente às barreiras encontradas no contexto de trabalho para o manejo do autocuidado, as pessoas com DM mencionam alguns fatores que podem contribuir para a construção de condições favoráveis para as ações de cuidado no ambiente de trabalho. Aspectos como a aceitação da doença e a capacidade de lidar com ela foram considerados, pelas pessoas com diabetes, como um fator importante que permite monitoramento e controle da mesma no contexto de trabalho (DETAILLE; HAAFKENS; VAN DIJK, 2003; DETAILLE et al., 2006; FUKUNAGA; UEHARA; TOM, 2011; GONZÁLES et al., 2009; THOMAS, 2011).

Outros aspectos podem auxiliar o trabalhador com diabetes como o conhecimento dos colegas de trabalho sobre a doença e de como lidar nas situações de emergência. Além da possibilidade de realizar adaptações no trabalho, como o planejamento do próprio ritmo de trabalho, com uma carga de trabalho estável e oportunidades de controle do diabetes no trabalho e o apoio de profissionais de saúde, cuja confiança e informação podem facilitar a autogestão do diabetes no trabalho (DETAILLE; HAAFKENS; VAN DIJK, 2003; DETAILLE et al., 2006; TRIEF et al., 1999).

Observa-se que as condições de trabalho não favorecem a realização do autocontrole do diabetes, como consequências de uma organização do trabalho que impõe ritmos acelerados de produção, do trabalho em turno noturno, longas jornadas de trabalho, exigência de qualificação profissional, gerando pressão nos trabalhadores em decorrência da competitividade e da necessidade de se manter em um emprego, convivendo com a instabilidade e insegurança no trabalho. Esta realidade acaba por agravar condições de saúde tanto física, quanto psicológica, mesmo havendo uma legislação antidiscriminação, que visa zelar pelos direitos dos trabalhadores.

No Brasil não há uma lei antidiscriminação que garanta condições adequadas de trabalho para pessoas com diabetes. Assim, torna-se necessário conhecer as experiências da doença no contexto do trabalho, a partir da percepção das pessoas com DM, empregadores e profissionais de saúde, para que se possa identificar como o DM tem afetado os aspectos relacionados ao trabalho e para que seja possível desenvolver as condições necessárias para que as pessoas com DM possam ser inseridas e se desenvolver no mercado de trabalho.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Compreender os significados atribuídos à experiência de ser trabalhador com diabetes na perspectiva dos adoecidos e profissionais de saúde e construir um modelo teórico sobre como estes significados orientam as ações de autocuidado das pessoas com diabetes e as ações de atenção à saúde prestada pelos profissionais de saúde para pessoas com diabetes em idade produtiva.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

3.1 Abordagem qualitativa como opção metodológica

A definição da abordagem a ser utilizada na pesquisa é orientada por fatores como o fenômeno em estudo e os objetivos do estudo. Autores como Moreira e Caleffe (2006) destacam a importância da influência de fatores do pesquisador na definição da abordagem da pesquisa, como a compreensão de mundo, o compromisso existencial do pesquisador, o contexto social no qual se insere, os quais direcionam a visão de mundo e a formulação das questões de estudo, bem como a realização da pesquisa.

A investigação das experiências vividas pelas pessoas com diabetes na interação de sua condição crônica com o trabalho, na perspectiva das pessoas com diabetes e dos profissionais de saúde, solicitou uma abordagem que possibilitasse a compreensão dos significados atribuídos às ações sociais no contexto de vida em que as pessoas se inserem. Desta forma, a abordagem qualitativa foi definida como opção metodológica.

A abordagem qualitativa estuda a realidade social e preocupa-se com um nível da realidade que não pode ser quantificável, ou seja, investiga valores, crenças, representações, hábitos e atitudes relativos a um fenômeno ou contexto (MINAYO, 2008). Esta abordagem está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão de estudo (FLICK, 2009).

A abordagem qualitativa reúne um conjunto de métodos de investigação sobre a pretensão de trabalhar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos e de como interpretá-los. Definir uma pesquisa como qualitativa não elucida como foram conduzidas as articulações interpretativas, necessita-se apresentar quais conceitos e teorias nortearam a condução do estudo (DESLANDES; ASSIS, 2008).

Para o estudo da interação entre diabetes *mellitus* e trabalho foi utilizado o referencial teórico do Interacionismo Simbólico (BLUMER, 1969; CHARMAZ, 2009; MEAD, 1972) no qual o sujeito é compreendido como um ser ativo, com uma visão e experiências próprias sobre o mundo, que podem ser transformadas por meio das interações sociais. Assim, o comportamento humano é compreendido como construído e não como uma resposta mecânica. O Interacionismo Simbólico possibilita compreender quais os significados atribuídos ao diabetes e ao trabalho e como estes interferem nas ações das pessoas com

diabetes e dos profissionais de saúde em relação, respectivamente, ao autocuidado e a orientação ao cuidado da pessoa com diabetes em idade produtiva.

Somado ao referencial teórico do Interacionismo Simbólico, o presente estudo será analisado à luz do conceito de trabalho, compreendido como elemento estruturador da sociedade e determinante do processo de saúde-doença em decorrência das condições em que é desenvolvido, podendo favorecer a saúde ou a doença (DEJOURS, 1992).

3.2 O referencial teórico: Interacionismo Simbólico

A perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico começou a ser delineada entre os anos de 1930 a 1940 e desenvolveu-se no transcurso das décadas seguintes, em um momento histórico marcado por problemas sociais decorrentes da industrialização e urbanização, surgindo à necessidade de uma perspectiva teórica voltada para o estudo sistemático do comportamento social humano (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

O principal precursor e inspirador do movimento interacionista foi George Herbert Mead (1863-1931), professor da Escola de Chicago no período de 1893 a 1931, compreendendo que o comportamento humano é social e não meramente uma resposta aos outros, tendo como essência o ato social, ou seja, a atividade manifesta, que é composta não só como o comportamento externo observável, como também como atividade encoberta (experiências internas do indivíduo) do ato (BLUMER, 1969; HAGUETTE, 1999).

Esta perspectiva teórica tem suas raízes na psicologia e na sociologia, porém se diferencia delas, pois seu enfoque não está na personalidade do indivíduo ou na estrutura social, como fazem aquelas ciências. O Interacionismo Simbólico tem como foco a natureza da interação humana e seus significados subjetivos, constituindo-se em uma perspectiva da psicologia social (CHARON, 2006; FLICK, 2009).

O termo Interacionismo Simbólico foi criado em 1937, pelo aluno e intérprete de Mead, Herbert Blumer, que definiu com clareza os pressupostos básicos do Interacionismo Simbólico, mantendo-se fiel ao pensamento de Mead, abordando a complexa relação entre sociedade e indivíduo, a gênese do *self* e a construção dos significados (HAGUETTE, 1999).

Blumer construiu uma metodologia que permite a abordagem do mundo empírico como objeto de estudo, pois para este sociólogo o mundo da realidade só pode ser compreendido na ação humana, por meio da forma como os seres humanos compreendem este

mundo. Os mais importantes aspectos abordados por Blumer referem-se à natureza da interação simbólica, à natureza da sociedade e da vida em grupo, à natureza dos objetos, da ação humana e à ação conjunta (BLUMER, 1969; HAGUETTE, 1999).

Como perspectiva teórica, o Interacionismo Simbólico possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas, partindo do pressuposto de que a interação é dinâmica e interpretativa (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010; CHARMAZ, 2009).

A natureza do Interacionismo Simbólico repousa em três premissas simples, definidas por Blumer (1969):

1. As pessoas agem de acordo com o significado que as coisas têm para elas. Tais coisas envolvem todas as coisas que o ser humano pode observar no mundo, objetos físicos tais como árvores e cadeias; outros seres humanos, como a mãe ou a balconista; categorias de seres humanos, tais como amigos e inimigos; instituições como escola ou governo; ideias orientadoras tais como independência individual ou honestidade; e situações que os indivíduos encontram em sua vida diária;
2. O significado das coisas é derivado da, ou surge, da interação social que um estabelece com o outro;
3. Os significados são derivados e modificados através de processo interpretativo da interação social usados pelas pessoas ao lidar com as coisas que elas encontram.

Para uma melhor compreensão do Interacionismo Simbólico e de suas premissas, é necessário a apresentação de seus principais conceitos: sociedade, *self*, símbolos significantes, símbolos e mente, que serão apresentados a seguir.

Os Interacionistas Simbólicos compreendem que a **sociedade** é composta por indivíduos que interagem entre si, por meio do ato social, que envolve a resposta de um indivíduo ao outro ou em relação ao outro. O ato social não é simplesmente uma resposta aos outros, envolve em sua resposta a compreensão das intenções dos outros. Estas intenções são transmitidas por meio dos gestos, que se tornam simbólicos, ou seja, passíveis de serem interpretados. Os sentidos compartilhados sob a forma compreensões e expectativas comuns formam um consenso, base na qual se funda a sociedade (BLUMER, 1969; HAGUETTE, 1999; MEAD, 1972).

A sociedade representa o contexto dentro do qual o *self* surge e se desenvolve. O *self* representa um processo social no interior do indivíduo. Assim, da mesma forma que o indivíduo age socialmente em relação aos outros, ele interage socialmente consigo mesmo. O

self é composto de dois elementos: o “EU”, que representa a tendência impulsiva do indivíduo e o “MIM”, que representa o outro incorporado no indivíduo e compreende um conjunto organizado de atitudes e definições, compreensões e expectativas, ou seja, sentidos comuns ao grupo (BLUMER, 1969; HAGUETTE, 1999; MEAD, 1972).

A interação resultante entre o EU e o MIM é o ato social. O *self* e o ato social possuem uma fundamentação social e, portanto, podem evoluir ou modificar-se em função das mudanças nos padrões e conteúdos das interações que os indivíduos experienciam, não só uns com os outros, mas consigo mesmo (HAGUETTE, 1999; MEAD, 1972).

A interação do indivíduo consigo próprio desenvolve-se usando **símbolos significantes**. O **símbolo** representa um dos conceitos centrais deste referencial teórico. Os símbolos são a representação dos significados, que são construídos por meio da interação, através da qual atribuímos os significados e desenvolvemos a realidade que agimos. Quando um determinado gesto representa a ideia que há por trás de si e provoca essa ideia no outro indivíduo, tem-se um símbolo signifiante (BLUMER, 1969; MEAD, 1972).

Os símbolos significantes também são utilizados quando o indivíduo interage consigo próprio, por meio do que Mead define como **mente**. A mente é concebida como tendo uma fundamentação social, embora necessite de um aparato fisiológico do organismo (sistema nervoso central e córtex) para a sua emergência. É por meio da mente que a ação simbólica se desenvolve em relação ao *self*, envolvendo o indivíduo em um processo de atribuição de significados, interpretação, dando sentido às coisas, num processo ininterrupto (CHARON, 2006).

Na sociedade, os indivíduos estão envolvidos no processo dinâmico de interação social, no qual atuam com base nos significados que atribuem aos eventos e as coisas, em um dinâmico processo de ação e interpretação de suas ações simbólicas e atos sociais, tanto em nível de *self*, quanto na interação com outros indivíduos. Na interação social, o indivíduo direciona e redefine o *self*, toma decisões, reavalia suas ações, define a realidade e assume diferentes papéis sociais.

O Interacionismo Simbólico tem sido utilizado em diversas pesquisas (DAMIÃO et al., 2009; FARIA; BELLATO, 2010; MATHEUS; PINHO, 2006; MUÑOZ et al., 2003;) que objetivam compreender os significados da experiência da condição crônica e como esta reflete no comportamento e no desenvolvimento das estratégias de ação e na interação entre os atores sociais.

Para o presente estudo considerou-se os pressupostos do Interacionismo Simbólico, os quais orientam a compreensão da interação entre diabetes e trabalho na percepção dos adoecidos e dos profissionais de saúde.

O referencial do Interacionismo Simbólico permite compreender que a pessoa com diabetes em idade produtiva, ao descobrir-se com esta condição crônica, constrói a interação entre diabetes e trabalho, por meio dos significados atribuídos a cada um destes elementos no processo de interação social com os profissionais de saúde, colegas de trabalho e empregadores.

Estes significados, partilhados pelas pessoas com diabetes e profissionais de saúde na interação simbólica, orientam as ações das pessoas com diabetes na interação que estabelecem com o trabalho, com as ações de autocuidado e com os profissionais de saúde, colegas de trabalho, empregadores, assim como orientam as ações dos profissionais de saúde junto às pessoas com diabetes em idade produtiva.

A construção dos significados da interação entre diabetes e trabalho para as pessoas com DM e profissionais de saúde está envolvida em um processo dinâmico e pode ser modificado por meio da interação com diferentes indivíduos e permeados por experiências e contextos diversos, contribuindo para a construção de significados que resultem em ações de autocuidado no contexto do trabalho e para a realização de orientações em saúde voltadas para este contexto.

Para a compreensão da percepção de pessoas com DM tipo 2 e profissionais de saúde a respeito das implicações do diabetes *mellitus* tipo 2 no contexto do trabalho, fez-se necessária uma metodologia que permitisse apreender os aspectos significativos da experiência dos sujeitos da pesquisa. A Teoria Fundamentada nos Dados foi escolhida como referencial metodológico por ser pertinente para o alcance dos objetivos deste estudo.

3.3 O referencial metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados

No presente estudo utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico. Este referencial constitui-se em uma abordagem da pesquisa qualitativa, com raízes no Interacionismo Simbólico, e tem por objetivo compreender a realidade por meio da percepção ou do significado que determinada situação ou objeto representa para o outro (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A TFD tem como base a realidade social e as experiências de vida das pessoas, as quais são compreendidas pelo pesquisador, que busca identificar os significados que podem nortear a ação, bem como aperfeiçoar o conhecimento. Este referencial metodológico possibilita que o pesquisador compreenda a vida dos participantes da pesquisa a partir de suas perspectivas (CHARMAZ, 2009), o que contribui para a expansão do conhecimento em diversas áreas como enfermagem, psicologia, educação, terapia ocupacional e sociologia.

Este referencial metodológico foi desenvolvido por dois sociólogos, Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss, na década de 1960. Neste período, a pesquisa qualitativa perdia terreno na Sociologia, à medida que os métodos quantitativos ganhavam relevância. Glaser e Strauss visavam deslocar a investigação qualitativa para além dos estudos descritivos, no intuito de produzir compreensões abstratas e conceituais dos fenômenos estudados, de forma a “desmistificar o procedimento da investigação qualitativa” (CHARMAZ, 2009).

A TFD objetiva o desenvolvimento da teoria, embora nem sempre pressuponha a construção de uma teoria explícita, podendo fornecer um esquema analítico, que contribua significativamente com a construção do conhecimento (FLICK, 2009). O método da TFD baseia-se em diretrizes sistemáticas, ainda que flexíveis, para coletar e analisar os dados, visando à construção de teorias fundamentadas nos próprios dados. Este referencial propõe princípios que norteiam a análise e não regras pré-formuladas. (CHARMAZ, 2009).

O processo de coleta e análise dos dados desenvolve-se de forma concomitante. O processo de coleta de dados tem como referencial a amostragem teórica. Nesta abordagem não é definido o quantitativo de sujeitos que participarão da pesquisa, o qual é determinado por meio da saturação teórica, na qual o pesquisador procede com a coleta de dados até que ocorra a repetição ou a ausência do mesmo (CHARMAZ, 2009; GLASER, STRAUSS, 1967; STRAUSS, CORBIN, 2008).

O processo de análise desenvolve-se concomitantemente ao processo de coleta de dados, pois a medida em que os dados são coletados estes são submetidos à análise, na qual é possível classificar, separar e sintetizar esses dados. Os dados coletados em uma entrevista são comparados aos dados das entrevistas anteriores e assim sucessivamente, em um processo denominado de comparação constante, o que proporciona maior conhecimento e compreensão sobre os dados (CORBIN, STRAUSS, 1990; GLASER, STRAUSS, 1967; STRAUSS, CORBIN, 2008).

A codificação consiste em nomear segmentos de dados de forma a definir o que ocorre nos dados e agrupá-los em segmentos de dados que representam aquilo de que se trata. Este procedimento representa o estudo da ação e dos processos envolvidos (CHARMAZ, 2009).

A codificação, na teoria fundamentada nos dados, diferencia-se da codificação da teoria qualitativa, a qual aplica categorias ou códigos preconcebidos aos dados. Na TFD os códigos são revelados, nomeados e desenvolvidos a partir de uma leitura atenta dos dados, de uma análise minuciosa e define os significados dentro dele (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O movimento de análise compreende um movimento circular, que envolve três etapas: a codificação aberta, a codificação axial e a codificação seletiva. O movimento é circular, pois permite acessar as outras etapas sem ter concluído a anterior (FLICK, 2009).

O processo de codificação aberta consiste em dividir os dados em pequenas partes, que representam incidentes, ideias, eventos e atos. Estas unidades de análise são nomeadas com palavras ou sentenças que são denominados de códigos. Estes códigos podem ser dados pelo analista em função da imagem ou significados que evocam ou podem ser retirados das palavras dos informantes, denominados de “códigos *in vivo*” (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A codificação aberta permite ao analista uma maior compreensão dos processos envolvidos nos relatos e resulta em um conjunto de códigos e conceitos que devem ser agrupados por meio de um processo comparativo das semelhanças e diferenças entre eles. Este processo de agrupá-los origina as categorias, que representa um nível maior de abstração dos fenômenos envolvidos (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na segunda etapa, denominada de codificação axial, o objetivo é começar a reagrupar os dados que foram divididos durante a codificação aberta. A codificação axial constitui-se em uma estratégia para recompor os dados em nível de maior abstração, por meio do processo de relacionar categorias às suas subcategorias (STRAUSS; CORBIN, 2008). Este processo de codificação é denominado de “axial”, pois ocorre em torno do eixo de uma categoria e agrega as subcategorias ao nível de propriedades e dimensões, para dar coerência à análise emergente (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A codificação axial envolve a organização das propriedades e das dimensões de uma categoria, a identificação das condições, ações, interações e consequências associadas a um fenômeno e o estabelecimento das relações das categorias com suas subcategorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para a construção das categorias e suas subcategorias, o pesquisador deve trabalhar com os dados, no intuito de responder questões do tipo por que ou de que forma, onde, como, quando e com que consequência. Estas questões permitem descrever e contextualizar um fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008). As associações entre as categorias nem sempre são tão evidentes. Desta forma, pode ser útil a utilização de esquemas organizacionais que possam ser usados para classificar e organizar as conexões emergentes. Strauss e Corbin (2008)

propõem a utilização do paradigma, que se trata de uma estrutura analítica para auxiliar a reunir e ordenar os dados.

O paradigma é composto por componentes básicos como as condições, as ações/interações e as consequências. As condições representam a estrutura, ou o conjunto de circunstâncias ou de situações na qual o fenômeno ocorre; as ações/interações representam a resposta das pessoas ou grupos às questões, problemas, acontecimentos e, por fim, as consequências representam os resultados das ações/interações em responder às situações. O paradigma não deve ser utilizado de forma rígida, mas sim auxiliar na compreensão da dinâmica evolutiva dos fatos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A terceira etapa da análise consiste na análise seletiva, que tem por objetivo refinar e integrar as categorias. Nesta etapa, emerge a categoria central do estudo, em torno da qual estão reunidas as outras categorias para formar um todo explanatório, que torna explícita a experiência dos entrevistados. Nesta etapa o pesquisador é capaz de oferecer um panorama geral e descritivo do fenômeno estudado (FLICK, 2009). De acordo com Charmaz (2009), “o seu estudo se ajusta ao mundo empírico quando você tiver construído códigos e desenvolvido esses códigos em categorias que cristalizam a experiência dos participantes” (p.83).

Para este estudo, todas as etapas preconizadas pela TFD foram percorridas para a construção do modelo teórico do fenômeno estudado.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Local do estudo

A atenção em saúde em Ribeirão Preto está organizada geográfica e operacionalmente em cinco Distritos de Saúde: Distrito Norte (Distrito do Simione), Distrito Sul (Distrito da Vila Virgínia), Distrito Leste (Distrito do Castelo Branco), Distrito Oeste (Distrito do Sumarezinho) e Distrito Central (região central de Ribeirão Preto). Cada distrito é representado por uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), com as quais as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se articulam.

A escolha pela UBDS/ CSE-Sumarezinho, como local para a realização deste estudo justifica-se por seu caráter didático-científico-assistencial. Esta UBDS oferece os serviços de especialidades (Cardiologia, Endocrinologia, Ortopedia, Saúde Ocupacional, Dermatologia, Eletrocardiograma, Fonoaudiologia, Infectologia, Oftalmologia, Programa de Hanseníase, Psicologia, Serviços Sociais, entre outros), de Atenção Básica (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem, Odontologia, Teste do pezinho, Vacinação) e de pronto atendimento 24 horas. Esta Unidade é referência para os cinco Núcleos de Saúde da Família que estão localizados na área de abrangência do Distrito Oeste.

Neste distrito está localizada a Universidade de São Paulo-Campus Ribeirão Preto, que por meio de seus cursos na área da saúde (Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, dentre outros) estabelece parceria com as unidades de saúde e realiza atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A UBDS/CSE-Sumarezinho oferece atendimento e seguimento a cerca de 600 pessoas com diabetes, as quais são atendidas em sua Área Programática, mediante consulta agendada. Os usuários são distribuídos para atendimento em duas equipes, uma do Ambulatório em Endocrinologia e a outra da Clínica Integrada, sendo respectivamente de responsabilidade dos profissionais da Unidade e pelos docentes e alunos vinculados à Universidade de São Paulo – Campus de Ribeirão Preto.

O Ambulatório de Endocrinologia e a Clínica Integrada são compostos por uma equipe multiprofissional, integrada por auxiliar de enfermagem, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista e endocrinologista.

Outro importante serviço que compõe a atenção prestada pela UBDS/CSE-Sumarezinho é o grupo de educação em diabetes, que apresenta caráter educativo e visa oferecer apoio ao processo de viver com diabetes.

O grupo de educação em diabetes é coordenado por uma docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e desenvolvido por profissionais de diferentes áreas (Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Terapia Ocupacional, dentre outras), que cursam a Pós-Graduação na EERP-USP, em nível de mestrado e doutorado, em linhas temáticas relacionadas ao diabetes *mellitus*. A inserção destes profissionais no grupo visa contribuir com o desenvolvimento do grupo de educação em diabetes e com a formação teórico-prática destes profissionais.

Os encontros do grupo são semanais, com realização às quintas-feiras, das 14:00 às 16:00 horas em sala localizada na UBDS/CSE-Sumarezinho e coordenada por diferentes profissionais da área de saúde, os quais se revezam na coordenação do mesmo.

O grupo de educação em diabetes é um grupo heterogêneo, composto por pessoas com diabetes *mellitus* de ambos os sexos, com idade entre 30 e 70 anos e que convivem com o diagnóstico desta condição crônica por tempo considerável e aquelas que foram diagnosticadas recentemente.

Desta forma, a UBDS/CSE-Sumarezinho apresenta-se como referência em seu distrito para a atenção ao diabetes *mellitus* e possui uma equipe multiprofissional, com experiência na orientação de pessoas com esta condição crônica, desta forma, constituiu-se em um local propício para o desenvolvimento desta pesquisa.

4.2 Participantes da Pesquisa

Por ser um estudo de natureza qualitativa, tendo como referencial metodológico a TFD, não houve a definição preliminar do número inicial de participantes do estudo. A definição dos participantes resultou de um processo de amostragem teórica que, de acordo com Charmaz (2009) consiste na busca de pessoas, situações e informações que auxiliem na elucidação dos dados e na definição das categorias teóricas, diferenciando-se de outros tipos de abordagem. Assim, procedeu-se com a construção de uma amostra não probabilística, por permitir a adequação da amostra ao objeto do estudo.

Para a construção da amostra seguiu-se a orientação de Fontanela, Ricas e Turato (2008) que apresentam que a amostragem não probabilística deve ser homogênea, composta por sujeitos que apresentem em comum os atributos essenciais à temática da pesquisa, somado às características gerais. Desta forma, foram definidos critérios para eleger os participantes da pesquisa.

Dentre as pessoas com diabetes definiu-se como critério de inclusão pessoas com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 em idade produtiva (de 20 a 65 anos) e que apresentavam histórico de experiência do diabetes no contexto de trabalho. Para os profissionais de saúde definiu-se como critério de inclusão ter experiência de intervenção com pessoas com diabetes *mellitus* no âmbito do serviço público de saúde.

Para a composição da amostra de pessoas com diabetes e profissionais de saúde foram combinadas duas técnicas que permitiram identificar os participantes da pesquisa: a observação participante e a bola de neve.

A observação participante foi realizada no grupo de educação em diabetes e na sala de espera dos Ambulatórios de Endocrinologia e Clínica Integrada da UBDS/CSE-Sumarezinho. Esta técnica permitiu observar a interação entre as pessoas que participavam do grupo, e destas com os profissionais de saúde, o que possibilitou a identificação de possíveis participantes da pesquisa com a experiência de diabetes no trabalho. A observação participante constituiu-se em recurso importante para identificar as primeiras pessoas a serem entrevistadas.

Após a realização das primeiras entrevistas prosseguiu-se com a técnica de amostragem denominada bola de neve que consiste em uma técnica de pesquisa social, na qual os participantes iniciais indicam novos participantes e assim sucessivamente (BIERNACKI; WALDORF, 1981). Esta técnica foi utilizada, com as pessoas com diabetes e profissionais de saúde, ao final de cada entrevista, por meio da solicitação pela pesquisadora, de indicação de uma pessoa com vivência de diabetes no trabalho e de profissionais de saúde com experiência de intervenção com pessoas com esta condição crônica. A pesquisadora explicitou que a indicação não era obrigatória, sendo assim alguns dos participantes optaram por não realizar a indicação.

O primeiro grupo de participantes foi composto por pessoas que frequentavam o grupo de educação em diabetes desenvolvido na UBDS/CSE – Sumarezinho, neste grupo predominavam pessoas que desenvolveram o diabetes enquanto trabalhavam, porém a maioria encontrava-se aposentada, ou afastada do trabalho ou, ainda, trabalhando informalmente.

No intuito de abranger pessoas que ainda estavam inseridas no mercado de trabalho e ampliar a compreensão sobre o fenômeno em estudo, a pesquisadora utilizou a bola de neve, tanto junto a pessoas com diabetes, quanto profissionais de saúde. As pessoas indicadas também eram acompanhadas pelo UBDS/CSE-Sumarezinho nos serviços de Ambulatório de Endocrinologia e Clínica Integrada e foram abordadas neste contexto para a realização da entrevista, compondo o segundo grupo amostral.

Dentre os profissionais de saúde o grupo amostral foi composto por profissionais que trabalhavam no CSE-Sumarezinho. Dentre os profissionais de saúde entrevistados, dois deles não eram contratados por este serviço, porém desenvolviam intervenções no mesmo junto a pessoas com DM, por meio das atividades de residência e pós-graduação. Estes profissionais foram inseridos, por compreender que os mesmos integravam o serviço, apresentavam experiência de intervenção junto a pessoas com diabetes e que poderiam contribuir com a pesquisa.

No primeiro grupo amostral obteve-se grande diversidade de experiências que possibilitaram a construção de categorias provisórias. Estas experiências permitiram uma visão ampliada do fenômeno em estudo, pois foi possível apreender outras dimensões das implicações do diabetes no papel de trabalhador de pessoas com esta condição crônica, como a antecipação da aposentadoria e os afastamentos por doença, aspectos que não seria possível apreender com uma amostra centrada apenas em pessoas inseridas no mercado formal de trabalho.

Embora o primeiro grupo tenha trazido variabilidade interna ao estudo do fenômeno e possibilitado a identificação das primeiras categorias, o mesmo não possibilitou a articulação entre elas. Esta articulação foi possível após a obtenção dos dados junto ao segundo grupo amostral, neste segundo grupo algumas experiências se repetiram e consolidaram os achados do primeiro momento. Desta forma, participaram do estudo 11 pessoas com diabetes e 8 profissionais de saúde para que fosse atingida a saturação teórica e para que o modelo teórico gerado no estudo estivesse bem fundamentado.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, no período de março de 2012 a maio de 2013. A coleta de dados teve início com a inserção da pesquisadora na UBDS/CSE-Sumarezinho, em janeiro de 2012, por meio da participação na condução do grupo de educação em diabetes, que objetivou a aproximação da pesquisadora junto às pessoas com DM, aos profissionais de saúde e ao funcionamento do serviço de saúde.

A inserção da pesquisadora no grupo de educação em diabetes possibilitou a identificação de pessoas com diabetes que poderiam participar da pesquisa. Ao término de cada encontro do grupo, a pesquisadora abordava a pessoa com diabetes, com histórico de diabetes no trabalho, apresentava a proposta da pesquisa e os procedimentos envolvidos e realizava o convite para a participação na mesma. Mediante o aceite, era combinado um dia e horário para a realização da entrevista. Em geral, as pessoas com diabetes optavam por fazer a entrevista naquele momento, porém algumas pessoas solicitaram marcar a entrevista ao final ou no início do próximo encontro do grupo.

A participação nos grupos de educação em diabetes favoreceu também a aproximação da pesquisadora junto aos profissionais de saúde do serviço. A pesquisa foi apresentada pela pesquisadora aos profissionais, seguida do convite para a participação na mesma, mediante o aceite, foi combinado dia e horário para a realização da entrevista, respeitando-se as possibilidades dos profissionais de saúde. As entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas no serviço de saúde, em local por eles escolhido.

Para a coleta de dados utilizou-se as técnicas de observação participante e a entrevista. A observação participante consiste em parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, pois há fenômenos que não são possíveis de se apreender somente por meio de perguntas (MINAYO, 2008). Esta técnica possibilitou a observação da interação entre pessoas com diabetes e destas com os profissionais de saúde, bem como dos comportamentos e ações envolvidos nesta interação, o que forneceu dados que contribuíram com a análise. As situações observadas na interação da pesquisadora com as pessoas com diabetes e profissionais de saúde e as reflexões e percepções sobre as entrevistas foram registrados pela pesquisadora em um caderno.

A entrevista constituiu-se na principal estratégia utilizada para a coleta de dados, por permitir a abordagem da temática da pesquisa de forma aprofundada. Esta técnica fornece informações referentes à reflexão do próprio sujeito sobre a realidade vivida e permite ao

pesquisador conhecer as representações da realidade expressas pelos sujeitos da pesquisa por meio dos sentimentos, ideias, crenças, atitudes e comportamentos (MINAYO, 2008).

Dentre os diferentes tipos de entrevista (estruturada, semiestruturada e em profundidade) optou-se pela entrevista semiestruturada. Este tipo de entrevista tem como característica a utilização de um roteiro com questões abertas que definem a área a ser explorada (POPE; MAYS, 2005). De acordo com Strauss e Corbin (2008), a entrevista menos estruturada possibilita que os participantes tenham liberdade para discorrer sobre o que é importante para eles. Estes autores afirmam que estas respostas podem apresentar novos temas que orientam a coleta de dados adicionais.

Quanto à elaboração das perguntas que compuseram o roteiro, seguiu-se a orientação de Charmaz (2009), que define que as questões devem explorar o tópico do entrevistador e adaptar-se à experiência do participante, permitindo explorar suas perspectivas e ações. Com base nestas orientações foram construídos roteiros de entrevista com questões centrais que delinearam as áreas a serem cobertas em cada um dos grupos investigados, de pessoas com diabetes (APÊNDICE C) e profissionais de saúde (APÊNDICE E), no intuito de apreender as especificidades de cada grupo em relação à temática da interação entre diabetes e trabalho.

As perguntas norteadoras das entrevistas com as pessoas com diabetes abrangeram temáticas que tinham por objetivo compreender a experiência de viver com uma condição crônica, a experiência de ser trabalhador com uma condição crônica, como as pessoas com diabetes realizavam o manejo desta condição na rotina de trabalho e a relação da pessoa com diabetes com os profissionais e serviço de saúde.

No roteiro elaborado para os profissionais de saúde buscou-se explorar as temáticas relacionadas à compreensão do diabetes *mellitus* e o impacto desta condição no cotidiano do adulto em idade produtiva, as implicações entre diabetes e trabalho, bem como compreender como os profissionais realizam suas intervenções junto às pessoas com diabetes.

As entrevistas com as pessoas com diabetes foram iniciadas buscando-se conhecer dados gerais sobre o entrevistado como nome, idade, cidade de origem, tempo de diagnóstico e medicamentos utilizados. Nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde buscava-se conhecer a formação acadêmica, formação complementar e tempo de experiência na rede pública de saúde. Ao iniciar as entrevistas com estas perguntas buscava-se estabelecer vínculo com os entrevistados e deixá-los à vontade para discorrer sobre a temática da pesquisa. Na sequência, foram inseridas as perguntas do roteiro, as quais não foram realizadas na ordem ou na forma como aparecem no roteiro, pois cada entrevista apresentava uma dinâmica própria, na qual algumas perguntas foram antecipadas ou novas perguntas foram inseridas, o que

possibilitou uma maior compreensão sobre o fenômeno em estudo. Desta forma, o roteiro foi utilizado pela pesquisadora como um guia, orientando-a sobre os temas a serem abordados.

Dentre os entrevistados, muitos ressaltaram a importância do estudo e sua temática inovadora. Para as pessoas com diabetes a entrevista, em geral, suscitou a vivência dos sentimentos em relação à condição crônica, a experiência com esta condição, a dificuldade em manter os níveis de glicemia, de seguir as orientações alimentares e realizar a prática de atividade física. Dentre os profissionais de saúde, as entrevistas suscitaram as experiências da prática profissional, bem como as limitações do serviço na atenção em saúde à pessoa com diabetes. Frente a esta realidade a pesquisadora necessitou, em algumas entrevistas, retomar a temática da pesquisa refazendo a pergunta ou elaborando-a de outras formas no intuito de apreender a experiência e compreensão dos entrevistados quanto à interação entre diabetes e trabalho.

As entrevistas foram realizadas na UBDS/CSE-Sumarezinho, buscando-se locais reservados para a realização das mesmas. Antes do início de cada entrevista, a pesquisadora apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), propondo-se a fazer a leitura do mesmo juntamente com o entrevistado, exceto para aqueles que solicitaram realizar a leitura sozinhos. A pesquisadora se dispôs a esclarecer as dúvidas dos entrevistados sobre os procedimentos, porém os entrevistados não apresentaram questionamentos.

Ao realizar as entrevistas, a pesquisadora empregou linguagem clara e acessível no intuito de viabilizar a interação com os participantes e conhecer os conceitos por eles empregados. Nesta interação, de acordo com Pope e Mays (2005), o pesquisador deve buscar ir além da superfície do tópico em discussão, explorando a fala o quanto possível para revelar novas áreas ou ideias não previstas pela pesquisa. Desta forma, para compreender a experiência relatada pelos entrevistados, a partir de suas perspectivas, a pesquisadora buscou validar os significados para essas pessoas, evitando basear-se em suas próprias suposições.

As entrevistas não tinham tempo pré-determinado no intuito de possibilitar a expressão e a espontaneidade dos entrevistados. O tempo de entrevista com as pessoas com diabetes variou de 20 minutos a 1 hora e 30 minutos e com os profissionais de saúde variou de 20 minutos à 2 horas.

Após terminar as entrevistas e desligar o gravador, alguns participantes continuavam relatando suas experiências em relação ao diabetes, e em alguns momentos, diante da relevância do discurso a pesquisadora pediu permissão para ligar o gravador e fazer o registro. A pesquisadora, ao identificar no decorrer da entrevista dúvidas dos entrevistados ou

dificuldades em relação à condição crônica, realizou algumas orientações às pessoas com diabetes, que solicitaram ou consentiram a sua realização, ao término das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e a transcrição foi realizada concomitantemente com a realização das entrevistas, processo que permitiu que a pesquisadora identificasse aspectos a serem investigados nas entrevistas a serem realizadas, procedendo com o que a TFD denomina de comparação constante dos dados, o que contribuiu para o processo de amostragem teórica.

4.4 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 21 de dezembro de 2011, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde em relação às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme Protocolo nº 1469/2011(ANEXO A), e obteve concordância do Centro de Saúde Escola eleito para o estudo (ANEXO B).

Aos participantes do estudo foram apresentados os objetivos do estudo e os procedimentos para a coleta de dados, mediante o consentimento formal a pesquisadora apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sua importância no processo de realização da pesquisa, por garantir o anonimato dos participantes, a liberdade para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isto acarretasse qualquer prejuízo ou dano ao entrevistado. Os participantes, além de serem esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo, foram informados que os dados obtidos seriam utilizados para elaboração de trabalhos científicos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido juntamente com todos os participantes e esclarecidas às dúvidas em relação à pesquisa. Todos os participantes assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento. Os nomes dos participantes da pesquisa foram substituídos por letras e números, no intuito de assegurar o anonimato dos mesmos. As pessoas com diabetes foram identificadas com a letra E seguida de número para diferenciá-las (E1, E2, E3 ... E11) e os profissionais de saúde foram identificados com PS, seguido de número (PS1, PS2, PS3... PS8).

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi embasada metodologicamente na TFD (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008) e ocorreu paralelamente à coleta dos dados, como preconiza a premissa principal da TDF, que se refere à comparação constante dos dados no intuito de direcionar o pesquisador na busca de novos dados, até que ocorra a saturação teórica.

Para a análise dos dados, procedeu-se com a transcrição das entrevistas na íntegra e com a organização dos dados à margem direita do papel, para possibilitar o registro dos códigos e memorandos (ideias, questionamentos e hipóteses que surgiam no decorrer da análise e orientaram a pesquisadora na busca de novas informações a serem coletadas, bem como no aprofundamento dos conceitos identificados).

A primeira parte do processo analítico consistiu na codificação dos dados, neste momento foi possível ao pesquisador questionar os dados, no intuito de compreender a experiência de vida estudada e contribuir para a orientação da coleta de dados. A codificação dos dados possibilita ao pesquisador categorizar segmentos de dados ao atribuir uma denominação concisa que resuma e represente cada parte dos dados (CHARMAZ, 2009). A codificação dos dados foi desenvolvida seguindo-se as três etapas propostas por Strauss e Corbin (2008): a codificação aberta, a codificação axial e a seletiva. Para tanto, foi realizada leitura atenta das entrevistas para viabilizar a análise comparativa, a identificação dos códigos e a criação dos memorandos.

Na codificação aberta os dados foram divididos em incidentes, ou seja, pequenos fragmentos do texto, que permitiram a identificação das ações, ideias, pensamentos e significados contidos nestes fragmentos, os quais foram representados por meio de códigos, os quais foram derivados das palavras dos participantes, denominados de código “in vivo” ou nomeados pelo pesquisador devido ao código e imagens que evocaram quando examinados comparativamente. O quadro abaixo exemplifica a formação dos códigos a partir dos fragmentos da entrevista.

Unidade de análise	Códigos abertos
Se parava de três em três horas para comer, eles falavam: você para toda hora pra comer. E10	Pausas para alimentação como fator de incomodo
Porque se eu começar a me descontrolar e descompensar meu diabetes, quando eu estiver com 70 anos eu vou estar com meu pé amputado, essas coisas que assusta a gente. E6	Receio das complicações crônicas decorrentes do diabetes
A paciente que eu estava atendendo agora toma uma medicação para o diabetes, aí começou a ter diarreia, que é um efeito colateral do medicamento que é conhecido, aí ela ficou uma semana sem ir trabalhar. PS4	Dificuldades de adaptação da pessoa com diabetes ao uso do medicamento
Essa simples orientação de ter um intervalo entra a alimentação de três em três horas, para algumas situações, para algumas rotinas elas são muito difíceis. PS6	Dificuldades em conciliar o autocuidado com a rotina de trabalho.

Quadro 2- Definição dos códigos abertos a partir das unidades de análise

A codificação aberta originou um conjunto de códigos, que se repetiram nas entrevistas, estes códigos foram agrupados de acordo com suas similaridades e diferenças, em um processo de categorização. Neste momento foram elaboradas categorias prévias, as quais foram verificadas em campo, por meio da realização de novas entrevistas, que possibilitaram no fechamento das categorias e sua saturação teórica. O quadro abaixo apresenta a exemplificação da categoria prévia, a partir dos códigos abertos.

Códigos Abertos	Categoria Prévia
Identificando a dificuldade de conciliar o autocuidado com a rotina de trabalho.	Rotina de trabalho como fator limitante
Trabalho como fator limitante para o autocuidado	
Rotina de trabalho como criadora de hábitos alimentares	

Quadro 3- Exemplificação da categoria prévia, a partir dos códigos abertos.

Com a formação das categorias prévias iniciou-se a codificação axial, que consistiu em um processo de organização das propriedades de uma categoria e suas dimensões. Neste processo algumas categorias prévias foram renomeadas e outras foram posicionadas como subcategorias, representativas das dimensões e propriedades das categorias, identificando as relações existentes entre elas e visando dar coerência à análise emergente. Este procedimento busca explicações mais precisas e completas sobre o fenômeno ao identificar os significados da experiência na visão dos entrevistados e compreender a forma como agem.

Para auxiliar na integração das categorias às subcategorias utilizou-se o paradigma, como proposto por Strauss e Corbin (2008), que constitui em uma ferramenta analítica que permite integrar estrutura e processo. A estrutura representa o contexto onde uma categoria está situada e o processo representa a ação/interação pertencente a um fenômeno/categoria. O

paradigma é representado pelos seguintes elementos: condições causais (que representam os fatos ou acontecimentos que influenciam os fenômenos), as condições intervenientes (que atenuam ou intensificam os efeitos das condições causais), as condições contextuais (que representam as condições frente às quais as estratégias de ação/interação são tomadas), ação/interação (ações propositais ou deliberadas realizadas para resolver um problema) e as consequências (são resultados das ações/interações) (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Este modelo foi utilizado no presente estudo para orientar a articulação entre as categorias e subcategorias. O paradigma é uma ferramenta que auxilia o pesquisador a pensar nas relações existentes, porém não deve ser utilizado de forma rígida no processo de análise (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os dados das pessoas com diabetes e profissionais de saúde foram analisados separadamente, seguindo o mesmo processo descrito anteriormente para cada um dos grupos. A análise convergiu para categorias semelhantes no que se referem às ações/interações, porém com divergências quanto às contextuais, causais e as consequências. As pessoas com diabetes enfatizam a vivência da condição crônica, os aspectos emocionais e psicológicos envolvidos e como a condição crônica afeta o desempenho das atividades de vida diária. Para os profissionais da saúde houve uma ênfase no processo de atenção às pessoas com diabetes e as percepções sobre as limitações do serviço para a realização da atenção ao adoecido.

Os quadros a seguir apresentam as categorias e subcategorias, orientadas pelo paradigma, e agrupadas pelos grupos de participantes da pesquisa.

Pessoas com diabetes	
Categoria	Subcategorias
Experiência cotidiana com uma condição crônica	Surpreso com o diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> Receio das consequências do diabetes <i>mellitus</i> Negação do diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> Condição crônica no cotidiano de vida Análise dos hábitos assumidos ao longo da vida Limitações na rotina decorrentes do DM
Atenção à saúde na rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva	Avaliação da atenção à saúde à pessoa com DM Suporte social e emocional como necessário na atenção a pessoa com DM Grupos de educação em diabetes como espaços de acolhimento
Revelação das implicações entre diabetes e trabalho	Autocuidado dificultado pelo trabalho Implicações do diabetes <i>mellitus</i> para a realização do trabalho Incomodo decorrente dos sintomas do DM no trabalho. Implicações do uso do medicamento no trabalho Diabetes controlado não tem implicações para o trabalho.
Busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes	Aprender a conviver com o diabetes <i>mellitus</i> Adaptação ao ser trabalhador com diabetes Estratégias que favorecem o autocuidado no trabalho
Dificuldades para manter-se no trabalho	Desconhecimento do DM por empregadores e colegas de trabalho Diabetes <i>mellitus</i> como aspecto que antecipa a aposentadoria

Quadro 4 – Relação das categorias e subcategorias das pessoas com diabetes

Profissionais de Saúde	
Categorias	Subcategorias
Atenção à saúde na rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva	Atenção à saúde dividida entre as demandas agudas e crônicas Avaliação do modelo de atenção à saúde e as implicações para o seguimento da pessoa com diabetes Acesso limitado do trabalhador com diabetes ao serviço de saúde Desconhecimento da demanda da população com diabetes <i>mellitus</i> que trabalha Alternativas facilitadoras do acesso à saúde
Revelação das implicações entre diabetes e trabalho	Autocuidado dificultado pelo trabalho Implicações do diabetes <i>mellitus</i> para a realização do trabalho Implicações do uso do medicamento no trabalho
Busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes	Construção da orientação em saúde na interação com as pessoas com DM; Barreiras que inviabilizam o autocuidado no trabalho; Contexto do trabalho como parceiro do autocuidado em diabetes Adaptações na orientação ao trabalhador com diabetes
Dificuldades para intervir nas demandas do trabalhador com diabetes.	Sentimento de impotência para intervir no contexto de trabalho Necessidade de instrumentalização para intervir no trabalho.

Quadro 5 – Relação das categorias e subcategorias dos profissionais de saúde

No processo de codificação axial e construção das conexões entre as categorias foi possível identificar a categoria central, representada por meio de um código, permeada pelas categoriais, formando um todo explanatório. Este momento é denominado de codificação seletiva, processo no qual há um refinamento das categorias e da sua integração.

O modelo teórico foi validado por meio da avaliação de uma profissional e pesquisadora experiente na área de diabetes *mellitus*, mostrando concordância como o modelo teórico exposto.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados deste estudo foi dividida em dois itens, o primeiro se refere à caracterização dos participantes do estudo, que abrangeu pessoas com diabetes e profissionais de saúde, enquanto o segundo item aborda a percepção das pessoas com diabetes e dos profissionais de saúde sobre a experiência de ser trabalhador com diabetes.

5.1 A caracterização dos participantes do estudo.

Foram entrevistados 11 pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2, com tempo de diagnóstico da doença de 01 a 14 anos, dos quais 5 são homens e 6 são mulheres. Todos os entrevistados utilizam antidiabético oral e apenas dois deles utilizam insulina.

Dos 11 entrevistados, 3 apresentam ensino fundamental completo e 8 apresentam ensino médio completo. Dentre os que completaram o ensino médio, 6 realizaram curso técnico profissionalizante e 1 deles encontra-se cursando o nível superior.

A idade dos entrevistados variou de 37 a 70 anos, sendo que 8 dos entrevistados apresentam idade inferior a 60 anos.

A construção da amostra, no que se refere à experiência de trabalho, foi realizada com base na amostragem teórica preconizada pela TFD, a partir da qual se buscou a saturação teórica, não se centrando na quantidade de sujeitos. Com base nesta orientação a amostra de pessoas com DM é heterogênea e composta por sujeitos tanto com emprego formal, quanto informal. Dentre os participantes inseridos no mercado formal, observa-se que há um predomínio de pessoas contratadas pelo setor de serviços, como comércio e serviço público de saúde. Dentre aqueles que trabalham no mercado informal há um predomínio de mulheres na atividade de diarista.

A amostra é composta também por 02 pessoas aposentadas, mas que foram diagnosticadas com DM enquanto ainda trabalhavam, e, portanto, apresentam experiência do diabetes no trabalho, aspecto que corresponde ao critério de inclusão do estudo. E, por fim, uma das entrevistadas se encontra afastada do trabalho em função de complicações de saúde em decorrência do diabetes *mellitus*.

Esta diversidade, na composição da amostra, visa contribuir para uma compreensão ampliada sobre as implicações do DM para o trabalho, no que se refere às implicações do DM na realização do trabalho, às implicações do ambiente e organização do trabalho nas ações de autocuidado com o diabetes e de como estes aspectos podem influenciar na decisão de uma aposentadoria precoce. O quadro a seguir apresenta as características das pessoas com diabetes.

	Sexo	Idade	Tempo de diagnóstico	Medicamentos	Escolaridade	Experiência de trabalho
E1	F	44	02	Metformina	1º Grau completo	Diarista (autônoma)
E2	F	50	06	Metformina e Ácido acetilsalicílico	2º Grau completo e Técnico em Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem (Serviço de Saúde)
E3	F	63	08	Metformina e Sinvastatina	2º Grau completo e Técnico em Secretariado Executivo	Secretária (Setor Administrativo-Serviço de Saúde)
E4	M	57	01	Metformina	2º Grau completo e Técnico em Químico Industrial	Vigilante (Trabalho formal – Empresa de prestação de serviço)
E5	M	54	01	Metformina e Ácido acetilsalicílico	Superior completo (Administração de Empresas)	Secretário (Trabalho formal – Empresa de prestação de serviço)
E6	M	48	07	Sulfuniluréia	2º Grau completo	Auxiliar de cobrança
E7	F	72	14	Metformina e Ácido acetilsalicílico	1º Grau completo	Aposentada (Diarista – trabalho informal)
E8	F	60	11	Metformina e Losartana Potássica, Clorana	2º Grau completo	Aposentada (Vendedora – setor de serviços)
E9	M	62	10	Insulina, Metformina e Clorana	1º Grau completo	Aposentado (Motorista de Caminhão)
E10	F	51	5	Insulina e Metformina	2º Grau completo	Afastada
E11	M	37	7	Metformina	2º Grau completo, cursando nível superior	Auxiliar de Enfermagem (Serviço de Saúde)

Quadro 6 – Caracterização das pessoas com diabetes participantes do estudo.

O estudo abrangeu também os profissionais de saúde do CSE-Sumarezinho que desenvolvem intervenções diretamente relacionadas ao tratamento de pessoas com diabetes, perfazendo, um total de 08 profissionais, sendo um médico, duas enfermeiras, dois

farmacêuticos, uma auxiliar de enfermagem, uma nutricionista e uma educadora física. Os entrevistados PS4, PS6 e PS7 não são contratados pelo serviço de saúde, porém atuam em unidades de saúde por meio do desenvolvimento de atividades vinculadas a pós-graduação e apresentam experiência de intervenção com esta condição crônica.

Para a composição da amostra optou-se por uma diversidade de profissionais, no intuito de compreender a especificidade de cada área, bem como se há integração das ações desenvolvidas pelas diferentes áreas na atenção à pessoa com diabetes. O quadro a seguir apresenta as características dos profissionais entrevistados.

	Formação	Idade	Sexo	Tempo de formado (anos)	Tempo de serviço na rede pública (anos)	Tempo de serviço na unidade atual (anos)	Pós-Graduação
PS1	Médica	40	F	15	7	7	Residência e Mestrado
PS2	Enfermeira	50	F	14	12	10	Especialização em Saúde do Trabalhador
PS3	Enfermeira	48	F	28	28	11	Especialização em Gestão de Enfermagem
PS4	Farmacêutico	29	M	3	1	1	Residência Multiprofissional em Saúde
PS5	Farmacêutico	35	M	9	8	5	Mestrado
PS6	Nutricionista	42	F	7	2	<1	Especialização Mestrado e Doutorado*
PS7	Educadora Física	26	F	4	1	< 1	Aprimoramento em Diabetes e Hipertensão Arterial e Mestrado*
PS8	Auxiliar de Enfermagem	37	F	7	7	4	Cursando Graduação em Enfermagem

*Pós-Graduação realizada na temática do diabetes.

Quadro 7– Caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo.

Dentre os profissionais entrevistados 06 são do sexo feminino e 02 do sexo masculino, com idades variando entre 29 e 48 anos. Destaca-se o predomínio de profissionais da saúde do sexo feminino.

Em relação ao tempo de formado profissional, observa-se um predomínio de profissionais cujo tempo de formação variou entre 7 a 28 anos (6 casos). Quanto ao tempo de atuação na rede pública de saúde observou-se uma variação de 1 a 28 anos, sendo que 4

profissionais de saúde apresentam tempo inferior a 04 anos de experiência na rede pública e 04 apresentam tempo superior a 07 anos.

Todos os profissionais de nível superior apresentam algum tipo de pós-graduação, como uma forma de complementar a formação recebida na graduação. A profissional de nível médio também buscou aprimoramento profissional ao ingressar no curso de graduação em Enfermagem. A busca pelo aprimoramento profissional possibilita a atualização do profissional, porém observa-se que apenas dois dos entrevistados apresentam formação complementar específica em diabetes, o que denota que o atendimento à pessoa com diabetes é realizada por profissionais com formação geral.

5.2 A percepção dos adoecidos sobre a experiência de ser trabalhador com diabetes.

A pessoa com diabetes revela os significados atribuídos à experiência de ser trabalhador com uma condição crônica por meio de um processo de resgate de sua história de vida, que se inicia com o diagnóstico de diabetes *mellitus* e prossegue com as percepções sobre as implicações desta condição nas interações que estabelece com as pessoas, nas diversas atividades em seu cotidiano, dentre elas o trabalho.

Os significados atribuídos ao ser trabalhador com diabetes são permeados também pelos significados atribuídos ao trabalho, os quais são representados por um conjunto de símbolos que compõe a identidade de trabalhador, símbolos que são construídos socialmente nas interações entre os trabalhadores e empregadores.

Neste sentido, a experiência de ser trabalhador com diabetes *mellitus* solicita um redimensionamento dos significados atribuídos à condição crônica e ao trabalho, o que envolve um processo no qual a pessoa adoecida experimenta sentimentos em relação à doença e ao trabalho, e que estão relacionados às limitações em suas atividades de vida diária e instrumentais, em seu trabalho e em sua participação social.

Este processo de redimensionamento dos significados ocorre no interior do indivíduo, no *self*, e envolve um processo de interpretação dos significados e símbolos significantes partilhados nas interações sociais. Os significados atribuídos irão orientar as ações e interações das pessoas com diabetes quanto ao autocuidado em relação à condição crônica e como este se organizará em relação ao trabalho, considerando seu ambiente e aspectos organizacionais.

5.2.1 Experiência cotidiana com uma condição crônica

Esta categoria representa a experiência da doença no período do diagnóstico. Embora este aspecto não tenha sido enfatizado na entrevista, o relato dos participantes iniciava-se neste ponto, o que denota a importância deste evento na vida das pessoas com diabetes.

A pessoa, ao receber o diagnóstico de diabetes, sente-se surpreendida, mesmo quando apresenta histórico desta condição crônica na família e tendo conhecimento do fator hereditário, que predispõe ao desenvolvimento do diabetes. Embora o DM seja compreendido socialmente como uma condição administrável, o seu diagnóstico envolve a necessidade de realizar mudanças na rotina e hábitos de vida, aspectos que têm impacto direto nas interações sociais estabelecidas pela pessoa com diabetes e nas atividades que compõem seu cotidiano.

A pessoa com diabetes vive esta condição de forma individualizada, como uma experiência singular, que deve ser por ela administrada, ou no máximo pela família em seu contexto doméstico. Este aspecto é influenciado pela percepção das limitações, tanto decorrentes da necessidade de modificação dos hábitos alimentares, diante dos quais as pessoas sentem-se tolhidas e punidas, quanto das limitações decorrentes dos sintomas relacionados à glicemia descompensada, que podem afetar a realização de atividades como o trabalho e o lazer.

Embora esta condição crônica possa inicialmente não apresentar sintomas, sendo diagnosticada somente após a manifestação de sintomas agudos e ou de complicações crônicas, a experiência do DM é acompanhada dos medos das consequências desta condição crônica e das limitações nas atividades cotidianas do adoecido. Como consequência destes aspectos, a pessoa com diabetes nega sua condição crônica.

O diagrama a seguir apresenta a categoria e subcategorias que compõem as condições causais e intervenientes do fenômeno em estudo.

Diagrama1: Experiência cotidiana com uma condição crônica

5.2.1.1 Surpreso com o diagnóstico de diabetes *mellitus*.

A pessoa com diabetes percebe-se surpreendida pelo DM, pois em geral o início do diabetes é silencioso, sem sinais específicos ou por ela conhecidos, que permitam a correlação clínica com a doença e sua identificação precoce. Nas falas a seguir, pode-se observar a percepção dos entrevistados sobre o início silencioso do DM.

Eu comecei a passar mal, quando cheguei no hospital “estourou” o aparelhinho de tão alta que minha glicemia estava. E8

Porque a gente nunca sabe, eu não sentia nada... Eu sempre sentia dor nas pernas, aí fui fazer um exame e foi onde que deu o diabetes. E1

Não, não sentia nada... a partir do momento que eu soube do diagnóstico aí eu comecei a sentir os efeitos. E6

Invisível, não tem ninguém na família com isso, então pra mim foi uma coisa que me derrubou realmente, me deu uma rasteira, a palavra certa foi essa. E6

Observa-se que o sentimento de ser surpreendido pela doença foi expresso mesmo dentre os entrevistados que relataram ter familiares com o diabetes *mellitus*, aspecto que poderia ser compreendido como facilitador da identificação dos sintomas e mesmo de realização de ações preventivas. A fala dos entrevistados a seguir expressa o sentimento de surpresa de entrevistados com histórico de diabetes *mellitus* na família.

Começou com uma mancha preta no braço, parecia que o tecido estava necrosando e eu não sabia o que era, foi então que minha mãe, que tem diabetes, falou para eu fazer um exame eu fiz e deu que tinha diabetes. Eu não quis acreditar. E2

É porque minha mãe tem diabetes, então ela falou para fazer o exame. Porque minha mãe tinha muita dor nas pernas, ela fez o exame e deu diabetes. Eu também sentia muita dor nas pernas então fui fazer o exame e aí deu que tenho diabetes. Agora fazer o que, é de família! E1

Minha mãe morreu com diabetes e a gente tomava conta dela para o diabetes não subir. E10

Em função de seu início silencioso, muitas vezes o diabetes pode ser diagnosticado tardiamente, por meio da manifestação das complicações crônicas, conforme relatado pela pessoa com DM, na fala a seguir.

Seu início é silencioso, o que faz com que muitas pessoas demorem a identificá-lo, fazendo somente quando as primeiras complicações se manifestam. E11

Em muitos casos, somente após a manifestação dos primeiros sintomas do DM, seguido de seu diagnóstico, é que as pessoas passam a identificar, com maior frequência, outros episódios em que percebem que há oscilação nos níveis da glicemia, relatando a percepção de sono, cansaço, como se observa na fala do entrevistado a seguir.

Eu acho que era do diabetes, porque de primeiro eu não tinha... não foi logo que eu comecei com o diabetes que eu já tinha isso, passou mais uns ano e começou a me dar sono, cansaço. E9

Nota-se ainda que, como o diabetes pode não apresentar sintomas inicialmente, ou ainda apresentar sintomas inespecíficos, mesmo tendo sido diagnosticado, há uma tendência das pessoas não se preocuparem com esta condição, como se não acreditassem que a apresentam, como se observa na fala a seguir.

Eu não levo muito a sério esse negócio de diabetes... E4

Além do início silencioso, a própria rotina de vida pode fazer com que a pessoa não perceba os sinais do corpo ou até mesmo perceba, mas os investigue tardiamente por priorizar outras atividades de vida, como o trabalho, o que resulta no atraso do diagnóstico. A fala destacada abaixo expressa este conteúdo.

Porque é uma doença que ou passava despercebido pelo dia-a-dia ou pela busca de resultados de performance no trabalho, de cumprir metas, essas coisas assim né, porque na multinacional você faz relatório de tudo, tudo que acontece tem que relatar.E6

O trabalho pode dificultar a percepção dos sintomas, podendo os primeiros sinais do DM, quando manifestados com pouca intensidade, passarem despercebidos, ou mesmo não serem valorizados pelas pessoas com esta condição crônica como algo que requeira intervenção dos profissionais de saúde, sendo compreendido como sintomas que podem ser manejados pela própria pessoa.

A pessoa com DM, ao ignorar ou não perceber as manifestações da glicemia descompensada, acaba sendo surpreendida por manifestações agudas destes sintomas. Como consequência, pode ter o DM diagnosticado somente a partir do desenvolvimento de uma complicação crônica, conforme expresso no relato a seguir.

Há 7 anos atrás eu trabalhava numa empresa multinacional americana e a gente tinha que fazer exames periódicos, e como eu viajava muito ficava 15, 20 dias fora... então a alimentação, estresse... Aí um belo dia me deu uma gripe muito forte e mediram a glicemia, aí foi quando eu fiquei sabendo E6

O DM, embora seja uma condição crônica conhecida, por meio da experiência de um familiar ou colega, ou ainda por meio do conhecimento adquirido nas interações sociais, compondo uma compreensão de senso comum sobre esta condição crônica, com significados e comportamentos partilhados socialmente, seu diagnóstico é recebido com surpresa. O diagnóstico do DM e a experiência de episódios de glicemia descompensada, somado aos significados partilhados de que esta condição acarreta complicações crônicas, comprometem as habilidades para a realização das atividades de vida diária. Diante deste contexto a pessoa percebe-se com “receio das consequências do DM”.

5.2.1.2 Receio das consequências do DM

Os primeiros sintomas do DM são percebidos pelos adoecidos como acompanhados por sentimentos relacionados às complicações crônicas desta condição. Desta forma, as pessoas com DM mostram-se temerosas quanto às consequências da doença. Dentre os medos apresentados, destaca-se àqueles relacionados à morte, às complicações cardíacas e às amputações de membros inferiores, que se acentuam diante do sentimento de impotência frente à doença, frente à dificuldade em aderir às orientações, como mostram as falas abaixo.

Aí você pensa o pior né, que você vai morrer. E6

Porque eu sou um jovem de 54 anos, então eu estou com medo de ter um infarto, de ter um derrame e luto pra controlar, mas eu não consigo, mas eu não consigo 100%, melhorei bem, já perdi 3 quilos. E5

O diabetes, ao manifestar-se em pessoas em plena idade produtiva, contrapõe uma expectativa, expressa no significado partilhado socialmente, de que o DM acomete apenas pessoas idosas, assumindo para a pessoa com diabetes o significado de antecipar a experiência de complicações e incapacidades que podem afetar as atividades cotidianas dentre elas o trabalho.

As pessoas com diabetes, ao descobrirem-se com esta condição, apresentam medos relacionados ao desenvolvimento de complicações crônicas, como amputação de membro inferior, complicações cardíacas e perda da visão. Estes comprometimentos são conhecidos e compartilhados socialmente sobre esta condição crônica. Neste sentido, a experiência do diabetes e as informações e orientações sobre esta condição podem auxiliar a pessoa com DM a lidar com as situações cotidianas e rever os significados atribuídos a esta condição, os quais refletem nas ações e nas formas de enfrentamento das pessoas com DM diante das situações da vida, conforme relatado pelo entrevistado a seguir.

Eu venho aqui (grupo de educação em diabetes) procurar informação para eu poder me situar como pessoa, como diabético, para depois entender o que isso irá desencadear na minha vida, porque a primeira coisa que vem é que você vai cortar o pé, que não vai sarar de um machucado. Eu às vezes me machuco passo um antisséptico e graças a Deus cicatriza. E6

O uso do medicamento para o controle da glicemia também é acompanhado de receios e dúvidas em relação à ação e efeitos colaterais decorrentes de seu uso. As pessoas com diabetes apresentam o receio de ter sua atividade sexual comprometida em decorrência dos efeitos colaterais do medicamento, podendo vir a afetar sua relação amorosa, como mencionado nas falas abaixo.

Um mal terrível pra todo mundo, principalmente para o homem, que tem que tomar remédio e nem sempre o remédio, agente não sabe o efeito colateral dele, a gente pergunta, mas não sabe. E5

Tem que tomar o remédio e você não quer tomar aquele remédio, dá uma reação, aí você sabe que cai a libido. E8

Eu achei no início o uso do medicamento iria afetar a minha vida amorosa, sexual e tal... e na verdade no início foi aquele baque e realmente tudo aconteceu. E6

O diabetes, ao ser diagnosticado, surpreende a pessoa e passa a integrar sua vida e suas atividades cotidianas, o que acarreta inúmeras repercussões em seu cotidiano e nas ações e interações que estabelece com as pessoas e objetos. As consequências decorrentes da experiência do diabetes conduz o adoecido a um processo de “negação do diagnóstico do diabetes *mellitus*”.

5.2.1.3 Negação do diagnóstico de diabetes *mellitus*

Ser diagnosticado com diabetes desperta sentimentos como medo, raiva, incertezas em relação ao futuro, inconformismo e revolta, que estão expressos na reação inicial de negação desta condição crônica. Nas falas abaixo, os entrevistados apresentam os sentimentos e percepções ao serem diagnosticados com DM.

Com o diagnóstico do diabetes, veio à revolta porque eu, porque comigo? E6

Você quer desejar mal pra alguém, deseja o diabetes. E7

O diabetes é significado pelas pessoas com DM como algo ruim, como uma punição. Estes sentimentos movem as pessoas com DM na busca de explicações e justificativas para a

glicemia descompensada, na tentativa de encontrar outras explicações para os sintomas, negando o diabetes. A fala a seguir apresenta a tentativa de explicar o sintoma de hipoglicemia, que veio acompanhado de diagnóstico do DM, como uma forma de negar a condição crônica.

Eu não quis acreditar, tentei explicar de várias formas, que eu tinha feito muito exercício físico, mas não teve jeito, tive que aceitar. E2

A negação da condição crônica tem impacto na adesão da pessoa com DM às ações de autocuidado. Na fala a seguir, observa-se que a negação do diabetes implica na não utilização do medicamento e no não seguimento das orientações relacionadas à alimentação, o que acarreta o desenvolvimento de ações contrárias àquelas orientadas para o autocuidado, no qual a pessoa começa a testar o próprio organismo e as consequências da condição crônica.

Porque era uma coisa que eu não aceitava, quando eu saia daqui (grupo de educação em diabetes), eu ia comer. Aí que eu passava na padaria já levava de tudo que se pensa. Era a melhor rosca, eu não como porcaria, então eu comprava tudo, parecia que eu estava vingando, inconsciente fazendo o contrário. E8

Eu tomava remédio um dia, outro não. Ah! Eu não vou tomar nada, eu não tenho nada disso, você não quer aceitar. E8

O diagnóstico do DM envolve um conjunto de sentimentos, que pode caracterizar um processo que tem início com a negação da condição crônica, prosseguindo com a busca de explicações e justificativas para seu desenvolvimento, que conduzem o sujeito a uma maior compreensão sobre sua condição. A negação da doença pode ser reforçada pelo seu início silencioso, no qual não há manifestação dos sintomas, ou ainda, pela manifestação de sintomas agudos, como a hiperglicemia, compreendidos como algo pontual. Desta forma, o impacto das possíveis consequências da doença é amenizado pela pessoa com diabetes.

A vivência dos sintomas agudos é acompanhada do medo da morte ou da incapacidade para o trabalho, porém com a remissão dos sintomas, este medo também se dilui, e a pessoa com DM tende a prosseguir com as atividades, à rotina de vida, embora nem sempre realizando as mudanças necessárias em seus hábitos alimentares, às vezes, nem mesmo utilizando o medicamento prescrito.

Reconhecer os significados atribuídos à vivência do DM pode contribuir com a busca de estratégias para auxiliar na aceitação e enfrentamento desta condição, de forma a contribuir com o autocuidado e na construção de um estilo de vida pautado por hábitos saudáveis. A “condição crônica no cotidiano de vida” apresenta as percepções do adoecido sobre as implicações da condição crônica em seu cotidiano.

5.2.1.4 Condição crônica no cotidiano de vida

O diabetes desencadeia diversas mudanças na vida das pessoas acometidas por esta condição, bem como daquelas com quem convivem, impondo à pessoa com diabetes a necessidade de lidar com esta condição em seu cotidiano.

Ao descobrir-se com DM, a pessoa depara-se com sentimentos relacionados à cronicidade da doença e com a necessidade de ter que monitorar esta condição crônica ao longo de toda a sua vida, nos diferentes contextos no qual se insere. Na fala a seguir é possível observar a percepção da entrevistada sobre a cronicidade da doença.

No começo eu pensava: O diabetes era uma doença que não tem cura! E1

Desde que descobri a doença minha vida acabou. Tem que lutar com ela (o diabetes), vai fazer 11 anos já. E8

A cronicidade da doença implica em inserir ações no cotidiano que antes não eram realizadas e que deverão ser seguidas pela pessoa com condição crônica por toda a vida. Esta experiência difere das situações de adoecimento por uma condição aguda, cujas ações de autocuidado são realizadas por um curto período de tempo e os ajustes à rotina são temporários, sendo retirados após o encerramento do tratamento da condição aguda. Dentre as ações cotidianas da pessoa com diabetes, destaca-se o uso contínuo de medicamento para o controle da glicemia, que é expresso na fala a seguir como uma importante mudança na rotina da pessoa com diabetes.

Você vai morrer com isso porque é uma doença crônica, você vai tomar remédio diariamente. Oh! meu Deus porque comigo? Na minha família ninguém tem isso, agora vou ter que tomar remédio todo dia, eu não tomava nem remédio para dor de cabeça. E6

O descobrir-se com diabetes assume o significado da necessidade de ter autocontrole, que é compreendido pela pessoa com diabetes como além dos aspectos restritos ao plano de tratamento, o qual envolve os cuidados com a alimentação, a inserção da atividade física e a necessidade de uso contínuo de medicamento. A necessidade de autocontrole abrange aspectos mais amplos, os quais envolvem o controle sobre as escolhas alimentares, de lazer, de participação social, de trabalho e sobre a organização do cotidiano, de forma a viabilizar as ações de autocuidado.

A pessoa com diabetes, ao descobrir-se com esta condição crônica, percebe que esta condição afeta as interações sociais que estabelece, pois embora os cuidados necessários para a manutenção dos níveis de glicemia, como a realização de uma alimentação saudável e a prática da atividade física, possam beneficiar as pessoas de um modo geral, observa-se que, na maioria das vezes, estes hábitos não são partilhados pela população. Em geral, as pessoas optam por refeições prontas e rápidas, em decorrência da quantidade de tarefas cotidianas e do ritmo de trabalho, compreendidas como aspectos que dificultam escolhas alimentares diferenciadas. A atividade física, outro aspecto importante para o controle glicêmico, também é considerada pela pessoa com diabetes como uma atividade prejudicada em seu cotidiano, em função do ritmo de vida. Deste modo, a pessoa com diabetes percebe-se inserida em um processo no qual precisa realizar o controle glicêmico, mas não encontra as condições adequadas e o suporte social para a realização do mesmo.

O descobrir-se com uma condição crônica implica em mudanças na rotina e hábitos de vida que conduz o adoecido em uma “análise dos hábitos assumidos ao longo da vida”

5.2.1.5 Análise dos hábitos assumidos ao longo da vida

A manifestação do diabetes é percebida pelas pessoas com DM como intimamente relacionada aos hábitos assumidos ao longo da vida. Assim, ao ser diagnosticado com diabetes, a pessoa depara-se com um conjunto de hábitos, principalmente alimentares, desenvolvidos e assumidos ao longo da vida, e partilhados pelos familiares e colegas nas interações sociais estabelecidas. A fala a seguir mostra a percepção do participante sobre seus hábitos alimentares.

A minha saúde sempre foi muito boa, mas a minha vida nunca seguiu um padrão normal, não tinha horário para nada, para levantar, para almoçar, nem para jantar, entendeu? Então eu era fumante, gostava de uma cerveja, comida gordurosa... tudo que vocês condenam eu fiz durante 30 anos. Ai de vez em quando eu ia ao postinho pra ver colesterol, triglicérides e começou a dar alteração. E5

As escolhas alimentares, embora compreendidas socialmente como uma escolha do sujeito, são percebidas pelas pessoas com DM como influenciadas pela sociedade e pelos grupos nos quais se inserem. Este aspecto pode ser observado na fala abaixo.

A minha escolha foi para o lado da carne gordurosa, da vida desregrada, do cigarro. E as grandes redes de supermercados hoje que obriga a mãe a comprar bolacha com gordura transaturada para o filho, veja na televisão. Tem o lado cultural, né, aquilo que na nossa cultura predomina. E5

Observa-se que a pessoa insere-se em um círculo de amizades, no qual as pessoas ao interagirem partilham significados relacionados aos hábitos, sejam alimentares ou de atividade física, os quais em sua maioria resultam de um estilo de vida contemporâneo, que incentiva o consumo da comida industrializada, de preparo rápido, a realização de atividades diárias, de lazer, de participação social e de trabalho que solicitam gasto de energia reduzido, o que somado a vida sedentária, resultam em fatores que podem elevar o risco de desenvolvimento de condições crônicas.

Estes hábitos, ao serem partilhados de geração para geração, resultam no desenvolvimento das condições crônicas em pessoas cada vez mais jovens. A fala a seguir mostra a percepção do entrevistado sobre sua dificuldade em ser diagnosticado com diabetes em uma família com hábitos alimentares que favoreceram o desenvolvimento desta condição.

Porque eu sou de uma família que todo mundo é gordo, todo mundo come bem, todo mundo come doce, sabe aquelas festas de fazer leitoa, de comida farta... então pra mim foi difícil no começo... E6

Os hábitos assumidos ao longo da vida podem ser também influenciados pelas atividades desenvolvidas no cotidiano, como o trabalho. O entrevistado, em seu relato

destacado abaixo, apresenta a percepção de como a rotina de trabalho externo contribuiu para o desenvolvimento de hábitos que conduziram para a manifestação do DM.

Também só almoçava e jantava com refrigerante, parava na estrada tomava mais refrigerante, calor, ansiedade, aí fumava... E6

A pessoa com DM percebe que é necessário lidar com a rotina de vida que foi construída ao longo de sua vida, não em função da doença, mas em função dos desejos, expectativas, escolhas profissionais e que, frente à condição de ter diabetes, precisam ser revistas.

Porque nunca tive isso, na minha família, também ninguém tinha diabetes, eu acho que desencadeou porque eu estava acima do peso, eu cheguei a pesar 86 quilos, mas eu viajava comia em rodízio... E6

Nesta fala, observa-se que o trabalho impôs uma rotina de vida que envolvia viagens, alimentação em estabelecimentos comerciais e a dificuldade em inserir a prática da atividade física, que resultou no desenvolvimento de hábitos que não favoreceram a manutenção das condições de saúde. Esses hábitos cultivados ao longo da vida, somado ao sedentarismo e a fatores genéticos, acarretaram o DM. Embora as pessoas entrevistadas reconheçam que os hábitos assumidos ao longo da vida acarretaram na manifestação do DM, os mesmos reconhecem a dificuldade em realizar as mudanças necessárias em seus hábitos e rotinas, como destacado na fala a seguir.

As pessoas têm um problema sério, elas mentem por questão de não passar vergonha. Eu não sou pesquisador, não sou cientista, pode prestar atenção, faça uma pesquisa: 99% das pessoas não seguem o tratamento, não porque não querem. No meu caso, por exemplo, eu não sou o Juscelino Kubitschek para mudar em 5 anos, entendeu? Eu tenho consciência da severidade, mas agora eu pergunto: 35 anos vivendo desse jeito, como que nós vamos mudar? É meu grande problema agora. E5

Embora as pessoas reconheçam e estejam orientadas pelos profissionais de saúde a reverem seus hábitos alimentares e realizarem atividade física, o que se observa é a

dificuldade em inserir os novos hábitos em um cotidiano estruturado e permeado pelos significados partilhados em relação ao DM como uma condição do sujeito, que por sua vez é responsabilizado por suas escolhas, desconsiderando-se fatores culturais e sociais que possam contribuir ou não na adoção de novos hábitos.

A experiência do diabetes é percebida pelas pessoas com DM pela necessidade de desenvolver um autoconhecimento sobre as manifestações desta condição, que se referem ao reconhecimento da glicemia alterada e das complicações agudas, frente a estes aspectos as pessoas com diabetes apresentam a percepção sobre as “limitações na rotina decorrentes do DM” no desempenho das atividades diárias e na interação com familiares e colegas em diferentes contextos como trabalho, lazer e familiar.

5.2.1.6 Limitações na rotina decorrentes do DM

A pessoa com diabetes percebe que esta condição crônica impõe limitações em sua rotina e interrompe os planos de vida, aspecto que se acentua com a manifestação de sintomas de agudização da doença, diante dos quais o adoecido precisa desenvolver estratégias para realizar as ações de autocuidado em sua rotina. Neste período, há uma prevalência do papel do doente, frente ao qual a pessoa com diabetes precisa de informações sobre a sua condição crônica para (re)organizar seu cotidiano e adequar-se as necessidades de autocuidado. Neste período, papéis como o de trabalhador, marido, mãe, dentre outros, ficam em segundo plano, até que ocorra a estabilização das condições de saúde e a adaptação à nova rotina. Na fala a seguir é possível observar a ruptura nas ações cotidianas da pessoa com diabetes.

Uma doença terrível né, por exemplo, quando eu adquiri o diabetes eu tinha iniciado ser doadora de sangue, então eu estava muito entusiasmada, eu gostava de ir ao hemocentro, doar sangue eu me sentia bem, de repente me veio uma bomba, que eu tinha diabetes e que eu não podia doar mais sangue, então na época eu fiquei bem abalada. E2

As exigências alimentares e a necessidade de mudança de hábitos de vida assumem o significado de punição para a pessoa com diabetes e, frente a este significado o adoecido percebe-se como diferente das outras, como observado nos relatos a seguir.

Porque a primeira sensação que a gente tem é de punição... então eu sou proibido. Mas aí vai aprendendo que pode comer uma quantidade pequena, que pode experimentar... E6

A pessoa com diabetes percebe-se tendo que realizar escolhas e ações, as quais são pautadas nos significados atribuídos à vivência do DM e dos significados que esta condição crônica assume em sua vida. Desta forma, o DM pode significar a perda de sentidos na vida, como observado na fala a seguir.

Sou diabético, a vida vai perdendo o sabor... E5

A perda de sentido na vida pode estar também associada ao comprometimento das interações e participação social, que são percebidas pelas pessoas com DM como decorrentes das necessidades de autocuidado. O relato abaixo mostra a percepção da pessoa com diabetes sobre as implicações do autocuidado em sua interação social.

Na verdade o tratamento das pessoas não é que muda, é que você não vai fazer as mesmas coisas que eles. Por exemplo, no final do trabalho as pessoas vão fazer um happy hour, eu deixei de fazer, porquê? Para minha qualidade de vida melhorar. Então muita coisa eu deixei de fazer em prol do diabetes, em prol de melhorar a saúde porque se eu continuasse da mesma maneira as complicações seriam maiores só que, eu até absorver essa informação e colocar isso em prática foi difícil, me senti até um pouco revoltado de uma certa forma. E6

A vivência do DM é considerada pelas pessoas com DM não somente em seu aspecto biológico, mas como uma condição que apresenta um importante impacto emocional e social, em função das limitações e dos ajustes necessários para conviver com esta condição. As pessoas com diabetes identificam o aspecto emocional como fundamental na atenção à pessoa com diabetes e diante deste aspecto avaliam a “atenção à saúde na rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva”.

5.2.2 Atenção à saúde na rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva

O diabetes, por ser uma condição crônica, solicita o cuidado contínuo e o seguimento pelo serviço de saúde. A visita ao serviço de saúde torna-se frequente e integra a rotina da pessoa com diabetes. Esta aproximação da atenção à saúde conduz a um processo de avaliação da atenção recebida, na qual a pessoa identifica a necessidade de suporte para lidar com o diabetes e identifica os grupos de educação em diabetes como importantes espaços de acolhimento. O diagrama seguinte apresenta a categoria e as subcategorias que representam as condições intervenientes.

Diagrama 2: Atenção à saúde na rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva

5.2.2.1 Avaliação da atenção à saúde à pessoa com diabetes

A pessoa com diabetes, ao avaliar a atenção em saúde recebida, centra na atenção realizada pelos profissionais médicos, embora outros profissionais de saúde, como enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, estejam envolvidos na atenção. Na percepção destas pessoas, a interação com o profissional médico é significada como centrada nos sintomas agudos e compreendida como superficial, como destacado nas falas a seguir.

A orientação foi de uma forma mais geral, relacionada ao que eu não poderia comer.

E6

A médica explicou que não pode comer muito aminoácido, comer doce, açúcar.

Explicou rapidamente: “O senhor tem diabetes deve tomar o remédio diariamente!” E4

A atenção à saúde, ao ser avaliada pela pessoa com diabetes como superficial, pode fragilizar a interação estabelecida com o profissional de saúde e comprometer a formação de vínculo, bem como a adesão à orientação realizada pelo profissional, na fala do participante a seguir observa-se este aspecto.

Troquei de endocrinologista duas vezes, porque eu não achava que a pessoa me tratava direito, procurei até auxílio em médico particular. E6

É na interação entre profissional de saúde e pessoa com diabetes que se constrói o processo de escuta e acolhimento das necessidades da pessoa com condição crônica. Nesta interação, a pessoa com diabetes procura, além das informações e orientações relativas ao autocuidado necessário ao controle da glicemia, acolhimento e orientação de outros aspectos, considerados por elas importantes para a adesão ao plano de tratamento, como os aspectos emocionais e sociais.

Quando a atenção em saúde centra-se nos aspectos prescritivos, a pessoa com DM pode compreender que os aspectos emocionais e sociais, bem como as dificuldades encontradas para o desempenho de suas atividades cotidianas, não são questões a serem abordadas pelos profissionais de saúde, que o acompanham no processo de controle de sua condição crônica. Desta forma, a pessoa com diabetes pode permanecer com suas dúvidas, angústias e, conseqüentemente, com o desempenho prejudicado em suas atividades cotidianas.

Outro aspecto que pode comprometer a formação do vínculo e o seguimento da pessoa com diabetes refere-se à dificuldade de acesso ao serviço de saúde, relacionado à dificuldade de agendamento de consultas e exames para o seguimento do diabetes. A fala a seguir revela esta situação.

É até difícil marcar controle, exame de sangue. A gente acaba não sentindo nada e acaba deixando pra lá, porque precisa trabalhar, mas o certo é ir atrás... E1

Este aspecto agrava-se para a pessoa com diabetes que trabalha, pois como os serviços funcionam em horário comercial, coincide com o horário de trabalho, o que faz com que o trabalhador com DM acabe postergando o agendamento da consulta ou do exame, o que prejudica o seguimento do adoecido pelo sistema de saúde.

Na atenção em saúde, as pessoas com diabetes identificam o “suporte social e emocional como necessário na atenção a pessoa com DM”, como apresentado a seguir.

5.2.2.2 Suporte social e emocional como necessário na atenção a pessoa com DM

Para as pessoas com diabetes esta condição crônica não se limita às manifestações metabólicas decorrentes das alterações dos níveis de glicemia, mas afeta também os aspectos emocionais e sociais, devido às mudanças que necessita realizar em sua vida. Nos relatos a seguir observa-se como o diabetes afeta as emoções das pessoas acometidas por esta condição.

No início eu quase enlouqueci, por não poder fazer as coisas que eu fazia antes. E6
Agora parece que eu me acalmei um pouco e estou mais voltada para mim. E10

O diabetes impõe uma carga de sentimentos relacionados aos medos desencadeados pela doença, à necessidade de incorporar novos hábitos alimentares e de atividade física e de rever a rotina e hábitos de vida. Diante disto, as pessoas com diabetes identificam a necessidade de intervenção e orientação profissional, por meio de uma abordagem que seja capaz de abranger o impacto social e emocional desta condição e das necessidades de autocuidado por ela imposta na vida das pessoas.

Eu sempre acho que quem tem diabetes devia fazer uma terapia, porque está muito ligado ao emocional. Eu acho que tinha que cuidar do emocional em primeiro lugar. No início parece que é alguma coisa de outro mundo. E2

Então no início foi um “baque” tanto é que eu emagreci quase 20 quilos, porque no caso até se deprime, no meu caso até aceitar isso foi uns dois anos. E6

Quando a intervenção recebida pelas pessoas com diabetes é por elas avaliada como centrada nos aspectos técnicos e prescritivos, esta intervenção é considerada como superficial e pode dificultar a adesão às orientações e formação de vínculo com o profissional de saúde. O vínculo é compreendido como aspecto importante no seguimento da condição crônica. Diante destes aspectos, as pessoas com diabetes identificam os “grupos de educação em diabetes como espaços de acolhimento”, como será apresentado a seguir.

5.2.2.3 Grupos de educação em diabetes como espaços de acolhimento

Os grupos de educação em diabetes são compreendidos como um espaço importante para desenvolver formas de enfrentamento desta condição e compartilhar dúvidas, angústias, estratégias desenvolvidas no cotidiano, além de oferecer informações sobre os aspectos biológicos da doença, como destacado pelo entrevistado em sua fala.

A partir do momento que eu comecei a frequentar o grupo, que já fazem 4 ou 5 anos, as coisas foram sendo mais esclarecidas, o porquê, de como acontece no organismo, o açúcar que não entra na célula, porque aí você pensa o pior né, que você vai morrer, que você vai ter que tomar insulina pro resto da vida, mas graças a Deus que ainda tem o remédio, quer dizer é uma coisa que com o decorrer do tempo eu fui procurando me informar... para poder estar realmente apto para essa nova situação. E6

Estar em grupo possibilita um sentimento de pertencimento a um grupo, por meio da identificação e do compartilhar de experiências com pessoas que enfrentam a mesma situação. Em grupo, a pessoa com diabetes pode observar o mundo a partir da perspectiva do outro, em um processo mental em que pode assumir o papel do outro, colocar-se no lugar do outro, em busca de explicações para as ações observadas, o que o auxilia em sua ação orientada pelos significados partilhados.

Este compartilhar de experiências possibilita a identificação de estratégias e formas de enfrentamento que auxiliam a pessoa com diabetes a lidar com a condição em sua vida. A interação social viabilizada pelos grupos de educação em diabetes possibilita aos participantes definir e redefinir os significados atribuídos à experiência de viver com diabetes e, consequentemente, a forma como o indivíduo percebe-se e age frente ao diabetes. Por meio da interação consigo e com os outros, o indivíduo redefine sua identidade, envolvido em um processo, muitas vezes doloroso, no qual o sujeito se percebe com atributos e papéis modificados.

Embora o grupo seja um espaço fundamental para partilhar significados atribuídos à vivência do DM, ressalta-se que os grupos de educação em diabetes acontecem predominantemente em horário comercial, o que pode dificultar o acesso das pessoas com diabetes que trabalham. Assim, a pessoa com diabetes que trabalha depara-se com horários restritos de atendimento dos serviços de saúde, podendo apresentar dificuldades em realizar o

seguimento adequado de sua condição. A percepção da pessoa com diabetes sobre a manifestação desta condição em plena idade produtiva é apresentada na categoria a “revelação das implicações entre diabetes e trabalho”, descrita a seguir.

5.2.3 Revelação das implicações entre diabetes e trabalho

O diabetes é conhecido como uma condição que afeta predominantemente indivíduos idosos, em decorrência dos hábitos alimentares e da rotina de vida sedentária, característica da sociedade contemporânea. Esta condição crônica tem afetado um número crescente de pessoas em idade produtiva, este aumento da prevalência do diabetes em pessoas adultos jovens é reconhecido pelas pessoas com esta condição crônica, como pode ser observado na fala desta entrevistada.

Ter a consciência de que é uma doença que está bastante disseminada, tem muita gente com diabetes, a gente mesmo no local de serviço sabe que muitas pessoas são portadoras de diabetes. E3

O trabalho compõe o cotidiano do sujeito adulto, é nesta atividade que a pessoa com diabetes emprega parte considerável de sua rotina diária. Esta atividade impõe uma organização, modos de produção específicos e exige que os trabalhadores se adequem a este contexto e atinjam metas de produtividade. Isto ocorre independente do setor de produção, seja na indústria, no setor de serviços ou ainda no trabalho informal.

Além das exigências do trabalho, a pessoa com diabetes convive também com a necessidade de desenvolver ações de autocuidado que permitam manter os níveis de glicemia para que possa desenvolver suas atividades cotidianas. As subcategorias, apresentadas no diagrama e descritas a seguir apresentam a percepção e experiências de pessoas com diabetes que buscam desenvolver as ações de autocuidado e manter o desempenho no trabalho e são representativas das condições contextuais do fenômeno em estudo.

Diagrama 3: Revelação das implicações entre diabetes e trabalho

5.2.3.1 Autocuidado dificultado pelo trabalho

As pessoas com diabetes entrevistadas apresentam diferentes rotinas e vínculos de trabalho, os quais podem ser formal ou informal. O tipo de trabalho que desempenham, bem como suas condições, ambiente e sua organização, que envolve o ritmo e a rotina envolvidos em sua realização, podem ter repercussões direta nas ações de autocuidado. As pessoas com diabetes avaliam o impacto desta atividade com base nos três aspectos relacionados ao autocuidado com o diabetes, enfatizando nesta categoria a alimentação e a atividade física. As percepções sobre o uso do medicamento serão apresentadas em uma subcategoria distinta.

As pessoas com diabetes buscam seguir a orientação dos profissionais de saúde, como a realização de refeições a cada três horas, com escolha de alimentos que contribuam com a manutenção dos níveis de glicemia no organismo.

Na situação de emprego formal, em que a empresa dispõe de um refeitório onde oferece a refeição a seus empregados, a pessoa com diabetes pode encontrar dificuldade em realizar a alimentação adequada em decorrência do tipo de alimento ofertado pelo restaurante. Este aspecto pode ser observado na fala a seguir, na qual a pessoa com diabetes percebe-se restrita a ingerir alguns tipos de alimentos, por não haver variedade no cardápio oferecido.

Almoçava todo mundo junto no refeitório, eu não podia comer lasanha, não podia comer aquilo, só podia comer salada, comia o jiló refogado, a berinjela refogada, as verduras de folha. E10

A orientação de realização da alimentação a cada três horas na empresa pode também ser prejudicada pela falta de estrutura para acondicionar o alimento no local de trabalho, bem como pelo ritmo e rotina impostos pelo trabalho, o que implica na dificuldade da pessoa com diabetes em realizar as pausas para o lanche durante o trabalho, como revela a fala abaixo.

Eu trago sempre uma banana, que é muito mais fácil a fruta, na parte da manhã não dá pra você parar pra ir lá comer a fruta, então você traz a banana. Às 9 horas sempre como uma fruta aqui mesmo na área de serviço. E2

Embora a pausa para o lanche esteja prevista na rotina do trabalhador como um direito, nem sempre este trabalhador a realiza, como observado no relato a seguir.

Eu não sou aquela pessoa que sai pra fazer aqueles quinze minutos pra comer eu como aqui mesmo na sala, que também a gente tem essa liberdade, acaba não tendo essa dificuldade, na sala mesmo faço o lanche. E3

A opção pela realização da pausa para o lanche no ambiente de trabalho pode estar relacionada à falta de um espaço adequado para a realização da alimentação, ou ainda, por esta prática não ser compartilhada por outros funcionários no local de trabalho. Diante desta situação, a pessoa com diabetes pode sentir-se constrangida em fazer a pausa, sentindo-se diferente dos demais colegas de trabalho, como destaca a e entrevistada em seu relato abaixo.

Eu sempre levava uma fruta pra comer no trabalho. Às vezes alguém falava: “Ah! Você passa o tempo inteiro comendo”. Eu como uma coisa que eu comprei, que eu trouxe dentro da bolsa. E10

O contexto do trabalho impõe uma lógica de produção que o trabalhador internaliza como algo a ser cumprido, como uma garantia a sua manutenção naquela atividade. Realizar uma rotina diferenciada pode significar ao trabalhador ser menos produtivo, aspecto que é

percebido por ele como um risco a sua permanência naquela atividade. O entrevistado a seguir mostra em sua fala a dificuldade em realizar as pausas no trabalho.

No nosso trabalho não dá para ficar comendo toda hora, eu acho que trabalho é trabalho, não dá. Eu acho que você perde muito tempo, esse negócio de comer devagar, isso se levar uma dieta exemplar, fazendo a dieta de acordo com a orientação dos médicos, aí você vai ter que sentar, descansar, comer devagarzinho, mastigar e aí no nosso serviço não tem como. E4

A pessoa com diabetes adapta suas refeições às condições oferecidas pela empresa, o que pode resultar na escolha limitada dos alimentos ingeridos e em condições precárias para a realização das refeições.

Do mesmo modo, nas situações em que a pessoa com DM realiza o trabalho informal, percebe-se que o mesmo pode não oferecer as condições adequadas para a realização da alimentação. Este aspecto pode ser observado na fala desta entrevistada que trabalha como empregada doméstica:

Eles não fazem comida em casa, daí eu como um pão integral de manhã quando eu chego lá e umas dez horas como uma fruta, meio dia e meio, uma hora, eu termino e vou embora, acabo nem almoçando. Tem dia que eu como alguma coisa ou levo um macarrão instantâneo, ou alguma outra coisa, mas levar comida de casa já não dá. É que eu gosto de comer depois do meio dia, depois já vou embora e acabo nem comendo nada não. E1

Esta trabalhadora com diabetes realiza sua alimentação com base no que há de alimentos disponíveis na casa das pessoas onde ela realiza o trabalho e, quando a refeição não é preparada, permanece sem almoçar até chegar em sua residência, que se localiza em cidade vizinha. No trabalho informal, assim como no trabalho formal que não oferece a refeição, há a possibilidade de preparar o alimento em casa para ser consumido no trabalho ou de optar pela realização da refeição em estabelecimentos comerciais.

A preparação da refeição em casa para ser consumida no local de trabalho pode ser positiva no sentido da pessoa poder se organizar em relação às escolhas do que será ingerido, embora possa esbarrar no aspecto econômico da aquisição dos alimentos e na adesão às orientações alimentares. Por outro lado, se a realização da refeição em estabelecimentos

comerciais irá depender também da escolha, que poderá ser influenciada pelo aspecto econômico, pela motivação em relação à realização da alimentação adequada e dos alimentos que são ofertados pelos estabelecimentos. A fala a seguir o entrevistado relata que foi moldando a alimentação à realidade de trabalho.

É porque eu ando muito, eu passo em frente de supermercado, eu passo em frente de varejão, eu paro compro duas maçãs, guardo uma, como uma, compro três bananas, quer dizer eu fui me moldando a isso eu não tinha essa hábito. E6

Outro aspecto do autocuidado que as pessoas com DM consideram que pode ser prejudicado trabalho é a atividade física. Embora a pessoa com diabetes reconheça a necessidade da atividade física, justifica a não realização da mesma em função da sobrecarga de atividades e por se sentirem cansadas para conciliar a atividade física com o trabalho.

Eu até gostaria, por exemplo, de fazer atividade física, por que eu não faço, com este horário eu não tenho muito tempo pra fazer nada entendeu, mas eu gostaria de fazer, mas eu não faço. E11

A inserção da atividade física na rotina da pessoa com diabetes que trabalha solicita uma maior organização de sua rotina, pois é preciso conciliar os horários do trabalho, com os afazeres da rotina pós-trabalho, como mostra a fala abaixo.

Por exemplo, o exercício físico eu faço após o serviço, então na hora que eu sair daqui é a hora que eu faço exercício físico, porque se eu for pra casa eu não saio, por que em casa eu tomo conta de uma netinha, eu tenho os afazeres de casa. E2

O trabalho é uma importante atividade do cotidiano do indivíduo em idade produtiva e sua realização tem implicações para o autocuidado do DM, as quais precisam ser consideradas. Além das condições ambientais e organizacionais, o trabalho também impõe um ritmo e rotina que podem afetar no controle da glicemia e gerar sintomas de hipoglicemia, manifestados em crises agudas, como descrito pela entrevista abaixo, que relata a manifestação de uma crise de hipoglicemia na empresa em função da atividade realizada.

Precisar da ajuda de alguém não, mas eu já fiquei sentada e fiquei tomando café assim sem parar até que melhorasse, por que baixou demais mesmo, porque quando cheguei em casa, quando eu fui medir tava 79. Foi muito exercício, eu subi muita escada, fiquei subindo e descendo as escadas para por as mercadoria em cima, aí me deu aquele mal estar e eu fiquei tomando café, café, até que eu melhorei um pouquinho. E10

O trabalho não dispense somente energia física, há um despendimento de energia emocional e mental que também geram um sentimento de cansaço e podem contribuir para a desmotivação do trabalhador com diabetes para aderir à atividade física.

As pessoas com diabetes entrevistadas apontam também para a importância dos significados partilhados na interação social sobre o trabalho, no qual o trabalhador deve ser produtivo, atendendo ao ritmo e rotina de trabalho, que na maioria das vezes não respeitam as necessidades e limitações dos trabalhadores, o que se agrava para o trabalhador com diabetes, que pode ter as ações de autocuidado do DM comprometidas neste contexto.

Os entrevistados revelam que assim como o trabalho pode ter implicações para o autocontrole do DM, esta condição crônica também pode apresentar implicações para a realização do trabalho, que resulta em implicações recíprocas, como será analisado na subcategoria “implicações do DM para a realização do trabalho”.

5.2.3.2 Implicações do diabetes *mellitus* para a realização do trabalho

As pessoas com DM revelam que o diabetes também pode acarretar implicações no trabalho. A pessoa com diabetes percebe-se com rendimento inferior quando compara seu rendimento antes e depois do diagnóstico do DM, como mencionado na fala abaixo.

Pessoa que tem diabete não aguenta muito e não aguenta mesmo. Eu não aguento o pique que eu aguentava antes de ter diabetes. E8

A pessoa com diabetes, além de perceber uma diminuição em seu rendimento no trabalho, comparando com sua produtividade antes e após o diagnóstico do diabetes, faz esta

comparação com o rendimento de outras pessoas que não apresentam esta condição crônica, como se observa na fala desta entrevistada.

Eu acho que atrapalha, porque tem dia que você não aguenta ficar trabalhando, quando o diabetes tá muito alto dá aquele calor e influi na atividade, você fica mais lenta no serviço, não tem tanto desenvolvimento quanto uma pessoa que não teria o diabetes. E10

Esta diminuição no rendimento do trabalho é justificada em função dos sintomas relacionados à hipoglicemia, que acarreta o cansaço, a confusão mental, o sono e as dores nas pernas, como destacado na fala a seguir.

Na crise de hipoglicemia interfere, porque você fica confusa, no momento da crise mesmo. Eu vivenciei nestes quatro anos duas crises de hipoglicemia aqui no trabalho, fiquei confusa, você já não consegue atinar nada com nada e passa mal, mas foram nestes dois momentos, no momento da crise mesmo, agora no restante não. E11

O diabetes pode impor algumas limitações para o desempenho das atividades, principalmente quando não há controle da glicemia, o que acarreta episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia, como mencionado nesta fala.

Eu acho que com o trabalho, na minha maneira de pensar, seria um trabalho que judiasse menos da pessoa que ocupasse menos da pessoa porque a gente tem um limite. E8

Atividades que exigem um esforço físico maior, como a limpeza doméstica, são consideradas pelas pessoas com DM como as atividades que podem sofrer um impacto maior em função desta condição crônica. Na fala a seguir, é possível observar como uma atividade pode ser dificultada em função do diabetes, o que resulta no aumento do tempo para a sua realização.

Se eu limpo uma casa eu fico um pouco cansada, dói as pernas, aí eu sento um pouco, levo o dia inteiro para limpar a casa. Por isto eu não pego mais serviço de faxineira, ninguém é obrigada a ver eu lá sentada sem ter o que fazer né, então tem este problema. E7

As pessoas com diabetes partilham os significados do ser trabalhador na sociedade contemporânea, o qual deve ser capaz de realizar diversas atividades ao mesmo tempo, sendo

versátil, rápido, com bom relacionamento com colegas e chefia, como pode ser observado na fala a seguir.

Mesmo eu, se eu chamar uma pessoa pra trabalhar e ela ficar lá sentada eu não vou gostar né, mesmo se eu entendo que ela tá com diabetes, pra mim não. Por isso que eu nem vou mais trabalhar. E7

Ao optar por permanecer no mercado de trabalho, a pessoa com diabetes desenvolve estratégias para manter-se produtiva e para que o empregador e colegas de trabalho não percebam o comprometimento em seu desempenho em função do DM, como relatados pelo entrevistado a seguir.

Agora atrapalhar, atrapalha. Você imagina medir sua glicemia tá 58, aí no outro dia você tem que trabalhar cedo, com qual vontade você vai trabalhar? A cabeça pesa! Aí com qual vontade, aplicação a pessoa vai trabalhar... Vamos dizer, a pessoa vai receber seu salário, aí vai medir deu 358, essa doença é complicado. E5

No contexto do trabalho o significado do DM é partilhado socialmente como sendo uma condição que compromete a produtividade e pode ter consequências importantes para a permanência da pessoa no trabalho.

A pessoa com diabetes, ao não revelar sua condição crônica no contexto do trabalho pode, ao apresentar sintomas como cansaço, sono, dores nas pernas e, conseqüentemente, diminuição em seu rendimento, bem como ter seu comportamento compreendido equivocadamente pelos colegas de trabalho e empregadores, o qual pode ser interpretada como preguiça e desmotivação para o trabalho. Na fala do entrevistado a seguir, observa-se que o diabetes interfere em seu desempenho como motorista de caminhão, porém o mesmo não revela a seu empregador que o cansaço e sono sentidos no decorrer das viagens ocorrem em função do diabetes.

De vez em quando eu falava que estava cansado, com sono... às vezes eles perguntavam pra mim porque tinha parado (refere-se a parar com o caminhão durante o percurso), eu falava que tinha parado, parado para poder urinar, jogar água na cabeça, parava na beira da estrada... Ah! Mas ninguém nunca falou nada comigo sobre isso. E9

As pessoas com diabetes identificam algumas atividades de trabalho podem ser comprometidas pelo diabetes descompensado. Atividades que envolvem o controle de máquinas pesadas e automóveis são consideradas como atividades que exigem que o trabalhador esteja capacitado e apresente condições de saúde para seu manuseio e controle. No caso do diabetes, quando não há um controle adequado, em decorrência da falta de uso do medicamento ou do não seguimento das orientações alimentares, a realização destas atividades pode colocar em risco a vida da pessoa e daquelas que com ela convive, como relatado na fala do entrevistado abaixo.

Porque determinado tipo de trabalho precisa de uma pessoa 100% apta. Por exemplo, para dirigir uma empilhadeira, ou para dirigir um caminhão, se for um diabético que não tomou um remédio pode ter uma hipoglicemia e colocar a vida das pessoas em risco. E6

A pessoa com DM não se percebe apta a realizar todos os tipos de atividades, podendo apresentar limitações em seu desempenho, principalmente em decorrência dos sintomas de hipoglicemia manifestados em seu cotidiano de trabalho. Diante da percepção das limitações para o trabalho, em função dos sintomas de DM descompensado a pessoa com diabetes sente o “incomodo decorrente dos sintomas do DM no trabalho”.

5.2.3.2.1 Incomodo decorrente dos sintomas do DM no trabalho.

A percepção da manifestação dos sintomas do DM no ambiente de trabalho, como suor, cansaço e confusão mental, é revelada pelas pessoas com DM com um sentimento de incomodo com os sintomas dessa doença. Os sintomas da hipoglicemia, além do desconforto físico, podem acarretar outros sentimentos ao serem percebidos pelos colegas de trabalho, como relata a entrevistada a seguir.

Por causa do suor, as pessoas ficam perguntando por que você tá suando desse jeito. “Nossa como você sua!” Eu respondi que é normal, que qualquer pessoa que está trabalhando transpira. “Nossa, mas você transpira demais!” Você via que a pessoa estava incomodada com o suor. E10

As pessoas com DM revelam que os episódios de hipoglicemia acontecem com certa frequência em sua rotina, compreendendo os mesmos como episódios de curta duração, sem maior consequência sobre a condição de saúde, como mostra a fala a seguir.

Assim, às vezes uma pequena hipoglicemia pode acontecer, porque quando eu me alimento depois de algumas horas eu sinto mais calor, mas depois passa. É como agora, eu almocei estou dando uma transpirada, mas depois isso passa. E3

De um modo geral, as pessoas com DM não demonstram preocupação com os sintomas da hipoglicemia, embora se sintam incomodadas com a percepção dos outros sobre os sintomas. Para os participantes os sintomas de glicemia alterada são compreendidos como algo pontual, que não acarretará maiores complicações. Soma-se a este fato, o aspecto da pessoa com DM manter sua condição crônica velada, o que pode vir a dificultar o atendimento frente a crises de hipoglicemia ou hiperglicemia que possam acarretar maiores consequências à pessoa com DM.

As pessoas com diabetes identificam que esta condição crônica, quando descompensada pode interferir na realização de seu trabalho e mostram-se incomodado quando os colegas percebem e questionam alguns comportamentos e sintomas relacionados ao diabetes. Além dos sintomas do DM, as pessoas com diabetes identificam também “implicações do uso do medicamento no trabalho”.

5.2.3.2.2 Implicações do uso do medicamento no trabalho

Além da hipoglicemia, o uso do medicamento é compreendido como um fator que pode interferir na realização do trabalho e na interação que a pessoa com DM estabelece com as pessoas neste contexto. Um dos medicamentos mais comumente prescritos às pessoas com diabetes é a metformina, um hipoglicemiante oral. O uso deste medicamento pelas pessoas com DM é mencionado como acompanhado de efeitos colaterais, como a diarreia. Este aspecto pode ser observado na fala deste entrevistado.

Eu tenho problema com o uso da medicação, eu tomo a metformina, que eu tomo me faz mal pra mim. A insulina acho que não tem problema não. E9

A utilização do medicamento, acompanhada de seus efeitos colaterais, é compreendida pela pessoa com diabetes como um aspecto que pode expor-lhe a situações constrangedoras no contexto do trabalho, como relatado na fala a seguir.

Eu sempre usei a metformina, no começo ela me desarranjava muito o estômago, ou seja, me dava muita diarreia, essa é uma contra indicação dela. Então tive dificuldade de adaptação a este medicamento, aí eu passei a usar a glibenclamida, esse tomo antes das refeições. Geralmente eu não janto, mas tomo um lanche, quer dizer eu tive que me adequar, a palavra foi essa adequar. E6

Este processo de adaptação ao uso da metformina precisa ser considerado pelo trabalhador com diabetes e orientado pelos profissionais de saúde, tendo em vista que após a adaptação a pessoa com DM não apresenta dificuldades em relação ao uso dos hipoglicemiantes orais. As pessoas com DM revelam que o uso do medicamento oral pode ser realizado em casa, sem a necessidade de utilizá-lo no trabalho, porém em relação ao uso de medicamento injetável, como a insulina, pode acarretar maior impacto no trabalho pela necessidade de transporte e armazenamento. A fala a seguir aponta a percepção do entrevistado sobre o uso de medicamento no trabalho.

Porque quem precisa aplicar insulina tem que lidar com injeção, o comprimido não, você toma em casa, chegou no serviço está tranquilo, você leva a vida normal, agora injeção não, você tem que deslocar, tem que armazenar. E5

O medicamento injetável, além de dispender cuidados relacionados ao transporte e armazenamento, é percebido pelas pessoas com DM como algo que não será compreendido pelos colegas de trabalho. Desta forma, sua aplicação é realizada em locais onde os colegas não possam observar, conforme revelado por esta entrevistada.

Nunca deixei ninguém ver, eu ia lá na sacada que tinha no trabalho, pegava aplicava, tomava os remédios. Nunca teve problema nenhum, eu nunca nem deixei que vissem, por que sabe dá uma faladinha, não quer entender, é tudo ignorante as pessoas. E10

Dentre os entrevistados, alguns destacaram que o “Diabetes controlado não tem implicações para o trabalho”, que será apresentado a seguir.

5.2.3.3 Diabetes controlado não tem implicações para o trabalho.

Dentre os entrevistados, alguns revelam que o DM quando controlado não acarreta implicações para o trabalho, como se observa na fala abaixo.

Não, não interfere não. Se a pessoa se alimentar direitinho, fizer as coisas certinho, ninguém nota que tem diabetes, muita gente que nem sabe que eu tenho, então acho que tudo, porque o diabetes, o importante é a alimentação, o lazer no final de semana. E2

O bom controle do DM possibilita que a pessoa mantenha-se produtiva, desempenhando suas atividades. Porém, para a manutenção de um bom controle do DM e, conseqüentemente, a manutenção do trabalho, o sujeito precisa conciliar as ações de autocuidado como alimentação adequada, atividade física regular com sua rotina de trabalho. Diante deste contexto, o trabalhador com diabetes “busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes”.

5.2.4 Busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes.

Esta categoria e suas subcategorias representam a forma como as pessoas lidam com o ser trabalhador com DM, que é orientada pelos significados atribuídos ao DM, pelos significados atribuídos ao trabalho e pelas experiências e interações decorrentes do descobrir-se trabalhador com diabetes. Este processo orienta a revisão da identidade de trabalhador, agora com uma condição crônica, que solicita cuidados que precisam ser conciliados com a rotina de trabalho e muitas vezes realizados no ambiente de trabalho.

Em aprender a conviver com o diabetes mellitus, a pessoa com esta condição crônica realiza ajustes nas orientações recebidas dos profissionais de saúde, e não realiza mudanças substanciais em sua rotina. Esta forma de lidar com as ações de autocuidado pode ser observada também no ambiente de trabalho, no qual a pessoa ajusta-se ao ser trabalhador com diabetes, que envolver a identificação de mudanças no trabalho que não interfiram em seu ambiente e em sua forma de organização. Diante disto, a maioria dos trabalhadores com diabetes ajustam as orientações a sua realidade de trabalho, de forma a não ser percebido

como diferente, ou realizando ações que os diferencie de seu colega de trabalho, ou ainda do que é esperado pela empresa ou empregadores.

As pessoas com diabetes entrevistadas ao avaliarem as ações e suas formas de lidar com a condição crônica no ambiente de trabalho identificam algumas estratégias que poderiam ser desenvolvidas neste contexto e que auxiliariam no desenvolvimento de um suporte para a pessoa com DM no ambiente de trabalho. O diagrama apresenta a categoria e as subcategorias relacionadas ao ser trabalhador com diabetes, representativas das ações e interações estabelecidas frente às condições contextuais.

Diagrama 4: Busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes

5.2.4.1 Aprender a conviver com o diabetes *mellitus*

A necessidade de mudar hábitos representa um desafio na vida das pessoas com diabetes. Diante desta necessidade, as pessoas com DM ajustam-se às necessidades impostas pela doença, em um processo no qual as pessoas com diabetes percebem a necessidade de aprender a conviver com o diabetes.

Eu acho que assim... é uma doença chata que a gente tem que aprender a conviver por que não te acarreta prejuízo nenhum no momento, você não passa mal (...) E11

Aprender a conviver com a doença envolve diferentes formas de enfrentamento, que podem resultar em um processo de autogestão positiva, na qual a pessoa com DM realiza escolhas que beneficiam seu processo de autocuidado, como se observa na fala do entrevistado abaixo.

A gente tenta seguir orientação médica de diminuição de doces, e fazer alimentação mais próxima de duas horas e meia, três horas. Além das três principais refeições, fazer um pequeno lanche. Assim, as complicações eu não tenho tido, porém eu só tenho mantido medicação e feito controle de exames de sangue. E3

As pessoas com diabetes, ao receberem a orientação do profissional de saúde, iniciam um processo de interpretação e ajuste das orientações a sua realidade, desejos, necessidades, conforme sua lógica e entendimento. Entretanto, tal fato nem sempre resulta em processo de autogestão positiva, conforme pode ser observado na fala deste entrevistado.

Hoje eu trouxe um bolo, aí fico até as seis, depois chego em casa sento belisco, como alguma coisa, deito e descanso até as dez horas, mas não é diário, tem dia que come tem dia que não come. Para emagrecer, não pode comer muito também. E4

Eu acho que hoje eu já aprendi a conviver com o diabetes, por exemplo, eu gostava muito de doce, então para mim foi uma dificuldade muito grande, eu gosto muito de refrigerante e, aí eu tenho dificuldades, assim nesse sentido entendeu? Mas eu procuro comer fruta, evito comer outras coisas, por exemplo, massas, pão. Eu evito comer estas coisas para poder tomar refrigerante, então eu vou fazendo uma troca comigo mesmo entendeu? E11

Conhecer como a pessoa com diabetes incorpora em seu cotidiano as ações de autocuidado, bem como suas dificuldades para seguir as orientações, pode auxiliar os profissionais de saúde na realização de orientações pautadas pela realidade de cada pessoa, o que pode favorecer na adesão ao plano de tratamento. O relato abaixo mostra como a pessoa com DM ajusta as orientações em relação ao autocuidado a sua realidade de vida.

Não foi logo que comecei a trabalhar que tive o diabetes, foi no começo, foi no primeiro ano de faculdade. Porque eu acho que agora eu consegui aprender a lidar com esta coisa de ficar muito tempo sem comer, mas no começo não, foi mais difícil à adaptação. E11

As pessoas com diabetes ajustam as necessidades impostas pela condição crônica a sua realidade, não realizando mudanças substanciais em sua rotina, como modificar a rotina de trabalho para inserir pausas para o lanche, ou inserir a prática da atividade física. A pessoa com diabetes aprende a conhecer os limites do seu corpo e a conviver com os episódios de glicemia descompensados, atenuando seus efeitos e consequências. Isto ocorre,

principalmente, quando a pessoa está inserida no mercado de trabalho e precisa responder as exigências e ao modo de organização imposto pelo trabalho, neste contexto a pessoa percebe a necessidade de “adaptação ao ser trabalhador com diabetes”

5.2.4.2 Adaptação ao ser trabalhador com diabetes

A pessoa com diabetes, ao optar por não revelar o DM no contexto do trabalho, realiza um processo de ajuste das necessidades de autocuidado a sua rotina de trabalho. Os ajustes realizados irão depender de diversos fatores, como as condições de trabalho oferecidas pela empresa, a rotina e tipo de atividade desenvolvida, a relação estabelecida com colegas de trabalho e empregadores, os significados e as experiências atribuídos ao conviver com a condição crônica, pela pessoa com diabetes.

A realização do autocuidado das pessoas com diabetes em idade produtiva solicita uma maior organização para que a pessoa consiga conciliar o autocuidado com o trabalho, como pode ser observado no relato do entrevistado a seguir.

O diabético precisa se organizar. Ele se organizando dentro da empresa, vai trazer a diretoria para o lado dele. E5

O diabetes não é uma condição crônica que impõe limitações ao desempenho do trabalho. Tais limitações surgem em decorrência do diabetes descompensado e da manifestação dos sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia. Neste contexto, a adesão às ações de autocuidado possibilita o controle da glicemia e, conseqüentemente, a manutenção do desempenho do trabalhador com diabetes. Porém, as condições necessárias para realizar as ações de autocuidado pelo trabalhador nem sempre estão disponíveis no contexto do trabalho, o que resulta na adaptação das ações de autocuidado, como mencionado por este entrevistado.

A rotina de trabalho não interferia não, geralmente eu carregava, uma fruta, carregava uma comida, não tinha problema. Eu almoçava, às vezes deixava um outro restinho pra comer mais tarde, às vezes comia uma fruta, chupava uma laranja e ia vivendo assim. E9

A falta de condições adequadas para a realização do autocuidado no contexto do trabalho pode favorecer o trabalhador a não aderir às orientações alimentares e de prática de atividade física, restringindo-se ao tratamento medicamentoso. Na entrevista a seguir, observa-se que, em função de sua rotina de trabalho e estudo, o trabalhador em questão não consegue inserir outras ações de saúde, além do cuidado medicamentoso.

Tomado os remédios, tem sido praticamente medicamentoso e tenho feito a dieta... é o que eu tenho feito. E11

As alterações no contexto e rotina de trabalho foram apresentadas por apenas um dos entrevistados, que se encontrava afastado do trabalho em função das complicações decorrentes do diabetes, como se observa em seu relato, destacado a seguir.

Por causa do diabete tive que fazer mais pausas no trabalho, tanto que eu entrava às 7 e saía às 11, e depois eu entrava às 15 horas e saía às 19 horas. Então teve que mudar, assim quando dava aquele pico do diabetes, que dá aquela coisa, aquela agonia, eu estava em casa, eu estava descansando. E10

Deste modo, percebe-se que as pessoas com DM ajustam-se ao ser trabalhador com DM não realizando mudanças efetivas em seu contexto e condições de trabalho. Assim, a vivência do DM no contexto do trabalho é experimentada como algo restrito a pessoa com DM, não sendo partilhada com empregadores e colegas de trabalho.

A reflexão sobre os ajustes nas ações de autocuidado de forma a favorecer a realização do trabalho, possibilitou a reflexão sobre “estratégias que favorecem o autocuidado no trabalho”.

5.2.4.3 Estratégias que favorecem o autocuidado no trabalho

As pessoas com DM, ao revelarem as experiências relacionadas ao DM no trabalho, inserem-se em um processo de rever o impacto desta condição nas relações de trabalho, e das implicações deste contexto para o autocuidado. Neste processo, redimensionam as crises de hipo e hiperglicemia e identificam a importância do apoio no local de trabalho para socorrer a

pessoa DM em crise. A entrevistada a seguir apresenta a importância do suporte dos colegas no contexto do trabalho.

Me ajudou bastante, já fui direto para o pronto atendimento, já punccionou a veia já fez a glicose na hora... foi muito bem... o apoio dos colegas foi muito bom. Porque se eu não trabalhasse em um posto de saúde eu acredito que seria mais difícil socorrer. Porque nem toda pessoa vai saber identificar, se o outro não souber ele não vai saber te ajudar. A gente que é diabético precisa saber reconhecer. E11

Eu acho que sim, é muito importante, os colegas, a chefia saibam que você tem diabetes, para saber o que fazer na hora, principalmente na crise de hipoglicemia, que é o mais difícil de lidar, tem que se organizar para ter pelo menos o primeiro atendimento, o primeiro socorro que seria alguma coisa doce. Os colegas precisam saber identificar. E11

A informação sobre o diabetes é compreendida pelas pessoas com DM como um facilitador nos momentos de crise. Além disto, algumas pessoas com diabetes compreendem que a informação sobre a condição crônica pode favorecer no processo de permanência da pessoa com DM, pois a mesma terá as condições adequadas para realizar o autocuidado, sem comprometer a realização do trabalho, como revelado na fala abaixo.

É isso que vai deixar os empresários mais tranquilos, porque a pessoa tendo informação e sendo seguida não vai faltar ao trabalho. Resolve o problema. Agora se você perguntar se o patrão vai ficar contente que resolveu o problema, vai, porque ele vai resolver o problema da empresa também. E5

Eu acho que tinha que fazer palestras nas indústrias... ou então colocar cartaz, alguma coisa que orientasse. E2

A informação sobre o diabetes é considerada como estratégia para orientar colegas de trabalho e empregadores em relação a esta condição crônica, que além de transmitir informação também possibilita uma intervenção preventiva na empresa, ao identificar os casos precoces de diabetes.

As ações de informação sobre o diabetes ainda não ocorrem no interior da empresa, permanecendo a pessoa com DM em um processo de ajustar-se ao trabalho. A falta de condições adequadas para a realização do autocuidado pode acarretar implicações ao

desempenho do trabalhador, bem como nas ações de autocuidado. Diante desta situação, a pessoa com diabetes percebe-se “dificuldades para manter-se no trabalho”.

5.2.5 Dificuldades para manter-se no trabalho.

O diabetes, ao manifestar-se na pessoa em idade produtiva, pode vir a comprometer seu desempenho, principalmente quando a pessoa com DM não realiza o autocontrole de sua condição e quando o contexto de trabalho não apresenta as condições adequadas para a sua realização.

Como o diabetes não é revelado no contexto do trabalho à manifestação dos sintomas decorrentes de hipoglicemia e hiperglicemia, pode ser compreendido de forma equivocada pelos empregadores e colegas de trabalho. Este aspecto dificulta também na adaptação das condições de trabalho para as necessidades do trabalhador com diabetes em relação ao seu autocuidado, o que resulta na necessidade do trabalhador em ajustar as ações de autocuidado às condições oferecidas pelo contexto do trabalho, o que nem sempre possibilita o seguimento adequado das orientações.

Diante desta realidade, a pessoa com DM pode apresentar dificuldades em manter-se no trabalho, ou ainda ter sua contratação prejudicada em função da idade e da condição crônica, uma vez que a pessoa com DM, ao manifestar a condição crônica, encontra-se com idade entre 40 a 50 anos e, portanto, inserido no mercado de trabalho. No diagrama abaixo são apresentadas as subcategorias relacionadas ao fenômeno “Com dificuldades para manter-se no trabalho”, relacionadas às consequências do fenômeno em estudo.

Diagrama 5: Dificuldades para manter-se no trabalho.

5.2.5.1 Desconhecimento do DM por empregadores e colegas de trabalho

A pessoa com DM sente-se prejudicada pelo desconhecimento do empregador e dos colegas de trabalho em relação a sua condição crônica, o que pode acarretar interpretações equivocadas sobre o seu desempenho e suas necessidades no ambiente de trabalho. A fala a seguir mostra o desconforto da entrevistada em relação à percepção dos colegas sobre a sua necessidade de parar para fazer o lanche.

Eu parava de três em três horas pra comer e eles falavam: você para toda hora pra comer. Fulano não para pra fumar? Porque eu não posso parar pra comer, eu tomo remédio se eu não parar pra comer eu passo mal né, porque eu tomo remédio eu tenho que comer né.
E10

Esta entrevistada compara a necessidade da pausa para alimentar-se com a pausa para fazer uso do cigarro. Pode-se refletir que a necessidade de pausa para o uso do cigarro é conhecida e justificada pela necessidade que o vício impõe ao sujeito. No entanto, a necessidade de pausa para a refeição em função do diabetes pode não ser conhecida pelo empregador e pelos colegas de trabalho, em decorrência do desconhecimento do diagnóstico do trabalhador com DM e/ou pela falta de informação sobre esta condição crônica.

Embora seja uma escolha da pessoa com DM relatar ao empregador a sua condição, a não revelação pode acarretar, de acordo com a percepção das pessoas com DM, uma interpretação equivocada por parte do empregador em relação ao desempenho do trabalhador com DM, conforme identificado no relato abaixo.

A chefia pode não entender, ontem ele estava trabalhando bem, hoje ele tá cansado, não tá rendendo. Se a glicemia estiver mais alta é algo que pode acontecer, não é? E5
Ali tem dia que você não tá bem, se você está no trabalho quem vai entender? E8

A pessoa com DM opta por não revelar ao empregador o DM por compreender que é um direito seu não revelar, ou ainda porque considera que o DM não interfere em seu desempenho, desconsiderando o comprometimento de seu rendimento por sintomas de hipoglicemia. Porém, há também o receio em ser compreendido pelo empregador como um trabalhador com menor produtividade, como relatado a seguir.

Que você é doente. Que você talvez por ter isso você não renderia o que talvez uma pessoa normal renderia, mas isso é errado né, isso aí você vai tá admitindo que o mundo acabou e não é assim. Eu acho que tem coisas de fato que podem ser, hoje graças a Deus eu tenho uma cabeça muito boa. No início não foi fácil não, principalmente neste aspecto, trabalho, você ter que tá... Eu não faço serviço braçal imagina diabetes com serviço braçal não deve ser fácil, né. Eu acho que deve ter algum empecilho em algum momento na fase laboral da pessoa, principalmente quem trabalha manipulando coisas né, um desgaste físico maior. Alguns patrões que eu tive se ressentiram disso, mas nunca foi falado não diretamente para mim, sempre foi velado, mas eu sou honesto comigo mesmo. E6

No contexto do trabalho, a falta de informação sobre o diabetes pode resultar na dificuldade de se criar espaços que viabilizem o autocuidado.

A pessoa diabética não pode ficar comendo massa, batata, muita mandioca, então as pessoas ficavam perguntando por que eu não comia as coisas. Falava que era frescura. “Ah! Isto aí é frescuriti”. Ninguém sabe o que é esta doença, a pessoa começa a perceber depois que caiu na pele dele. Meu irmão, o diabetes dele foi para 400, o chefe dele disse que era frescuriti... agora o chefe dele foi internado com o diabetes a 1000 e ele entrou em coma. Meu irmão foi mandado embora do emprego por causa do diabetes. E10

A falta da informação sobre o diabetes pode acarretar situações de discriminação no trabalho, o que pode dificultar a inserção da pessoa com DM em idade produtiva, como mostra o relato do entrevistado a seguir.

Não, é fumante? Não. Tem algum problema de saúde? Diabético e Hipertenso. É porque se for fazer o exame vai dar, então a verdade sempre tem que ser dita. Agora alguns lugares eu tive obstáculos né, mas isso aí vai lidando, de empresa para empresa, de patrão para patrão. Algumas pessoas discriminam outras não, mas às vezes discriminar é por não conhecer direito e só saber de complicações de pessoas que não se cuidaram. E6

Na interação simbólica entre pessoa com diabetes e empregador, o significado do diabetes é partilhado como uma condição crônica que impõe limitações ao trabalho, o que pode resultar na redução de oportunidades de trabalho para a pessoa com diabetes. O relato a seguir apresenta esta percepção, porém acrescenta que a pessoa com diabetes que segue

adequadamente as ações de autocuidado não apresenta comprometimento em seu desempenho produtivo.

Se controlar, vive muito bem. Pratica esporte, tem uma vida normal em todos os sentidos, desde que você siga a orientação. Agora vai explicar isso para o empresariado brasileiro, que 90% é tudo comerciante, são especuladores. É igual a mulher na empresa: eles acham que vai dar prejuízo, que gravidez é doença, que vai dar despesa pra eles. Vai por esse motivo porque diabético bem tratado não atrapalha ninguém nem no trabalho nem nada.
E5

O diabetes controlado não apresenta consequências para a realização do trabalho, porém para que o controle adequado seja realizado é preciso criar as condições adequadas no contexto de trabalho e na rotina do trabalhador. Neste sentido, a ausência de condições adequadas no trabalho para a realização do autocuidado pode dificultar a permanência da pessoa com DM no trabalho em função de diversos fatores: a compreensão equivocada do comportamento do trabalhador com diabetes por parte dos colegas de trabalho e empregadores, a ausência de condições adequadas para a realização do autocuidado, bem como o desenvolvimento de complicações crônicas decorrentes da não realização das ações de autocuidado necessárias ao controle do DM. Estes aspectos podem acarretar a saída precoce da pessoa com DM do mercado de trabalho, como será apresentado a seguir na subcategoria o “diabetes *mellitus* como aspecto que antecipa a aposentadoria”.

5.2.5.2 Diabetes *mellitus* como aspecto que antecipa a aposentadoria

O desconhecimento do empregador e a interpretação equivocada do desempenho da pessoa com DM no trabalho pode trazer impacto em sua permanência no trabalho, podendo conduzir o trabalhador com DM a antecipar a aposentadoria, como mostra a fala a seguir.

É que eu não aguentei trabalhar, começou complicar por causa da doença, eu não aguentava mais. Se eu me aposentasse agora até que eu aposentaria melhor, mas eu não estava mais aguentando. E8

A decisão por sair do mercado de trabalho e aposentar-se pode decorrer da soma de fatores relacionados aos sintomas do DM, como cansaço, confusão mental, que fazem com que a pessoa não se sinta com as condições necessárias para a realização de seu trabalho.

A decisão por sair do mercado de trabalho pode ser acarretada também pela falta de condições da empresa para a permanência do trabalhador. A fala abaixo mostra a dificuldade da empresa em reconhecer os atestados e afastamento da pessoa com diabetes, culminando em uma situação na qual a trabalhadora compreende como incompatível para a continuidade do trabalho.

Complicou tanto que não vejo mais de voltar a trabalhar do jeito que ficou o problema... porque ficou assim... eles estavam achando que eu tinha falsificado os atestados ... E10

A aposentadoria pode vir em decorrência da redução de oportunidades de trabalho, como consequência do trabalhador com diabetes apresentar idade entre 40 a 50 anos, que em geral não apresenta boa contratação pelas empresas.

Era mais o sono eu já tava com vontade de parar mesmo, aí ele me mandou embora, aí eu ia parar mesmo assim. Não era só eu que era diabético lá, tinha mais gente, entrou lá e já tinha diabetes, eu não comecei com diabetes lá né, tinha gente que entrou lá e já tinha diabetes e nunca falou. E9

A experiência de ser trabalhador com diabetes é avaliado continuamente pelas pessoas com DM em sua interação social com colegas de trabalho, empregadores e profissionais de saúde e consigo mesmo. Os significados atribuídos a estas experiências e decorrentes do processo de interação simbólica orientam as ações subsequentes que serão novamente analisadas pelos indivíduos em interação com outros sujeitos.

5.3 A percepção dos profissionais de saúde sobre o ser trabalhador com diabetes

Para os profissionais de saúde a temática do diabetes *mellitus* e trabalho mostrou-se velada, por não ser uma temática enfatizada, ou mesmo abordada, em suas ações junto às pessoas com diabetes, sendo ressaltada a relevância da pesquisa por alguns entrevistados.

A entrevista mobilizou os profissionais de saúde em um processo de resgate das interações e experiências com pessoas com diabetes em idade produtiva que apresentavam dificuldades em conciliar as ações de autocuidado com o diabetes com o cotidiano de trabalho. O resgate destas experiências possibilitou a elaboração da experiência de ser trabalhador com diabetes na perspectiva dos profissionais de saúde e a compreensão de como os significados atribuídos ao diabetes e ao trabalho orientam as ações do profissional de saúde na atenção a pessoa com esta condição crônica.

Os profissionais de saúde compreendem que o trabalho impõe uma rotina ao trabalhador com diabetes, que pode vir a dificultar o autocuidado de sua condição crônica, assim como o diabetes quando descompensado pode vir a dificultar o desempenho do trabalho. Embora estes profissionais reconheçam a relevância de intervir nas condições de trabalho para favorecer o autocuidado da pessoa com diabetes que trabalha, compreendem que o serviço de saúde, dentro de um modelo de atenção médico-centrado e com ênfase nos sintomas, dificulta o seguimento da pessoa com condição crônica, principalmente daquelas que trabalham.

Em virtude deste modelo de atenção a saúde, os profissionais de saúde avaliam que os aspectos relacionados à dificuldade de conciliar as ações de autocuidado com o cotidiano do trabalho serão abordados quando apresentados pela pessoa com diabetes como queixa, tendo em vista que a demanda existente no serviço de saúde não permite que o profissional se atente a este aspecto com toda a clientela atendida. As pessoas com diabetes ao apresentarem dificuldades em conciliar o autocuidado com o trabalho são orientadas pelos profissionais de saúde a ajustar o autocuidado ao contexto e condições de trabalho, porém estes profissionais consideram que adequações na rotina e contexto de trabalho poderiam viabilizar melhores condições para o autocuidado da pessoa com diabetes.

A atenção à saúde da pessoa com condição crônica em idade produtiva pode ser prejudica também em função do modo de organização das unidades de saúde, cujo horário de atendimento, coincide com o horário de trabalho de grande parcela da população. Desta forma, muitas pessoas com DM para realizarem o seguimento de sua condição crônica

necessitam ausentar-se do trabalho para a frequência nas consultas periódicas, o que pode não ser compatível com seu trabalho, ou ainda, compreendido pelo empregador. Os profissionais de saúde compreendem que estes fatores resultam na busca crescente das pessoas com diabetes pelos serviços de pronto atendimento, cujas consequências são o desconhecimento da real demanda das pessoas com diabetes, principalmente daquelas inseridas no mercado de trabalho.

A percepção da existência desta demanda somada às condições de trabalho oferecidas pelos serviços de saúde aos profissionais que nele atuam, geram o sentimento de impotência para intervir nas necessidades da pessoa com diabetes que trabalha, bem como no contexto do trabalho. Outro aspecto que reforça esta percepção é o fato de que os profissionais de saúde não se consideram instrumentalizados para atuarem no contexto de trabalho, tanto em função da inexistência de políticas públicas que garantam o direito da pessoa com diabetes realizar acomodações necessárias na organização e ambiente de trabalho, quanto em função de sua formação acadêmica não subsidiar sua intervenção neste contexto.

5.3.1 Atenção à saúde na rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva

Os profissionais de saúde identificam que as ações em saúde são centradas nos sintomas, ocorrendo de forma episódica e reativa, orientadas pelo modelo de atenção tradicional e pela demanda presente nos serviços de saúde, que abrangem as demandas agudas e infecciosas que convivem com a demanda crescente das condições crônicas. Neste contexto, os profissionais de saúde percebem-se divididos entre as demandas agudas e crônicas.

No contexto do sistema de saúde, a interação entre profissional de saúde e pessoas com diabetes é orientada pelos significados atribuídos por ambos a atenção em saúde. Nesta interação o profissional de saúde desenvolve ações técnicas e prescritivas que correspondem à queixa da pessoa com diabetes, a qual, por sua vez é centrada nos aspectos biológicos. Os profissionais de saúde percebem-se realizando uma atenção superficial a pessoa com diabetes, comprometendo a atenção integral e humanizada, que resulta no desconhecimento da demanda da pessoa com diabetes em idade produtiva.

O diagrama abaixo expressa a interação entre as categorias e subcategorias que representam as condições causais e intervenientes relacionadas à categoria.

Diagrama 6: Atenção à saúde da pessoa com diabetes em idade produtiva

5.3.1.1 Atenção à saúde dividida entre as demandas de condições agudas e crônicas

Na percepção dos profissionais de saúde o diabetes mellitus é uma condição crônica de elevada prevalência em nosso país, e em face desta realidade possui um conjunto de programas e diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde, que visam orientar a atenção realizada pelos serviços de saúde. Porém, os profissionais de saúde identificam que as condições crônicas não são prioridade nas ações realizadas por estes serviços, como pode ser observada na fala a seguir:

Priorizamos outros programas de saúde, que estavam numa posição mais crítica, como por exemplo, o programa DST/AIDS. Além disto, a gestão do atendimento, porque era muita reclamação do atendimento, eram filas longas, pacientes que não eram escutados, então a gente que organizou e reformou a estrutura para propiciar melhor recepção deste paciente, junto com a direção, com a farmácia, fomos articulando as coisas para qualificar este atendimento. Então durante dois anos os diabéticos ficaram de lado. Depois deste período quando já estava tudo mais ou menos organizado, nos reestabelecemos, refizemos a nossa programação de metas e o programa de diabetes ele era prioridade um. PS5

Pode-se apreender que os profissionais de saúde necessitam responder a um conjunto de demandas, não somente relacionadas diretamente às necessidades de saúde da população, mas também às políticas e prioridades definidas pelo Ministério da Saúde e pela própria organização e gestão interna do serviço, que por sua vez responde às diretrizes do referido ministério.

Embora a necessidade de ações em saúde que atendam as especificidades das condições crônicas seja reconhecida pelos profissionais de saúde e expressa em documentos oficiais e políticas públicas, estas ações são significadas pelos profissionais de saúde como pouco valorizadas, como se observa na fala da entrevistada a seguir.

Então a gente sabe que na verdade a doença crônica no nosso país ainda ela é muito pouco valorizada. PS3

A pouca valorização atribuída à condição crônica pode estar associada ao fato de ser uma doença com evolução silenciosa, que pode ser administrada pelo sujeito e, cujo impacto decorrente das complicações crônicas, ser compreendido como algo que ocorrerá em longo prazo e, que portanto, pode esperar, priorizando-se as intervenções em condições de saúde agudas e infecciosas que necessitam ser controladas.

Esta desvalorização atribuída à condição crônica é percebida pelos profissionais de saúde como ocorrendo também no âmbito da gestão dos serviços de saúde, que embora orientados pelas políticas públicas a intervir nas condições crônicas, não sentem o incentivo e as condições necessárias à concretização destas ações. Como pode ser observado na fala do entrevistado a seguir.

A gente sabe que o Ministério da Saúde tem como pano de fundo a questão do custo, mas este ministério fez todo um movimento inclusive de fazer a vigilância, a notificação das doenças crônicas e, que isto não avançou. Se não avançou aqui no sudeste que fará lá no nordeste, no norte do país, então nós não notificamos as doenças crônicas, isto é um atraso em termos de vigilância, porque hoje nós não temos a dimensão do problema”. PS1

Embora os profissionais de saúde reconheçam a relevância dos sistemas de notificação criados pelo Ministério da Saúde eles identificam dificuldades para realizarem a notificação, mesmo em regiões do Brasil onde há maiores subsídios e recursos humanos, financeiros e físicos. Na fala abaixo a entrevistada faz uma reflexão sobre o Sistema Informatizado de

cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos denominado Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA.

Então o Ministério da Saúde começou com o Hiperdia, que no início ele era atrelado à distribuição do medicamento e depois passou a ser uma estratégia. Mas as unidades de saúde pouco registravam no Hiperdia, então a gente se depara com uma subnotificação, até por isto que o ministério da saúde tirou o Hiperdia como uma estratégia associada a liberação de medicação, porque era tudo subnotificado. Hoje eu não sei nem em que pé que está este Hiperdia, porque aqui eu tenho certeza que não vem sendo feito. No município, também não tinha pernas pra alimentar o banco de dados para poder passar para o ministério, porque não tinha funcionário para fazer este trabalho. Foi uma serie de questões que foi desencadeando para o que é hoje, que eu considero um caos. PS3

A existência de políticas públicas orientadas para prover a criação de serviços de saúde que possam realizar o seguimento adequado das condições crônicas, como o fortalecimento da atenção básica, não se efetiva nos municípios. Este aspecto é observado pelos profissionais de saúde ao identificar que o município prioriza a criação de unidades de pronto atendimento. O relato a seguir evidencia esta situação.

Aliás eu faço a pergunta: Qual é o foco do recurso político? Porque eu vejo aí um incremento cada vez maior das unidades de pronto atendimento, das UPAS, em detrimento da atenção básica. Então estas UPAS, vão lotar de hipertensos e diabéticos. PS1

A atenção à saúde centrada nos aspectos biológicos, na queixa pontual e norteadas pela abordagem das condições agudas reflete na busca das pessoas com DM pelo serviço de saúde, principalmente nos serviços de pronto atendimento como mostra a seguir o relato de um entrevistado.

A população que chegava no pronto atendimento chegava com uma glicemia muito descompensada e eu comecei a fazer um estranhamento. Porque que aquele paciente procurava o pronto atendimento naquelas condições? Uma hiperglicemia ou as vezes uma hipoglicemia? Então fiz um levantamento, um estudo, e eu pude detectar que na população de pronto atendimento o diabetes era o segundo agravo que mais procurava. PS3

A elevada procura das pessoas com DM pelos serviços de pronto atendimento em detrimento daqueles que oferecem um seguimento longitudinal e humanizado, pode estar relacionado a um conjunto de fatores. Encontra-se a não diferenciação pelas pessoas com diabetes da atenção realizada entre os diferentes serviços, ou ainda pelos serviços de atenção básica e secundária não apresentarem as condições adequadas, como oferta de vagas, e horários de atendimento ampliados, para que possam realizar o seguimento nestes níveis de atenção. Além da organização dos serviços de saúde observa-se que o modelo de atenção à saúde pode comprometer a atenção prestada à pessoa com diabetes, como será apresentado em “avaliação do modelo de atenção à saúde e as implicações para o seguimento da pessoa com diabetes”.

5.3.1.2 Avaliação do modelo de atenção à saúde e as implicações para o seguimento da pessoa com diabetes

O profissional de saúde identifica que o modo como o serviço de saúde está organizado reflete na adesão das pessoas com diabetes e na qualidade da intervenção, como observado na fala a seguir:

Eu marco, eu agendo a consulta, este paciente vem eu foco em cima da queixa apresentada no momento da consulta, eu não sigo o protocolo, eu não faço o seguimento como deveria ser feito né. PS3

O enfoque da intervenção na queixa apresentada pela pessoa com diabetes resulta em uma intervenção centrada nos eventos agudos e àqueles decorrentes dos sintomas das condições crônicas e não possibilita uma atenção abrangente e seguimento longitudinal da pessoa com diabetes. O uso de protocolos de atendimento possibilita ao profissional de saúde um guia de intervenção com os aspectos a serem contemplados nos atendimentos Além disto, é preciso que o profissional de saúde considere outros determinantes do processo de saúde-doença, como os aspectos sociais, econômicos, culturais. A fala a seguir apresenta a percepção do profissional sobre o seguimento realizado a pessoa com diabetes.

O diabetes hoje na minha concepção eu acho que ele não tem um seguimento na rede de atenção a saúde como deveria, se a gente for olhar o prontuário, se realmente a gente seguisse o protocolo, nós não teríamos esta situação em que a gente encontra os pacientes. PS5

Para os profissionais de saúde o modelo de atenção vigente na rede de serviços de saúde não possibilita o seguimento adequado da pessoa com diabetes, o qual precisa ser reorganizado, para que seja possível realizar o rastreamento das pessoas com diabetes, a utilização de protocolos clínicos e a orientação adequada por profissionais de saúde capacitados. A falta de adequação dos serviços e da atenção em saúde tem como consequência a baixa adesão das pessoas com diabetes aos serviços e às orientações realizadas, como se observa na fala da profissional abaixo.

Infelizmente detectamos que era a qualificação do atendimento na rede mesmo, que estes pacientes eles passavam mensalmente nas consultas médicas, mas que isto não implicava numa boa assistência. Eles procuravam o serviço, eles passavam no médico, era o modelo assistencial medico centrado, passavam a cada dois três meses no médico, conforme o agendamento. Então eles tinham esta oportunidade só que de alguma forma eles não aderiam ao tratamento. PS3

Os profissionais de saúde realizam a atenção à pessoa com diabetes com base em sua área de conhecimento e não articulam a intervenção com os demais serviços oferecidos, como os grupos de educação em diabetes. Esta ação reforça a intervenção centrada nos aspectos biológicos, como apresenta as falas a seguir.

O que a gente observa é que é um trabalho que ainda continua muito fragmentado, o médico de um lado, e o médico sabendo que tem o grupo não encaminha. PS5

A gente fala tanto em modelo assistencial, a gente ainda tá no modelo centrado no médico, porque se a gente for ver poderia trabalhar em equipe, como por exemplo, com a fisioterapia, porque se a gente for ver provavelmente este paciente ficará com sequelas, perderá a sensibilidade nos pés. Acredito que poderia ser mais integrado, mas é difícil a gente não consegue. PS1

A atenção em saúde é percebida pelo profissional de saúde como não qualificada para atender as demandas das condições crônicas, o que reflete na forma como a pessoa com DM utiliza os serviços de saúde e na sua adesão às orientações realizadas. A ação em saúde, realizada na interação entre pessoas com condições crônicas e profissionais de saúde deve envolver avaliações sistemáticas e individualização do cuidado, considerando as necessidades e valores da pessoa. Nesta interação a condição crônica deixa de ser o foco da atenção e a pessoa assume o papel central no processo de cuidado.

Os profissionais de saúde, embora reconheçam a necessidade de reorganizar a atenção para atender as especificidades da condição crônica, realizam as ações em saúde com base na organização do sistema de saúde no qual se inserem, internalizando os significados atribuídos às condições crônicas, os quais permeiam as ações desenvolvidas. A fala abaixo apresenta a percepção do profissional de saúde sobre a atenção realizada.

Aqui enquanto profissional eu faço orientação que é permitida pela demanda do serviço, porque a gente fica na sala de pós consulta onde a gente explica, orienta, mas o tempo é curto, não dá pra fazer todas as orientações que você gostaria e, às vezes, o paciente quando chega se ele tem alguma dúvida dá pra você esclarecer melhor se ele não tem nenhuma dúvida não dá pra você ficar conversando muito pela demanda do serviço. PS8

O modelo de assistência e modo organização da atenção à saúde tem implicações diretas na formação de vínculo com os profissionais da saúde, bem como na adesão às orientações realizadas por estes profissionais. Ao considerar a situação da pessoa em idade produtiva os profissionais de saúde salientam o “acesso limitado do trabalhador com diabetes ao serviço de saúde”.

5.3.1.2.1 Acesso limitado do trabalhador com diabetes ao serviço de saúde

Os profissionais de saúde compreendem que, em função da limitação dos horários de atendimento das unidades básicas e dos serviços especializados de atenção em diabetes, as pessoas com esta condição crônica e que trabalham, necessitam recorrer aos serviços de pronto-atendimento. A dificuldade no seguimento do diabetes pode acarretar o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas, com impacto direto nas habilidades e no

desempenho do trabalhador. Na fala deste profissional de saúde destacam-se os questionamentos por ele realizados ao acesso da pessoa com DM em idade produtiva e a busca pelos serviços de pronto-atendimento.

Será que é porque são pessoas que não, que encontraram de alguma forma, as portas fechadas nas unidades básicas e estão agora procurando o pronto atendimento? Será que é porque as unidades estavam com as agendas formatadas e de alguma forma eles estão perdidos na rede de atenção a saúde e sem condição de fazer o seguimento? Ou será que é pós trabalho? PS1

O horário de funcionamento das unidades de saúde limita o acesso de pessoas em idade produtiva aos serviços de saúde, pois o horário de atendimento coincide com o horário de trabalho da maioria dos trabalhadores. Estas pessoas, diante da necessidade de realizar o seguimento em saúde, necessitam ausentar-se do trabalho, o que pode não ser compreendido pelo empregador. Nas falas a seguir observa-se a percepção dos profissionais de saúde em relação ao horário de atendimento dos serviços de saúde.

As unidades ficam abertas só no horário comercial e a maioria trabalha em horário comercial. PS4

O serviço, uma crítica minha ao serviço, ele é feito pra atender as necessidades do prestador de serviço, não pra atender as necessidades de quem necessita do serviço, os usuários. Porque as UBS todas abrem das 7, 7:30 às 5 da tarde. Então a população economicamente ativa, que está ficando doente mais cedo, mas não impede de trabalhar, às vezes tem uma doença crônica mas não impede de trabalhar, esta pessoa que trabalha ela vai ter acesso a UBS? Ela tem aí os atestados, tem isto e etc, mas e os compromissos lá do trabalho? Você quando você tem um cargo de chefia que você não pode ficar saindo muito do trabalho né, você consegue marcar uma consulta na UBS? Ele deve ter convenio né, mas e se ele quiser usar o SUS que é direito dele? É mais difícil conseguir oferta de serviço fora do horário comercial. E uma coisa que é um problema geral. PS5

Os grupos de educação em diabetes, que atuam no processo de educação desta população, e são reconhecidos pelas pessoas com DM como um importante espaço de acolhimento e orientação, não são ofertados em horários viáveis a participação das pessoas

com DM em idade produtiva. Na fala abaixo o entrevistado apresenta sua percepção sobre os grupos de educação em diabetes.

Os grupos da atenção básica dão mais idosos mesmo, porque não abre espaço para pessoas que tem meia idade ou adulto que trabalha. PS4

Os profissionais identificam que o sistema de saúde, na forma como está organizado não favorece o seguimento da pessoa com diabetes, o que se agrava para as pessoas que trabalham, por não receberem atenção que possibilite abarcar as demandas relacionadas a necessidade de conciliar as ações de autocuidado com a rotina de trabalho e pelo acesso limitado ao serviço de saúde em função do horário de atendimento. Como consequência deste modo de organização dos serviços de saúde, os profissionais identificam o “desconhecimento da demanda da população com diabetes *mellitus* que trabalha”.

5.3.1.2.1.1 Desconhecimento da demanda da população com diabetes *mellitus* que trabalha

Os profissionais identificam que o diabetes mellitus é uma condição altamente prevalente e está presente nos diferentes níveis de atenção em saúde, como observado no relato a seguir.

Diabetes é muito prevalente, então a gente discute casos de diabetes, mas não só no ambulatório de diabetes, só no integrado, que tem muitos pacientes diabéticos, mas no ambulatório em geral. PS1

A atenção ao diabetes realizada nos diferentes níveis de atenção e, principalmente no pronto-atendimento, somado a não utilização de protocolos, que atuam como guias nos aspectos a serem investigados pelos profissionais de saúde, dificultam o conhecimento da demanda das pessoas com diabetes e do quanto esta condição crônica afeta a população de um modo geral. Este desconhecimento da situação do diabetes é apresentado na fala do profissional a seguir.

Aqui mesmo a gente começou a fazer novamente o levantamento e eu tenho a impressão que nós temos um número bastante expressivo de pacientes diabéticos, mas eu desconheço a situação dos diabéticos, por que isto tem que ser monitorado. PS2

O desconhecimento da demanda e o seguimento pontual desta condição crônica, centrado nos aspectos agudos, não possibilita uma atenção efetiva, que atue na prevenção do desenvolvimento das complicações crônicas. A soma de fatores como o modelo de organização da atenção em saúde, à dificuldade de monitoramento do diabetes e a manifestação silenciosa desta condição crônica resultam na atenção a pessoa com esta condição frente à manifestação das complicações crônicas, como apontado pelo profissional de saúde na fala abaixo.

A impressão que eu tenho é que a gente olha para o diabetes quando já começa a aparecer a complicação, hora que a pessoa já está passando mal, não se faz a prevenção. PS2

O desconhecimento da demanda do DM e a intervenção frente aos sintomas das condições crônicas, ou seja, a partir da evolução do diabetes, pode dificultar o desenvolvimento de uma intervenção humanizada e que considere as particularidade e necessidades de cada sujeito. Este aspecto pode agrava-se para o trabalhador com diabetes, que pode apresentar dificuldades em fazer o seguimento de sua condição crônica, por não conseguir conciliar o horário das consultas com sua rotina de trabalho, o que resulta na busca dos serviços de pronto-atendimento e conseqüentemente na atenção centrada nos aspectos agudos.

Na interação social partilha-se o significado de que o diabetes é uma doença de indivíduos idosos e que, portanto, estão aposentados. Este significado orienta a ação de muitos profissionais de saúde, os quais não atentam para os aspectos relacionados ao trabalho e suas possíveis conseqüências para o seguimento das ações de autocuidado pelas pessoas com diabetes, como observa-se na fala a seguir.

Não é comum, muitos de nossos pacientes são aposentados. PS5

A atenção em saúde ao ser realizada com base nos aspectos biológicos não possibilita compreender o sujeito em sua totalidade, de forma a abarcar os aspectos histórico, social,

político e cultural, articulado com meio ambiente e sociedade no qual se insere. As ações em saúde são gerais, e fica a critério da pessoa com diabetes apresentar sua dificuldade em conciliar o autocuidado com o diabetes com a rotina de trabalho, como revelado pelo profissional na fala a abaixo.

Costuma ser geral, geralmente quando o paciente questiona a gente direciona a orientação para aquele questionamento que ele tá fazendo, geralmente quando é alguém que vê alguma dificuldade, vê algum impedimento ele vai questionar aí ele vai ser orientado. PS5

A gente não pergunta especificamente sobre o trabalho, mas os pacientes acabam falando pra gente. PS4

O diabetes tem afetado um número crescente de pessoas em idade produtiva, seu início silencioso somado a rotina de trabalho dificultam a realização do diagnóstico precoce nas pessoas com DM em idade produtiva, que ocorre quando o diabetes manifesta-se por meio das complicações agudas e crônicas, como pode ser observado na fala a seguir.

Estes pacientes, grande parte estavam em idade ainda produtiva, eles ainda estavam no mercado de trabalho, com muitas limitações por causa do diabetes, tinha paciente, por exemplo, que quando chegavam não tinha jeito, tinha que entrar com insulina, eles até choravam e questionavam: “Tenho que trabalhar como é que vou fazer?”. PS2

O diabetes e os cuidados solicitados para o controle da glicemia podem implicar em limitações para trabalho, assim como o ambiente e organização do trabalho podem comprometer a realização do autocuidado pela pessoa com DM. Conhecer como esta interação ocorre na vida da pessoa com diabetes pode auxiliar na identificação de dificuldades que comprometam a adesão às ações de autocuidado e na construção de estratégias que favoreçam esta adesão.

Os profissionais de saúde não dispõem de protocolos ou orientações definidas em documentos nacionais ou portarias e políticas para nortear a interação dos profissionais de saúde com as pessoas com diabetes, ficando a critério dos profissionais elencar as informações que necessitam para orientar as ações em saúde. Os relatos a seguir apresentam alguns aspectos que os profissionais de saúde procuram conhecer na interação com as pessoas com DM que trabalham.

Eu gosto de ver sempre o contexto onde a pessoa está inserida, então quando ela é aposentada, mora com a família, quem mora com você, então se você passar mal, quem vai estar do seu lado para te acudir, tem criança em casa, então tem que deixar ela preparada, se é no serviço como é o seu serviço, tem onde guardar a insulina, tem como você levar uma fruta ou alguma coisa para comer no meio do serviço pra não ficar oito horas sem se alimentar, quem que pode te acudir, que orientação que a gente vai passar para esta pessoa.
PS5

Sim, eu preciso conhecer, para que eu faça essa orientação. Eu preciso saber os horários que ela entra no trabalho, que horário que ela tem um intervalo, se no trabalho tem um horário pra ela fazer essa refeição, para ela se alimentar, como é que é essa dinâmica no trabalho dela. Se eu não souber eu não tenho como indicar o que ela vai comer nesse horário, o que é prático, o que é fácil. Então isso faz parte da minha entrevista inicial com o paciente. Onde trabalha, o que faz, se fica muito tempo sentado, se anda muito, se pega peso. Eu preciso disso, então são informações que pra mim são essenciais. Se tem uma sala separada, se no local de trabalho tem uma geladeira, se tem cozinha, algumas pessoas almoçam no trabalho levam de casa ou tem o restaurante da empresa então eu tenho que conhecer, sem conhecer isso eu vou tá passando uma orientação que não cabe na rotina dela.
PS6

Os profissionais de saúde ao ampliarem o olhar para uma atenção em saúde humanizada e integral definem e redefinem os significados atribuídos a experiência do diabetes e reorientam a ação desenvolvida junto às pessoas com diabetes. Nesta interação as pessoas com diabetes podem redefinir os significados atribuídos ao DM, bem como sua própria identidade, o que pode colaborar com a redefinição das ações relacionadas ao autocuidado no contexto do trabalho.

Os profissionais de saúde ao refletirem sobre a atenção a saúde e identificarem as limitações do serviço para acolher a demanda do trabalhador com diabetes identificam “alternativas facilitadores do acesso à saúde”.

5.3.1.2.1.2 Alternativas facilitadoras do acesso à saúde

Os profissionais de saúde, ao identificarem as limitações dos serviços de saúde na atenção a pessoas com diabetes que trabalha, resgataram experiências realizadas em serviços de saúde que favoreceriam o acesso desta população, como pode ser observado nas falas a seguir.

Já existem algumas unidades básicas de saúde com horários ampliados até as 19 horas, às vezes até às 21 horas, mas não são todas, não são todos os bairros, não são todos os locais, aí eles acabam frente as necessidades procurando os serviços de pronto atendimento que é 24 horas. PS5

Aqui na unidade a gente tentou fazer algumas coisas à noite, mas a gente não conseguiu, mas tem exemplos de outras cidades, que uma vez por semana eles começam a trabalhar mais tarde e ficam até parte da noite atendendo, até oito horas, nove horas, pra pegar essa população que trabalha. PS4

As estratégias identificadas pelos profissionais de saúde para viabilizar o acesso da pessoa com diabetes que trabalham necessitam da reorganização dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde. Para a ampliação do acesso torna-se necessário desvelar que as condições crônicas podem ter importante impacto no desempenho para o trabalho da pessoa com DM e que este impacto pode, a médio e longo prazo, trazer efeitos consideráveis na geração de renda do trabalhador com diabetes e, consequentemente, gerar uma elevação dos custos indiretos, relacionados à perda de produtividade.

Os profissionais de saúde ao avaliarem a atenção oferecida pelos serviços de saúde identificam que as pessoas com diabetes que trabalham podem apresentar demandas específicas em relação ao autocuidado com sua condição crônica, como será apresentado em a “revelação das implicações entre diabetes e trabalho”.

5.3.2 Revelação das implicações entre diabetes e trabalho

Os profissionais de saúde revelam suas percepções sobre o ser trabalhador com diabetes a partir das interações sociais estabelecidas com as pessoas com DM no contexto da saúde, ao investigarem a adesão às ações de autocuidado e, conseqüentemente, o controle da glicemia.

O diagrama a seguir apresenta as categorias e subcategorias que correspondem as condições intervenientes do fenômeno em estudo.

Diagrama 7: Revelação das implicações entre diabetes e trabalho

5.3.2.1 Autocuidado dificultado pelo trabalho

O trabalho é percebido pelos profissionais de saúde como uma atividade que impõe uma rotina com horários pré-estabelecidos e demandas de ritmo de produção, frente aos qual o trabalhador necessita corresponder para manter-se empregado. Esta rotina pode ter impacto direto na vida das pessoas e, conseqüentemente, em sua saúde. Na fala a seguir o entrevistado mostra a percepção de que a rotina de trabalho tem impacto nas escolhas alimentares dos trabalhadores.

As pessoas que trabalham se alimentam muito mal, pelo tempo, pelo tempo corrido que a pessoa tem durante o dia. Mas eu acho que o trabalho não é um fator totalmente limitante assim, acho que influencia, mas não limita.

Eu acho que a rotina das pessoas hoje em dia é muito corrida, as pessoas estão sempre sobrecarregadas com mil coisas pra fazer. As mulheres tem muita dificuldade porque

elas priorizam os filhos, o marido, a casa e depois elas vão lembrar que naquele horário elas deveriam ter feito um lanche, então eu acho que atrapalha sim. PS6

O modo de organização do trabalho impõe uma rotina ao trabalhador e o pressiona a adequar-se a ela. O trabalhador, que necessita do trabalho para a sua subsistência e de sua família, cede às exigências do trabalho para manter-se empregado, o que pode comprometer a sua saúde. Como mostra a fala a seguir.

Então eu lembro que, alguns pacientes falam “doutora, eu sou motorista, eu trabalho em taxi, sou motorista de ônibus, não dá para eu parar e falar, “espera aí só um pouquinho que agora tá na hora da minha fruta”. Então às vezes é difícil você adaptar a dieta para um paciente que tem um horário, que às vezes ele não pode parar naquele horário para fazer uma alimentação conforme o necessário. PS1

Para que o profissional de saúde possa orientar as pessoas com diabetes é necessário que ele conheça o trabalho da pessoa com diabetes, o ambiente onde ele é desenvolvido e seu modo de organização de trabalho, para que possa elaborar um plano de tratamento que a pessoa consiga conciliar as ações de autocuidado com sua rotina diária.

A pessoa com DM, por sua vez, precisa compreender que o trabalho pode ter impacto direto no controle de sua glicemia, para que possa realizar a alimentação adequada, no intuito de evitar a descompensação da glicemia e a manifestação de seus sintomas. Quando isto ocorre o trabalhador com diabetes pode ter seu desempenho prejudicado e necessitar de auxílio no contexto de trabalho para equilibrar os níveis de glicemia, evitando maiores consequências.

O contexto do trabalho tem influencia direta no controle dos níveis de glicemia seja pela sua organização, pelo tipo de atividade desenvolvida ou pelo ritmo de trabalho imposto. O profissional de saúde percebe-se limitado em suas ações ao considerar a necessidade de realizar mudanças neste contexto, como mostra a fala a seguir.

A gente fez o diagnóstico de diabetes, e ele trabalhava numa fábrica de doces, e eu falava “seu fulano você tem que fazer dieta”. Ele falava: “eu tento né doutora, mas eu fico vendo as balinhas lá e oh”. Então eu lembro que eu falava assim para ele e para mãe dele: para gente começar a tratar o senhor, ou muda de sessão, ou muda de setor, ou vai ser muito difícil. Obviamente que isso não é possível, você vai mudar tudo que você tem? PS1

O tipo de atividade realizada pelo trabalhador com diabetes também pode interferir no controle da glicemia, em decorrência do gasto energético que solicita em sua realização, como se observa na fala a seguir.

Depende da atividade que ele faz, de repente, se é uma pessoa que tem um trabalho braçal, ela tem mais atividade física diária, então tem que ter certo cuidado em relação ao cuidado de gasto de calorias, o que ela vai consumir de alimentação, é diferente. É um tratamento dessa pessoa diferenciado daquela pessoa que fica parada o dia inteiro, no computador. PS7

O profissional diante do sujeito com diabetes e da realidade de trabalho, percebe que o trabalho e sua estrutura não apresentam condições para a realização do autocuidado. Um aspecto apontado é a ausência de estrutura no ambiente de trabalho para o acondicionamento da refeição e mesmo para a realização da refeição.

Às vezes no lugar que ela trabalha não tem um lugar específico para fazer uma hora de lanche, pra guardar o alimento que ela leva... Então são questões básicas, mas que atrapalham mesmo e ela não consegue seguir aquela orientação de forma adequada. PS6

O trabalho é compreendido como uma atividade que influencia nas escolhas alimentares e rotina de vida e pode resultar no desenvolvimento de hábitos alimentares que comprometem a saúde do trabalhador. Este aspecto agrava-se para a pessoa com diabetes, pois precisa corresponder às exigências do trabalho para manter-se empregada e precisa conciliar com o autocuidado, no intuito de prevenir o desenvolvimento de complicações crônicas decorrentes do DM.

Os profissionais de saúde orientam as pessoas com DM a realizarem uma alimentação saudável, praticarem atividade física e realizarem as pausas previstas no trabalho. Estas orientações são compreendidas como necessárias para a manutenção da saúde e prevenção das complicações crônicas. Porém, para o trabalhador com diabetes a realização das ações de autocuidado podem ser prejudicadas em função do ambiente e organização do trabalho, como se pode observar no relato a seguir.

É corriqueiro então, por exemplo, uma orientação básica que você tem que comer a cada três horas mais ou menos, você tem que fazer um intervalo aproximado de três horas de uma refeição e outra e muitas vezes não coincide com o intervalo do trabalho. Muitas pessoas tem trabalho que elas não conseguem parar por 15 minutos pra fazer um lanche rápido, mesmo tendo aquele horário definido, elas não conseguem parar. PS6

O contexto do trabalho pode também comprometer a alimentação a partir do tipo de refeição que oferece aos trabalhadores. As refeições oferecidas, em geral, reproduzem os hábitos alimentares construídos socialmente e não oferecem aos trabalhadores com diabetes alternativas de alimentos que favoreçam o controle glicêmico. Os trabalhadores com diabetes embora recebam a orientação alimentar, estão limitados frente ao cardápio oferecido pela empresa. As falas abaixo apresentam esta percepção.

Até porque muitos locais de trabalho tem um refeitório que cria um hábito alimentar nas pessoas e que muitas vezes esse refeitório ele simplesmente não tem preocupação nenhuma com a qualidade, só com a quantidade, e ele tá criando um hábito alimentar para aquela pessoa, de comer em quantidade, de comer fritura, o suco é de pozinho. PS6

A mesma coisa você falar pra um paciente que ele tem que ter uma dieta, se ele come dentro da empresa e aquela empresa não tem política de adotar. PS1

O contexto de trabalho é percebido pelos profissionais de saúde como criador de hábitos alimentares, que não correspondem às necessidades das pessoas com diabetes. É neste contexto que a pessoa com DM passa parte considerável de seu dia e realiza refeições importantes como o almoço ou o jantar, no qual se criam rotinas e hábitos que são incorporados pelo trabalhador. Esta rotina incorpora elementos da interação social entre os trabalhadores que partilham, além do alimento, informações, experiências, que possibilitam a criação e fortalecimento dos vínculos entre trabalhadores. A inserção de uma alimentação diferenciada para o trabalhador com diabetes pode trazer repercussões em sua interação com outros trabalhadores, por perceber-se diferente destes.

A conscientização das empresas sobre o aumento da prevalência das condições crônicas e o impacto na força produtiva, pode contribuir para a rever a alimentação oferecida pela empresa, que pode torna-se um contexto de incorporação de novos hábitos alimentares que contribuam para a manutenção do desenvolvimento das condições crônicas, como mostra a fala a seguir.

É um ambiente que as pessoas passam 8, 9, 10 horas, às vezes por dia, e ali se criam muitos hábitos ali se incorpora muita mania, a mania do cafezinho toda hora né, você poderia mudar esse ambiente como um ambiente educativo. PS6

Para as pessoas com diabetes que realizam o trabalho autônomo ou externo e que não realizam as refeições no restaurante da empresa, embora tenham maior oportunidade de escolhas de tipos de refeições e locais para realizá-las, também se deparam com o predomínio de estabelecimentos comerciais, que em geral, não oferecem alternativas saudáveis, recaindo no aspecto cultural da alimentação. A entrevistada a seguir relata esta percepção.

É difícil a sensação de que você tem que parar e comer e manter uma dieta saudável, em posto de estrada só come coxinha ou o mais saudável é o X-salada. PS1

Os profissionais de saúde ao compreenderem estes aspectos relacionados à alimentação podem auxiliar os trabalhadores com diabetes na identificação das possíveis dificuldades e dos significados atribuídos à alimentação no contexto do trabalho, o que possibilita a realização de orientações individualizadas ao considerar o contexto e as necessidades de cada pessoa.

Os profissionais observam também a dificuldade das pessoas com diabetes de inserir a atividade física em sua rotina, sendo o trabalho uma justificativa para a não realização da mesma.

Eu acho que o trabalho acaba influenciando na nossa saúde, acho que como um todo né, aí eu acho que alguns pacientes veem o trabalho como uma desculpa também para não estar se cuidando, não estar se tratando. PS4

O profissional compreende que a rotina de trabalho pode dificultar a realização da atividade física, mas considera ainda o aspecto motivacional, como o fator principal.

Quem trabalha fala que fica cansada no final do dia, não tá motivada para realizar atividade física. PS7

Embora os profissionais reconheçam os aspectos do trabalho que comprometam a atividade física, reforçam os aspectos relacionados à motivação para a inserção desta

atividade em seu cotidiano. Esta motivação será única a cada pessoa com diabetes e precisa ser por ela percebida e conduzida pelo profissional de saúde.

O profissional de saúde ao colocar-se no papel da pessoa com diabetes percebe as dificuldades em incorporar novos hábitos, como por exemplo, a atividade física. Esta fala remete aos aspectos que os indivíduos elencam como prioridade em suas vidas.

Eu falo pros meus pacientes, atividade física é importante, muito importante, eu já comecei um milhão de vezes, mas é difícil manter uma regularidade por muito tempo, porque a gente acaba elencando outras prioridades, e às vezes o paciente é a mesma coisa. PSI

A inserção desta atividade necessita da pessoa com DM uma maior organização de seu cotidiano, ao rever as tarefas diárias e criar oportunidades para inserir a atividade física, bem como identificar os tipos de atividades e locais em que pode ser realizada. A realização da atividade precisa ser resignificada pela pessoa com DM, compreendendo-a também como um espaço de interação e inserção social.

O trabalho é percebido pelo profissional como um fator que influencia no autocuidado e na autogestão do diabetes e esta influência está relacionada com as condições que oferece ao trabalhador como rotina, ritmo, organização e estrutura. Esta situação se agrava frente à realidade do trabalho informal, pois esta atividade não dispõe de estrutura mínima para a sua realização, que depende dos recursos do trabalhador, como poder ser observado na fala a seguir.

Eu perguntei pra ela quanto que ela tomava, e ela pegou a seringa e não sabia o número, e ela foi puxando, foi puxando, o êmbolo: “Aí eu olho e aplico essa aqui quando vou catar o lixo, aplico de uma vez só, porque vou passar o dia inteiro na rua, e não vou poder aplicar de novo”. Então na lógica dela, tinha que tomar de manhã, antes do almoço e a noite, então ela já juntava as duas, porque ela não ia conseguir parar, por que a insulina não podia ir com ela embaixo do sol quente. A lógica dela estava correta, “eu tenho que tomar três vezes ao dia, então eu vou tomar as duas vezes de manhã, porque eu não pulo, quer dizer, estou tomando a dose necessária”, mas ela andava na rua, catando lixo, aí você fala “oh, então vamos parar tudo, quantas vezes a senhora fica sem almoçar?” PSI

O trabalho informal não dispõe de uma legislação que regule sua realização expondo o trabalhador a condições de trabalho insalubres, sem a garantia de condições mínimas para sua realização. Para o trabalhador informal as condições de trabalho insalubres abarcam também as condições de vida, aspectos que influenciam na sua adesão a orientação dos profissionais da saúde, como destacado na fala abaixo.

Passa também pela questão financeira, às vezes as pessoas não tem condição de manter uma alimentação muito variada, então acaba que a sua orientação de que precisa variar que precisa ter uma gama maior de alimentos no seu dia-a-dia você não tem como pedir que a pessoa realize isso porque ela não consegue adquirir uma gama muito variada de alimentos, ela come sempre as mesmas coisas. PS6

Às vezes a gente atende população carente, que não tem emprego, ‘meu marido tá desempregado, meu filho tá envolvido com drogas, a filha casou, ela não sabe o que vai dar de comida pros meninos, e o mais importante pra mim é controle da glicemia dela, isso é importante, é essencial, mas será que é nesse contexto? PS1

Desta forma, os profissionais de saúde compreendem que os aspectos relacionados ao trabalho como a atividade desenvolvida, as condições para a realização da mesma e as condições ambientais de trabalho podem dificultar as ações de autocuidado com o diabetes. No intuito de manter-se no mercado de trabalho, a pessoa com diabetes busca realizar o autocuidado sem que as ações em saúde interfiram no seu modo de produção e inserção no trabalho.

Essas questões podem remeter ao descontrole metabólico e implicações para o trabalho como será apresentado a seguir em “implicações do diabetes *mellitus* para a realização do trabalho”.

5.3.2.2 Implicações do diabetes *mellitus* para a realização do trabalho

O diabetes é compreendido pelos profissionais de saúde como fator limitante para o trabalho quando apresenta os sintomas da glicemia descompensada, tais como a hiper ou hipoglicemia. Isto pode ocorrer na manifestação dos primeiros sintomas do diabetes seguido pelo seu diagnóstico, em função do desconhecimento da doença e do processo de adaptação

da pessoa com DM ao tratamento. Neste período os sintomas do DM podem comprometer o desempenho do sujeito no trabalho, como observa-se na fala a seguir.

Sim, eu acho que quando tá no começo da fase descompensada, quando não diagnosticou ainda, ele não sabe o que ele tem. É comum, por exemplo, a ida frequente ao banheiro, devido a poliúria, é algo que acaba atrapalhando a rotina, o cansaço, a falta de disposição, a preocupação. PS6

Para outros profissionais de saúde a não adesão às ações de autocuidado pode acarretar a vivência dos sintomas da glicemia descompensada no contexto do trabalho, o que pode prejudicar o desempenho do trabalhador com diabetes, como apresentado na fala abaixo.

O diabetes controlado não, o descontrolado sim, então se for um paciente que ele é aderente à terapia, que ele procura fazer as coisas corretas, tem alimentação nos horários certo, não vejo como impedimento nenhum para ele a questão do trabalho. Agora se for descontrolado sim, pode fazer uma hipoglicemia no trabalho, causar transtorno na equipe de trabalho dele, ou mesmo uma cetoacidose. PS5

O diabetes pode não apresentar sintomas iniciais, o que retarda o seu diagnóstico ou dificulta a adesão às ações de autocuidado, uma vez que a pessoa com DM não se percebe com uma condição que precisa ser tratada. A adesão ao tratamento é um aspecto fundamental para o controle do diabetes, porém pode ser dificultado por envolver ações de autocuidado e mudanças de hábitos a serem seguidas no decorrer de toda a vida.

A não adesão às ações de autocuidado pode resultar em episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia que podem comprometer a realização de suas atividades, dentre elas o trabalho. Os profissionais de saúde apresentam a percepção de que as pessoas adaptam-se aos sintomas do diabetes, como observado na fala destacada:

Quando a adesão é muito ruim aí é lógico que não tem resultado nenhum, mas eu acho que as pessoas vão se adaptando até com os sintomas, vão se acostumando né, que a glicemia muito baixa e a falta de tratamento, até a esses sintomas elas vão se adaptando. Às vezes, a gente percebe que as pessoas quando elas convivem com um problema por muito tempo elas vão se acostumando. PS6

A convivência com a manifestação dos sintomas do diabetes, desconsiderando a possibilidade de ocorrência de eventos agudos e das complicações crônicas, podem acarretar consequências como a deficiência ou incapacidade para o trabalho. Esta convivência com os sintomas representa um ônus que recai sobre o próprio trabalhador com DM, que depende de um esforço maior realizar o trabalho e, muitas vezes, pode vir a ser interpretado de forma equivocada, pelos colegas de trabalho e empregadores, frente a um desempenho insatisfatório.

Além dos sintomas decorrentes do diabetes, os profissionais identificam que o uso do medicamento pode ser compreendido pelas pessoas com diabetes como um aspecto que pode interferir no trabalho, como será apresentado em “implicações do uso do medicamento no trabalho”.

5.3.2.3 Implicações do uso do medicamento no trabalho

O uso do medicamento oral foi apontando por alguns profissionais como algo que pode dificultar a realização do trabalho. Este aspecto agrava-se quando a pessoa com diabetes ainda não se adaptou a este medicamento e precisa lidar com os efeitos colaterais do mesmo na rotina de trabalho.

A paciente que eu estava atendendo agora utiliza um medicamento para o diabetes e começou a ter diarreia, que é um efeito colateral do medicamento mesmo, que é conhecido. Aí ela ficou uma semana sem ir trabalhar e veio até a unidade pedir o atestado para o médico, mas ela não conseguiu. O médico não deu o atestado para ela, e ela não está conseguindo trabalhar. Eu acho que é o empregador também entender isso. A pessoa que não conhece vai falar: Ah! Essa pessoa tá me enrolando... e tudo mais né. Eu acho que o mais importante seria essa pessoa falar que tem diabetes, que não é uma doença transmissível, mas ela tem que controlar, senão o empregado acaba tendo essas dificuldades mesmo. PS4

A pessoa com diabetes ao lidar com a condição crônica em seu cotidiano interage com pessoas em diferentes contextos na família, no trabalho, no sistema de saúde e necessita desenvolver estratégias de enfrentamento em cada um deles para que possa manter-se inserida e participativa nestes contextos.

Nas interações sociais o desconhecimento sobre a doença pelos empregadores e a desconsideração dos profissionais de saúde sobre as implicações do diabetes e dos efeitos colaterais provocados pelo medicamento na realização do trabalho dificultam a adaptação e a adesão da pessoa com diabetes às ações de autocuidado e a sua condição de trabalhador com diabetes.

O profissional de saúde ao identificar as pessoas com diabetes que enfrentam dificuldades com os efeitos colaterais desencadeados pelo medicamento necessitam apoiá-las e orientá-las, no intuito de auxiliar a pessoa com diabetes a lidar e adaptar-se a esta situação.

Há profissionais que identificam que o uso do medicamento não interfere na rotina de trabalho, pois a pessoa com DM pode fazer o uso do medicamento em casa.

Para aqueles que trabalham para utilizar medicamentos eles costumam usar o medicamento antes de ir para o trabalho após chegar do trabalho, sempre em casa. PS5

O uso do medicamento injetável, a insulina, pela pessoa com DM no contexto do trabalho é percebido pelos profissionais de saúde como algo que causa constrangimento e desconforto, como apresentado na fala a seguir.

Eu não sei de onde vem, mas eles têm muita vergonha de usar insulina, muita vergonha... Eles escondem, a insulina eles escondem. Não se sentem bem em relação ao uso da insulina como se fosse realmente um defeito usar a insulina. PS6

A vergonha em aplicar a insulina no ambiente de trabalho, faz com que as pessoas que precisam realizar sua aplicação neste contexto o faça de forma reservada, como apresentado por este profissional:

Muitos até descreviam que tinham que entrar no banheiro escondido, fazer a medicação... se iam viajar não levavam. PS2

Os profissionais identificam que embora as pessoas com DM relatem fazer o uso adequado do medicamento injetável, os exames laboratoriais demonstram que não há um controle adequado do DM. Frente a esta constatação a pessoa com DM relata a dificuldade de parar o trabalho para realizar o autocuidado.

A questão do trabalho é a aplicação de insulina, ou então quando eu peço para o paciente ‘oh, você tá tomando insulina de manhã e de noite, ótimo, mas a gente precisa fazer a glicemia pós-prandial’, e tem pacientes que falam, ‘doutora, eu tenho dificuldades, tem hora que eu posso parar, mas tem hora que eu não tenho como parar. PS1

O uso do medicamento assume significados, principalmente em contextos como o trabalho e lazer e estes significados têm implicações diretas na utilização do medicamento, como apresentado por este profissional:

Quando tinham receita para a insulina a gente fazia toda uma orientação de como transportar no carro esta insulina, de como eles iam armazenar no seu serviço, focava bem essa questão do lazer, que o fato de ser insulino dependente eu não vou poder ter lazer, eu não vou poder viajar, orientava como que armazenava isso em mala, transporte, tudo mais... para poder incentivar e não colocar isto como um fator limitante. PS2

A utilização do medicamento oral ou injetável assume a conotação da limitação, da dependência a um elemento externo para sobreviver, o que gera o sentimento de impedimento para a realização de atividades do cotidiano, como o trabalho, como se observa na fala a seguir.

No trabalho nesse poder capitalista, que impõe a questão da produtividade, nem todo patrão tem esse entendimento, estão o fato de você fazer uma automedicação, já coloca você num patamar de não produtividade conforme o capitalismo prega, então eles já tinham esta dificuldade e até o receio de falar para as suas chefias. PS3

O profissional de saúde precisa estar atento às diferentes formas de enfrentamento desta situação e orientar a pessoa com DM em sua individualidade e necessidade, diante deste aspecto os profissionais de saúde apresentam “a busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes”.

5.3.3 Busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes

Os profissionais de saúde ao identificarem as demandas decorrentes da interação entre diabetes e trabalho refletem sobre as ações em saúde realizadas junto às pessoas com condições crônicas e avaliam que as ações têm ocorrido de forma prescritiva, não considerando a pessoa com DM como sujeito, que possui conhecimentos e história de vida e experiência com a condição crônica.

Embora os profissionais façam a escuta dos aspectos relacionados à história e ao contexto do sujeito estas informações não são incorporadas nas ações realizadas pelos profissionais de saúde.

O diagrama a seguir apresenta as ações e estratégias dos profissionais de saúde frente ao fenômeno em estudo.

Diagrama 8: Reflexões sobre as ações em saúde

5.3.3.1 Construção da orientação em saúde na interação com as pessoas com DM

Os profissionais de saúde percebem-se realizando uma intervenção, cujas ações estão pautadas na prescrição de condutas a serem seguidas pelas pessoas com diabetes. As ações prescritivas tem como base o significado do diabetes atribuído aos seus aspectos biológicos, influenciados pelo modelo de atenção médico centrado e fragmentado, que não permitem

abordagem integral e humanizada da pessoa com DM, como se pode perceber no relato a seguir.

Porque muitas vezes, eu vou falar como médica e na minha classe muitas vezes, ela dita o que tem que ser feito, “você precisa tomar o remédio, você precisa fazer atividade física, precisa fazer isso, precisa fazer aquilo”, e às vezes a gente não entende o porquê o paciente não toma aquilo, não entende a lógica dele. PS1

O médico também sempre diz para ele: Você tem diabetes e a partir de hoje você vai tomar tal remédio! Mas não explica o que é diabetes, eles não sabem o que é, eles acham que tem o diabetes porque comeram muito açúcar e que a partir de hoje não podem mais comer. Eles não sabem o porquê que acontece o diabetes, e o mais perigoso que isto eles não sabem dos desdobramentos, das complicações que podem ter. PS5

As ações em saúde centradas nos aspectos biológicos, não possibilitam a escuta e o acolhimento da pessoa com diabetes, no intuito de compreender a vivência crônica em sua individualidade e em seu cotidiano.

A gente fica com o paciente uma hora, trinta minutos, e fala pra ele o que é melhor pra ele, e a gente acaba não sabendo o que ele acha melhor pra ele e o porquê que ele não fez aquilo. PS1

Aí na verdade a gente tem muita dificuldade da história da dieta de gaveta, da história da dieta que vai pronta com horários fixos, alimentos que às vezes não fazem parte do hábito da pessoa, ou que ela não tem condição de fazer naquele horário justamente porque não se conhece essa rotina né, desconsidera essa rotina. E não leva em conta que faz parte da vida da pessoa comer no trabalho. PS6

Às vezes a gente esquece de perguntar o que significa ter aquela doença para aquele paciente. PS2

Esta forma de ação em saúde frente à pessoa com condição crônica a coloca em uma posição de passividade, destituída de sua história e cultura, cabendo-lhe o papel do doente. Nesta interação o profissional assume o papel de detentor do conhecimento e não se permite conhecer o outro, sua experiência e conhecimento sobre a condição crônica e sobre o próprio corpo. Ao romper com esta concepção de doença transforma-se o modo de compreender a pessoa com DM e a ação em saúde, neste processo o usuário do serviço de saúde deixa de ser

compreendido como paciente e retoma o papel de sujeito de sua vida. Neste processo o profissional de saúde também assume um novo papel e estabelece novas ações junto a pessoa com diabetes, compreendendo como sujeito ativo no processo de autocuidado. Este processo pode ser percebido por meio do relato a seguir.

No começo, quando eu cheguei tinha sempre essa ideia de punir né, tem que ser regrado e tudo o mais né, tem que tomar, tem que fazer atividade física, tem que comer, então eu mudei meu pensamento quando eu cheguei na residência, acho que é potencializar o paciente, as pessoas né, para ele entender que ele tem que se tratar. PS4

Os profissionais de saúde percebem a necessidade de construir a orientação juntamente com a pessoa com diabetes, partindo do conhecimento que esta tem sobre a condição crônica, como mostra a fala abaixo.

Geralmente a endocrinologista pede para eu orientar a insulina. O paciente chega achando que eu vou ensinar uma técnica, só a técnica, então quando eles chegam eu pergunto: Quanto tempo faz que o senhor descobriu o diabetes? Explica pra mim o que é o diabetes... a partir do conhecimento dele eu explico o que é o diabetes, para que serve a insulina, porque que ele tem que tomar, porque que ele ficou diabético, o que pode acontecer se ele não mantiver o controle... Eu acho mais fácil você se cuidar entendendo o que está acontecendo no seu corpo, do que simplesmente eu pegar uma receita e falar daqui por diante você vai tomar isto. PS2

O profissional de saúde ao construir a orientação em saúde na interação com as pessoas com DM possibilita que ela assuma uma participação ativa no planejamento e no manejo de seu autocuidado. Esta ação dos profissionais de saúde possibilita construção de intervenções ampliadas, que considerem o sujeito para além do seu papel de doente, abrangendo o papel de trabalhador. Ao construir esta percepção, o profissional de saúde identifica as “barreiras que inviabilizam o autocuidado no trabalho”.

5.3.3.2 Barreiras que inviabilizam o autocuidado no trabalho.

Os profissionais apresentam a percepção de que a empresa não é acessível ao trabalhador, o que dificulta alterações no ambiente do trabalho para viabilizar o autocuidado.

Mas no dia a dia eu acho isso muito complicado ainda mais se você trabalhar em uma grande empresa. Nem sempre é possível ter acesso a essa conversa, a essa pessoa que toma essa decisão, a quem faria essa alteração” PS6

Porém, o profissional de saúde apresenta a percepção de que a pessoa com diabetes apresenta receio de intervenções na empresa, o que pode estar relacionado ao fato de não terem revelado para a empresa que apresentam o DM, com receio de serem identificados como menos produtivo.

Eu nunca tive a experiência de ir a pratica e conversar com o serviço, se propor de ir na empresa, o paciente diz: Ah! Isso não precisa, que eu já conversei! PS1

Embora os profissionais apresentem a percepção da dificuldade de inserção na empresa, os mesmos reconhecem a necessidade de intervir neste contexto, como apresentado em “o contexto do trabalho como parceiro do autocuidado em diabetes”.

5.3.3.3 Contexto do trabalho como parceiro do autocuidado em diabetes

O contexto de trabalho é compreendido como um local que pode colaborar com a atenção em saúde, por meio da criação de hábitos saudáveis neste contexto.

Um local de trabalho poderia de maneira geral ter uma orientação, se ele tem um restaurante poderia ter uma parte educativa, inclusive trabalhar essa questão de que não é uma alimentação especial, que a pessoa que tem diabetes vai comer a mesma comida, o

mesmo alimento de quem não tem, isso precisa ser trabalhado e eu acredito que seria possível, que é possível PS6

A inserção das ações em saúde no ambiente do trabalho possibilita que os profissionais de saúde aproximem-se da realidade de trabalho e conheçam como as empresas lidam com as refeições e as pausas para o lanche, e identifiquem as condições de trabalho das pessoas com diabetes.

Porque aí você fala com a pessoa na palestra, você fala com o setor da saúde da empresa, você fala com o setor da nutrição. E você orienta quanto às proporções e eles falam: Oh! Doutora aqui a gente não compra, a comida vem pronta. PS1

As ações em diabetes na empresa são comparadas a outras condições que comprometem a saúde e podem ser ocasionadas em decorrência das condições de trabalho, compreendendo a empresa como um importante espaço de prevenção e conscientização dos trabalhadores, como observado nas falas abaixo.

Que nem o LER e DORT, viram que agravavam muito as dores nas costas, foram vendo os problemas que o trabalho ocasionava e percebendo a importância da atividade física, então eu acho que a diabetes vai caminhar para isso também, até no sentido de incentivar dentro da empresa, dentro do ambiente de trabalho a fazer atividade física. PS7

Algumas pessoas fazem até 3 refeições dentro do trabalho tem empresas maiores que já tomam o café da manhã quando chega, almoça e as vezes faz um lanche da tarde ali, seria um local pra uma educação nutricional do diabetes por exemplo fantástico”. PS6

Embora os profissionais de saúde reconheçam que o contexto do trabalho possa ser parceiro no cuidado a pessoa com diabetes, observa-se que nesta interação recaem ações centradas exclusivamente na pessoa com DM, como observados na fala abaixo.

“Ah! Não estou bem, não vou trabalhar” então quem tá perdendo é a empresa, ao mesmo tempo a pessoa tá ali e ela pode perder aquele emprego, então é uma balança, eu acho que se a empresa acordasse um pouco mais, incentivasse mais, ela dava uma cutucada na pessoa que tá trabalhando pra ela e fala “se você quer trabalhar aqui, a gente precisa de uma pessoa saudável, você vai se cuidar?” meio que um sermão mesmo. PS7

Ao centrar as ações e responsabilidades sobre a manifestação do DM e adesão ao autocuidado na pessoa com DM, não se compreende a condição crônica enquanto um fenômeno com dimensões sociais, econômicas e culturais, cujas interações entre sujeitos na sociedade implicam na criação de condutas e hábitos. Esta percepção reforça o desenvolvimento de ações em nível individual, não abrangendo uma mobilização da sociedade na revisão de suas ações frente aos hábitos alimentares e prática de atividades físicas.

Diante da compreensão da impossibilidade de mudanças no contexto do trabalho o profissional acaba por realizar adaptações em sua orientação, como apresentado em “adaptações na orientação ao trabalhador com diabetes”.

5.3.3.4 Adaptações na orientação ao trabalhador com diabetes

As ações realizadas pelos profissionais de saúde estão centradas na adesão ao medicamento, nos hábitos alimentares saudáveis e na prática de atividade física. Embora procurem conhecer aspectos do contexto da pessoa com DM, os profissionais de saúde não realizam intervenções no contexto do trabalho, no intuito de buscar mudanças que favoreçam o autocuidado no trabalho. Desta forma, as ações em saúde são adequadas às possibilidades do contexto do trabalho, cabendo ao trabalhador com DM provocar mudanças neste contexto, como se percebe na fala a seguir.

Eu faço esse encaixe, eu realmente acabo fazendo uma adaptação do que eu preciso orientar de como ela pode melhorar e ter uma sensação melhor pra cuidar do diabetes, para ter um controle do diabetes dentro da rotina de trabalho dela, se é possível que ela faça uma alteração na rotina eu realmente faço as sugestões de alteração e peço que faça, mas se não é possível eu faço o contrário adapto o meu plano alimentar, a minha orientação a uma rotina diária dessa pessoa. PS6

Esta adaptação perpassa os diferentes elementos que compõe a orientação em saúde a pessoas com diabetes. Na fala do profissional de saúde abaixo se observa adequações possíveis em relação ao armazenamento da insulina.

Já chegou questões relacionadas à insulina, conservação da insulina, como é que eu faço tal, então algumas vezes eu dou 2 frascos pra você e você deixa um frasco no trabalho. Tem uma geladeira para deixar lá? Ah! Tem. Então resolve facilmente. Mas, por exemplo, o caminhoneiro, o caminhoneiro é um pouco complicado a gente vê se ele tem uma caixa de isopor... alguma coisa térmica pra conservar, a gente não faz restrições, se ele tem dificuldade com relação a conservação da insulina, né... a gente fornece quantidade a mais, então sempre tentando ajustar, nunca criamos empecilho, às vezes ele vem e fala que não faz adesão ao tratamento por conta de um empecilho destes, mas é só ele conversar que a gente consegue ajustar. PS5

Para as pessoas que trabalham e encontram dificuldades em realizar a atividade física o profissional de saúde procura orientar que a pessoa com diabetes se movimente, embora compreenda que esta ação não substitui a prática regular da atividade física, como observado na fala abaixo.

A indicação que a gente fala é não ficar o tempo todo parado, se movimentar, então isso já é alguma coisa, mas na minha opinião não substitui o exercício físico regular, que é aquele recomendado por semana, tal intensidade, e isso tá dentro do tratamento pro diabético por exemplo, mas é uma orientação pra quem não tem tempo, se movimentar né, movimentos. PS7

O mesmo ocorre nas orientações alimentares, na qual o profissional busca adaptar a rotina de trabalho da pessoa com DM, como observado na fala abaixo.

Sim, as vezes é possível em algumas situações é possível, quando a gente tá lidando com o profissional liberal que ele faz o horário dele ele faz a agenda dele então a proposta é de que poxa vida vamos ter no meio da sua tarde pode ter um intervalo de 20 minutos na sua agenda pra você cuidar de você né. Agora se eu estou lidando com uma pessoa que trabalha em uma empresa com horário já todo determinado eu faço o contrário, eu encaixo a rotina de alimentação no horário dessa pessoa e ela não vai deixar de trabalhar, tem que ter esse equilíbrio, porque se eu fizer ao contrário ela não faz a minha rotina porque trabalhar ela precisa. PS6

Os profissionais percebem que a necessidade de trabalho da pessoa com diabetes sobrepõe-se a necessidade do autocuidado, desta forma, este autocuidado deve ser viabilizado

na rotina do trabalhador. Embora reconheçam que o contexto do trabalho não favorece este autocuidado em função de elementos como organização e condições de trabalho, os mesmos não se sentem com condições para intervir na realidade de trabalho da pessoa com DM, como será apresentado em “dificuldades para intervir nas demandas do trabalhador com diabetes”.

5.3.4 Dificuldades para intervir nas demandas do trabalhador com diabetes

Diante da necessidade do homem de trabalhar e das condições impostas pelo mercado de trabalho ao trabalhador, considerando-se o trabalho formal e informal, o diabetes é percebido como uma condição a ser administrada pela pessoa com diabetes de forma a não comprometer sua inserção e permanência no contexto de trabalho. Os profissionais de saúde percebem-se limitados em sua atuação, pois compreendem a necessidade de mudanças nas condições e relações existentes no contexto do trabalho.

Como consequência, os profissionais sentem-se impotentes para intervir no contexto do trabalho e observam a necessidade de instrumentalização para intervir neste contexto, conforme apresentado no diagrama a seguir.

Diagrama 9: Dificuldades para intervir nas demandas do trabalhador com diabetes

5.3.4.1 Sentimento de impotência para intervir no trabalho

O contexto do trabalho é regido pela produtividade, pela busca do desempenho, pela competitividade, na qual o trabalhador precisa destacar-se pelo seu desempenho, de forma a corresponder, ou ainda, superar as expectativas do empregador, no intuito de permanecer empregado e conseguir desenvolver uma carreira profissional.

Ao desenvolver uma condição crônica como o diabetes, o trabalhador necessita adaptar-se a esta condição, que envolve uma rotina de autocuidado a ser conciliado com outros papéis como o de trabalhador.

O profissional de saúde compreende que pode auxiliar neste processo ao oferecer apoio e orientação o trabalhador com DM. Porém, percebe-se limitado em sua ação em função de elementos como o modo de organização do mercado de trabalho, como pode ser observado nas falas abaixo.

Mas as pessoas se sujeitam né, se sujeitam a isso. O refeitório da empresa é um terror, você faz uma orientação e o refeitório na maioria das vezes não atende a nada daquilo, é sempre o mais fácil, o mais calórico, a fritura, o mais rápido ou de menor custo. PS6

Muitos até descreviam que tinham que entrar no banheiro escondido, fazer a medicação, e quando viajavam não levavam a insulina. Isto nos deixa preocupada, mas a gente não teve condições de entrar muito e tentar entender neste mundo do trabalho, mas é um mundo que não necessariamente tem entendimento, principalmente para o jovem né. PS3

Diante desta realidade, o profissional de saúde percebe-se impotente para atuar neste contexto.

Muitas vezes a gente fica impotente em frente a isto, então a gente tenta poupar o funcionário e o serviço pede o contrário. PS2

Os profissionais de saúde compreendem que as pessoas com diabetes apresentam demandas importantes em relação ao diabetes no contexto de trabalho, porém não encontram respaldo para atuar neste contexto.

Porque você enquanto nutricionista dessa pessoa que poder você tem de pressionar uma empresa? PS6

Então é um campo minado e seu trabalho vai ser bastante instigante porque é um fator de muita dificuldade para estes pacientes. PS3

Desta forma, os profissionais de saúde identificam a “necessidade de instrumentalização para intervir no trabalho”, como será apresentado a seguir.

5.3.4.2 Necessidade de instrumentalização para intervir no trabalho.

O sentimento de impotência para intervir no contexto do trabalho é percebido pelo profissional como resultado da formação em saúde recebida. A formação profissional é compreendida como centrada nos aspectos técnicos, oferecendo uma visão fragmentada do sujeito, que não subsidia uma intervenção ampliada, que considere a complexidade das questões relacionadas ao adoecer no cotidiano dos sujeitos. Nas falas a seguir os profissionais avaliam a formação em saúde frente aos sujeitos em idade produtiva.

Na faculdade não tive nenhuma orientação sobre como lidar com as pessoas que trabalham. PS4

Eu nunca tinha pensado nisso, a gente nunca tinha levantado estas questões e eu nunca tinha pensado nisto. PS8

A formação em saúde também ocorre voltada para a doença, não enfatiza a saúde e, conseqüentemente, os processos de prevenção de agravos e promoção da saúde. Os profissionais de saúde identificam que há um enfoque no sujeito idoso, por ser uma população que em função da idade apresenta maior risco de desenvolver condições que implicam em agravos a saúde. Há um enfoque também na atenção às crianças, cujas condições de saúde e índices relacionados à morbidade e mortalidade são representativas das condições de saúde de um país. A população adulta em idade produtiva não é abordada com ênfase na formação em saúde e mesmo nas políticas públicas em saúde, compartilhando-se um significado na interação social de que esta população não é prioridade na atenção. Na fala abaixo observa-se a percepção sobre a ênfase na formação em saúde, junto a população idosa e infantil.

Trabalhei bastante com idosos e com crianças, com os adultos a gente pouco trabalhava. Na faculdade a gente acaba vendo muita teoria, acho que a prática é essencial para ver o que é melhor, acho que acaba se colocando no papel do paciente. PS4

Precisar melhorar a orientação para doentes crônicos de forma geral, acaba o diabetes incluído no processo como um todo, já evoluiu porque antes o farmacêutico era o profissional que ficava atrás do balcão, a própria política de atenção tem contribuído com a formação, para o farmacêutico estar mais envolvido. PS5

O profissional de saúde apresenta que a experiência prática pode constituir-se em espaço de conhecimento e construção de estratégias de intervenção em contextos específicos como o do trabalho.

Aprendi muito aqui no grupo de educação em diabetes do qual eu participei, mas na graduação eu não tive, eu não me lembro de ter uma orientação para olhar para esse âmbito de como é que essa pessoa organiza a sua orientação dentro da rotina de trabalho dela, como é que um afeta o outro, na graduação não, tive depois. Em grupos de estudo em grupos específicos de diabetes. PS6

Mas eu acho que quem é tá na medicina do trabalho poderia ter uma visão em relação ao trabalho e as patologias mais de orientação e não só de atestado, ou vai pra cá ou vai pra lá, pensando na questão do trabalho né. PS1

A abordagem das interações entre diabetes e trabalho na formação profissional em saúde pode contribuir para a maior compreensão das implicações dos contextos de vida dos sujeitos no desenvolvimento das condições crônicas e na dificuldade de adesão ao tratamento, possibilitando uma abordagem integral e humanizada.

5.4 Modelo Teórico: SEMPRE FOI VELADO

O processo de codificação dos dados originou um conjunto de categorias e subcategorias, cada uma representando uma parte do fenômeno em estudo. A integração entre as categorias e subcategorias foi desenvolvida com referência no paradigma, proposto por Strauss e Corbin (1999), em termos de condições causais, condições intervenientes, contexto, estratégias de ação e interação e as consequências decorrentes das ações e interações. As categorias e subcategorias foram apresentadas em dois grupos, o das pessoas com diabetes e o dos profissionais de saúde, no intuito de valorizar as falas, construções, ações e comportamentos específicos de cada grupo frente ao fenômeno em estudo.

A integração entre as categorias e subcategorias que emergiram dos dois grupos, foi realizada por meio do processo de codificação seletiva, que possibilitou identificar a categoria central do estudo, em torno da qual se reúnem todas as outras categorias e suas subcategorias, formando um todo explanatório sobre o fenômeno em estudo. Como categoria central identificou-se SEMPRE FOI VELADO, representativa do significado do ser trabalhador com diabetes, na perspectiva das pessoas com diabetes e profissionais de saúde.

Os significados do ser trabalhador com diabetes foram construídos no decorrer da entrevista, tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelas pessoas com diabetes. A relação entre diabetes e trabalho não estava explícita na fala de ambos os grupos de entrevistados, seus significados ocultos foram desvelados nas reflexões sobre a vivência cotidiana do diabetes pela pessoa com esta condição crônica e pelas situações de atenção em saúde pelos profissionais de saúde em interação com a pessoa com diabetes.

Para as pessoas com diabetes a construção dos significados da experiência de ser trabalhador com uma condição crônica tem início com o resgate da **experiência cotidiana com uma condição crônica**, na qual a pessoa recorda como se sentiu surpreendida ao ser diagnosticada com uma condição crônica, diagnóstico que foi acompanhado pela vivência das limitações para a realização de suas atividades diárias e pelo medo do desenvolvimento das complicações crônicas que poderiam vir a comprometer o desempenho dos diferentes papéis, como o de trabalhador, mãe, pai, filho, dentre outros.

Ao descobrir-se com uma condição crônica, a pessoa desempenha o papel do doente, diante do qual necessita conhecer sua nova condição de vida, os sinais e sintomas do diabetes em seu corpo, adaptar-se às ações de autocuidado, inseri-las em sua rotina e conviver com as limitações impostas em suas diferentes áreas de desempenho. Neste processo, outros papéis,

como o de trabalhador, permanecem em segundo plano, o que pode acentuar o sentimento de limitação frente a esta condição crônica.

Ser diagnosticado com diabetes *mellitus* além de alterar o contexto de vida dessa pessoa, altera também a própria identidade. Retomar as atividades cotidianas e reassumir os papéis, que estavam em segundo plano na vida da pessoa com diabetes, implicam em um processo de reorganização do *self*, que representa um processo de elaboração interna da própria identidade, que é mediada pelo outro generalizado, por meio dos significados partilhados sobre o diabetes nas experiências de familiares ou conhecidos.

Nesta retomada das atividades cotidianas, a **atenção à saúde na rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva**, ocorre devido à necessidade de cuidado contínuo e de seguimento por um serviço de saúde. Esta frequência ao serviço de saúde conduz a pessoa com esta condição crônica a uma avaliação da atenção em saúde prestada ao trabalhador com diabetes, na qual identifica que o modo como o serviço de saúde está organizado não favorece a criação de vínculo com os profissionais, pois está centrado nos sintomas biológicos do diabetes e em ações prescritivas e não abrange as implicações emocionais e sociais decorrentes desta condição, as quais são consideradas pelas pessoas com diabetes como aspectos que influenciam diretamente na aceitação de sua condição crônica e na adesão às ações de autocuidado.

A atenção à saúde como parte da rotina da pessoa com diabetes foi também avaliada pelos profissionais de saúde, que ao recordarem experiências em sua prática profissional desvelaram os significados atribuídos ao ser trabalhador com diabetes.

Os profissionais de saúde identificaram que a atenção em saúde está dividida entre as demandas agudas e crônicas e que os serviços de saúde não estão estruturados e orientados para atenderem às especificidades das demandas crônicas, o que dificulta o seguimento das pessoas com DM pelo serviço. Os profissionais de saúde percebem importantes consequências do modelo de atenção à saúde com ênfase nas condições agudas, como o desconhecimento da demanda das pessoas com diabetes em idade produtiva e as limitações para realizar uma intervenção ampliada e capaz de abranger o impacto do DM nos aspectos relacionados ao trabalho. Frente a esta realidade, os profissionais de saúde identificam a necessidade de conhecer as condições de trabalho da pessoa com diabetes e as dificuldades que estas pessoas enfrentam diante da necessidade de conciliar as ações de autocuidado neste contexto.

A experiência de ser trabalhador com diabetes é velada na interação entre pessoas com diabetes e profissionais de saúde, pois ambos partilham os significados atribuídos à atenção a

saúde, os quais se referem à atenção centrada nos aspectos biológicos, relacionados ao controle da glicemia. Desta forma, embora o profissional compreenda que as implicações existentes na interação entre diabetes e trabalho possam ser abordadas, o mesmo deixa para a pessoa com diabetes apresentá-la como queixa. A pessoa com diabetes por sua vez não reconhece o serviço de saúde como um contexto de apoio às suas demandas sociais e emocionais, desta forma não apresenta sua demanda em relação às dificuldades em conciliar as ações de autocuidado com as condições de trabalho.

Em todo o processo vivido, o ser trabalhador com diabetes é percebido como **SEMPRE FOI VELADO**, que emerge como fenômeno ou categoria central do estudo e simboliza a ação e interação entre diferentes atores sociais na construção da experiência de ser trabalhador com diabetes: pessoas com DM, profissionais de saúde e empregadores, conforme representado nos depoimentos abaixo.

Saber que você é doente. Que você, talvez por ter isso, você não renderia o que talvez uma pessoa normal renderia, mas isso é errado, você está admitindo que o mundo acabou e não é assim. Eu acho que tem coisas que de fato podem ocorrer. Eu não faço serviço braçal, mas imagino que o serviço braçal para quem tem diabetes, não deve ser fácil. Hoje, graças a Deus, eu tenho uma cabeça muito boa, no início não foi fácil não, principalmente neste aspecto do trabalho, você ter que estar disposto para trabalhar. Alguns patrões que eu tive se ressentiram disso, mas nunca foi falado, violado... sempre foi velado. E6

De vez em quando eu falava que estava cansado, com sono, às vezes eles perguntavam pra mim porque tinha parado (refere-se a parar com o caminhão durante o percurso), eu falava que tinha parado, parado para poder usar o banheiro, jogar água na cabeça, parava na beira da estrada... Ah! Mas ninguém nunca falou nada comigo sobre isso. E9

Eu acho que algumas pessoas no começo realmente elas acabam, não sei se é um sentimento de vergonha, não sei se te dizer isso, mas eu acho que as pessoas inicialmente elas acabam não revelando, convivendo no trabalho, às vezes até para os familiares elas acabam deixando sem contar, sem participar não sei se para não preocupar, não sei se elas ficam preocupadas com isso “olha não vou dizer no meu trabalho que eu tenho uma doença, e aí pode ser que eu acabe tendo um problema”. PS6

Aqui enquanto profissional eu faço orientação que é permitida pela demanda do serviço, porque a gente fica ali na sala de pós consulta e a gente explica, orienta, mas o tempo é curto, não é possível fazer todas as orientações que você gostaria. Às vezes, o paciente quando chega, se ele tem alguma dúvida dá para você esclarecer melhor, mas se ele não tem nenhuma dúvida não dá pra você ficar conversando muito, devido à demanda do serviço. PS8

Evidencia-se, de acordo com as falas das pessoas com diabetes e profissionais de saúde, que as implicações entre diabetes e trabalho é percebida por ambos como velada nos contextos da saúde e do trabalho. A **revelação das implicações entre diabetes e trabalho** é explicitada por meio da recordação de experiências cotidianas, na qual pessoas com esta condição crônica e profissionais de saúde reconhecem que tanto o diabetes pode trazer implicações para a realização do trabalho, assim como o trabalho pode trazer implicações para a realização das ações de autocuidado com o diabetes.

O diabetes pode trazer implicações para o trabalho, em função dos sintomas da glicemia descompensada, do uso de medicamento, da falta de compreensão e conhecimento da chefia e colegas de trabalho sobre a condição crônica. O trabalho por sua vez, pode interferir no controle glicêmico em função de sua rotina, ritmo e condições impostas ao trabalhador, que podem dificultar o seguimento das ações de autocuidado. Desta forma, a pessoa que trabalha e apresenta uma condição crônica precisa estar preparada para conciliar em sua rotina diferentes demandas, relacionadas ao autocuidado, ao trabalho, as relações familiares, ao lazer.

A percepção das pessoas com diabetes sobre a **revelação das implicações entre diabetes e trabalho** se diferencia das percepções apresentadas por profissionais de saúde, pois a pessoa com diabetes sente-se incomodada com a percepção das pessoas no trabalho sobre os sintomas do DM descompensado como suor e cansaço. Como as pessoas optam por manter o DM velado em seu contexto de trabalho, mudanças em seu comportamento e desempenho, em função da glicemia alterada, podem ser interpretadas equivocadamente pelos empregadores e colegas de trabalho, por desconhecerem que o trabalhador apresenta a condição crônica, podendo, como consequência comprometer a sua permanência no trabalho.

Ao manter o diabetes velado no contexto do trabalho à pessoa com DM e os profissionais de saúde **buscam por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes**. Neste processo os profissionais de saúde buscam adequar suas orientações à realidade do trabalhador com diabetes. Embora compreendam que as ações de cuidado a

saúde poderiam ser incorporadas no contexto do trabalho, identificam barreiras para a realização das mesmas.

Para as pessoas com diabetes, **a busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes** também envolve um processo de adaptação das orientações às condições e ambiente de trabalho. Ao adaptar-se ao ser trabalhador com diabetes a pessoa compreende que aprendeu a conviver com sua condição crônica, em um processo no qual passa a amenizar os sintomas e eventos relacionados à glicemia descompensada. A pessoa com diabetes media o autocuidado com as exigências do trabalho, na qual o autocuidado, diante da falta de adequações no contexto de trabalho, pode ficar prejudicado, centrando-se no aspecto medicamentoso.

Os profissionais de saúde identificam que as ações realizadas não possibilitam a construção de ações ampliadas em saúde, que rompam com o papel social do doente e, confira a pessoa com DM, suporte necessário para a manutenção de outros papéis importantes em sua vida, como o de trabalhador. Diante desta realidade, os profissionais de saúde percebem-se com **dificuldades para intervir nas demandas do trabalhador com diabetes**, por se considerarem sem subsídios para intervir no contexto do trabalho, em função do modo como o sistema de saúde está organizado e orientado e por compreenderem que não receberam formação para embasar a intervenção que considere o sujeito em sua complexidade.

As implicações entre diabetes e trabalho e, consequentemente, as necessidades do trabalhador com diabetes também estão veladas no âmbito das políticas públicas e diretrizes por não criarem mecanismos que garantam ao trabalhador com DM as condições adequadas para a realização do autocuidado no trabalho e, consequentemente, para a manutenção de sua produtividade. Além disto, a inexistência destes dispositivos, não oferece respaldo ao profissional de saúde para intervir frente a esta problemática.

Como consequência desta realidade, o trabalhador com diabetes apresenta **dificuldades para manter-se no trabalho**, em função de aspectos como a ausência de condições adequadas para conciliar o autocuidado com o diabetes com a sua rotina de trabalho, que decorre do desconhecimento do empregador e colegas de trabalho sobre esta condição crônica e suas necessidades. A dificuldade em desenvolver as ações de autocuidado pode acarretar implicações para do trabalhador com a condição crônica, pois estará mais vulnerável a manifestação das condições crônicas, que podem acarretar o comprometimento de habilidades para o trabalho e, consequentemente, sua permanência no trabalho, podendo vir a antecipar a aposentadoria.

O diagrama a seguir representa o modelo teórico sobre o significado do ser trabalhador com diabetes na percepção das pessoas com diabetes e profissionais de saúde.

Diagrama 10: Modelo Teórico: “Sempre foi velado”

6 DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

O significado de ser trabalhador com diabetes foi construído pelas pessoas com diabetes e profissionais de saúde a partir de perspectivas diferentes, porém complementares, que possibilitam uma compreensão ampliada sobre o fenômeno. Para as pessoas com diabetes, os significados da experiência de ser trabalhador com diabetes foram construídos a partir do resgate das experiências cotidianas com a condição crônica. E, para os profissionais de saúde esta construção ocorreu por meio do resgate da experiência de atenção à saúde a pessoa com condição crônica, culminando para a revelação das implicações entre diabetes e trabalho.

Ser trabalhador com diabetes foi compreendido, por ambos os grupos de entrevistados, como **sempre foi velado** nas diferentes interações sociais que estabelecem com familiares, amigos, profissionais de saúde, empregadores e colegas de trabalho.

Os significados do ser trabalhador com diabetes não estavam explícitos nas falas dos entrevistados. Estes significados foram revelados por meio de um processo de elaboração, suscitado pela própria pesquisa, na qual o vínculo com a pesquisadora e sua disponibilidade em ouvir os relatos sobre esta experiência foi determinante.

No Interacionismo Simbólico, os significados são construídos e partilhados nas interações sociais e influenciam as ações e comportamentos (BLUMER, 1969). Com base nos pressupostos deste referencial teórico, compreende-se que a experiência da doença é construída socialmente, ou seja, a realidade não existe apenas no mundo exterior, esperando para ser descoberta, a realidade é criada por indivíduos que atuam em seu mundo e na direção dele (CONRAD; BARKER, 2011), construindo-o de forma criativa e seletiva. Desta forma, o ser humano age de acordo com os sentidos que as coisas têm para ele, o que possibilita que ele escolha, avalie, compare, reagrupe, redimensione a si e as situações à luz das novas experiências e interações (CHARON, 2006).

Os significados atribuídos ao ser trabalhador com diabetes foram elaborados com base nos significados e experiências construídos sobre o diabetes e sobre o trabalho, por meio das interações sociais e experiências pessoais adquiridas ao longo da vida. Para as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, a condição crônica, em geral, é diagnosticada entre 30 e 50 anos, portanto, após a sua inserção no mercado de trabalho e a construção da identidade e papel profissional. Desta forma, **a experiência cotidiana com o diabetes** revela que o diagnóstico do diabetes, as necessidades de autocuidado impostas por esta condição e a experiência das

limitações dela decorrentes são percebidas pelas pessoas com diabetes como um evento que provoca a necessidade de mudanças de ações e comportamentos em diferentes contextos de sua vida, dentre eles o trabalho.

O estudo de Damião e Pinto (2007), ao investigar a experiência de DM tipo 1 em adolescentes, identificou que os mesmos percebem-se sendo transformados pela doença, o que envolve um processo de aprendizado gradativo sobre esta condição crônica.

Estes resultados coincidem com os achados do presente estudo, descrito por meio do fenômeno **a experiência cotidiana com o diabetes**, que perpassa por eventos como **surpreso com o diagnóstico de diabetes mellitus**, **receio das consequências do diabetes mellitus**, **negação do diagnóstico do diabetes mellitus** e **as limitações na rotina decorrentes do DM**.

As pessoas sentem-se surpreendidas pelo DM, mesmo quando apresentam histórico de doença na família, ou relatam conhecer casos de amigos que apresentam o diabetes. Na percepção dos adoecidos, o sentimento de surpresa decorre em partes do início silencioso da condição crônica e da manifestação por meio de sintomas agudos, ou ainda da manifestação das complicações crônicas.

Ao ser diagnosticada com uma condição crônica, a pessoa inicia um processo de redescobrir-se com esta condição, que envolve o conhecimento do próprio corpo, a identificação dos sintomas da glicemia descompensada e a avaliação dos hábitos de vida assumidos ao longo da vida. Neste momento, a pessoa com diabetes percebe-se testando os limites do próprio corpo, e diante de uma condição assintomática, revela a descrença no diagnóstico do diabetes. A experiência com esta condição e de episódios agudos de glicemia descompensada reforçam a necessidade de cuidado, que até então era realizado de forma pontual e temporária, mas que diante da recorrência de sintomas agudos ou da manifestação de complicações crônicas necessitam ceder espaço para ações que envolvam um cuidado contínuo.

O diabetes é compreendido como uma condição em pleno movimento marcado por fases de agudização e remissão de seus sintomas. O diabetes apresenta importantes repercussões no cotidiano das pessoas acometidas por esta condição crônica, pois é no cotidiano que as pessoas lidam com as restrições e limitações que esta condição impõe. O aumento das fases de agudização e complicações da doença levam a arranjos cotidianos somados ao medo da dependência do outro para o cuidado e medo da morte (FARIA; BELATTO, 2010). Nos discursos das pessoas com diabetes, destacam-se as mudanças percebidas no corpo e nas funções, significando-a como uma condição que não se nota, invisível, mas que se sente acarretando mudanças físicas que não são percebidas pelas

pessoas. Porém, com a evolução do diabetes, a pessoa percebe-se com limitações para realizar suas atividades (MUÑOZ et al, 2003).

A descoberta do diabetes envolve a inserção no cotidiano de ações de autocuidado, somadas à manutenção das atividades de vida cotidiana, como o cuidado diário consigo e com a família, com o lazer, com o trabalho, dentre outras atividades que possam vir a integrar a vida das pessoas. A inserção de ações de autocuidado relacionadas à condição crônica envolve mudanças de hábitos de vida e na organização cotidiana. Neste processo, algumas ações e planejamentos realizados anteriormente ao diagnóstico do diabetes podem tornar-se inviáveis na nova organização cotidiana, o que acarreta mudanças nos planos de vida. Frente a este processo, a pessoa com diabetes revela sentir-se tolhida, punida e com restrições impostas pelas necessidades de autocuidado com a doença.

Os adoecidos atribuíram ao diabetes o significado de uma enfermidade que irrita, invade e provoca mudanças na vida das pessoas, as quais consideram que passam a viver em um mundo de restrições (MUÑOZ et al 2003). Outras condições crônicas, como a doença arterial obstrutiva crônica, que decorre principalmente do diabetes, acarretam restrições e limitações às pessoas por ela acometidas, diante das quais as pessoas referem sentirem-se oprimidas, pois se percebem privadas de seu convívio com outras pessoas, de continuar trabalhando e de ter seus momentos de lazer, com alteração não somente em seu cotidiano e de seus papéis, mas também de seus familiares, os quais assumem novas responsabilidades e atividades (MATHEUS; PINHO, 2006).

As pessoas com diabetes, embora reconheçam a contribuição dos hábitos de vida assumidos ao longo da vida na manifestação do diabetes, identificam as dificuldades de modificar hábitos alimentares arraigados, não somente em seu cotidiano, mas na cultura alimentar da sociedade. As causas do diabetes, em geral, estão atribuídas aos fatores etiológicos, como a ingestão de alimentos gordurosos e de bebidas alcoólicas, assim como o hábito de fumar. Esta percepção é acompanhada do sentimento de remorso, pois foi orientado em relação à necessidade de mudanças dos hábitos durante o tratamento preventivo ambulatorial, sentindo-se responsável pela evolução do diabetes em função de não ter seguido as orientações dos profissionais de saúde (MATHEUS; PINHO, 2006).

Os hábitos alimentares advêm também de características sociais, que impõem determinado modo de vida às pessoas, marcado pelo sedentarismo e pelo consumismo, em oposição a um passado muitas vezes idealizado como de costumes mais saudáveis. As escolhas alimentares recaem nos alimentos industrializados, que são apresentados em maior variedade e estão disponíveis e acessíveis, sendo seu consumo incentivado por meio de

propaganda e *marketing* para a sua divulgação, distribuição e geração da necessidade do consumo desses alimentos. Somam-se a este aspecto, as novidades tecnológicas que, cada vez mais, poupam as pessoas da necessidade de realização de atividades físicas (BARSAGLINI, 2011).

Para algumas pessoas com diabetes e profissionais de saúde, a necessidade de mudança de hábitos alimentares e a inserção de atividade física são percebidas de forma positiva, pois trazem melhorias à qualidade de vida das pessoas. Este resultado é também apontado nos estudos de Paterson et al. (1999) e Damião e Pinto (2007), que identificam que a vivência com diabetes, desde que esteja controlado, é compreendida como positiva pelas pessoas acometidas por esta condição, uma vez que possibilita a perda de peso (positiva para as pessoas que encontravam-se acima do peso), a melhora das condições físicas e de saúde.

Strauss e Corbin (1985), a partir da perspectiva do Interacionismo Simbólico, apresentam que o autocuidado solicitado pela condição crônica não é realizado na vida cotidiana sem dificuldade, pois interfere significativamente no fluxo normal da vida. A trajetória da doença envolve dois tipos de esforço, que se referem ao trabalho relacionado à doença e ao trabalho relacionado ao cotidiano. O trabalho relacionado à doença consiste na prevenção e gestão de crises, gestão dos sintomas, e trabalho de diagnóstico das condições relacionadas. Enquanto o trabalho relacionado ao cotidiano de vida refere-se à manutenção das atividades diárias, como o serviço de limpeza e organização da casa, o trabalho ocupacional, a criação de filhos, o relacionamento amoroso e interpessoal, dentre outros. Para estes autores, a doença e suas necessidades de cuidado interferem no cotidiano, assim como mudanças cotidianas interferem na doença e na realização do autocuidado, em um impacto recíproco.

A pessoa, ao ser diagnosticada com diabetes em plena idade produtiva, tem como desafio conciliar as ações de autocuidado com o trabalho. O trabalhador com diabetes percebe-se com necessidades de autocuidado, como a pausa para a realização de um lanche ou refeição, a pausa para o uso de medicamento, a adequação de seu ritmo de trabalho ao ritmo de seu corpo, sentindo-se diferente dos demais trabalhadores e mesmo de sua condição anterior de trabalho, o que acarreta o sentimento de não corresponder ao perfil de trabalhador criado pela sociedade contemporânea.

O trabalho constitui-se em atividade humana que possibilita, além da produção e reprodução da vida, a constituição da identidade, autoestima e sentimento de pertencimento (LIMA, 2001; NAVARRO; PADILHA; 2007). O contexto do trabalho é marcado por constantes transformações nos modos de produção, organização, nas condições ambientais e

nas relações interpessoais entre empregados e empregadores, as quais são introduzidas a partir da utilização de novas tecnologias e da automação, acompanhadas de novas formas de gerir e organizar a produção. Neste processo, setores produtivos inteiros desaparecem e outros inteiramente novos surgem, o que exige um perfil de trabalhador que seja capaz de acompanhar as mudanças na velocidade em que elas acontecem.

O perfil de trabalhador exigido pelo mercado de trabalho contemporâneo deve ser criativo, inovador, flexível, preparado para fazer escolhas com agilidade e para conviver com a pressão, a inconstância, a concorrência, o medo e a competição. Desta forma, o homem não nasce trabalhador, ele se torna trabalhador em um processo de produção de sentido, de conhecimento, de uma identidade, que não começa na fábrica nem termina nela, mas passa por ela. (LIMA, 2001).

Os trabalhadores se formam no seio da sociedade, a qual cria um perfil de trabalhador para atender às necessidades exigidas pelo mercado de trabalho e responder às regras para a inserção neste mercado. O trabalhador constrói-se trabalhador neste contexto, carregando consigo estes sentidos e significados do trabalho, porém ao descobrir-se com o diabetes, uma condição crônica que o acompanhará ao longo de sua vida, inicia a convivência com uma condição que modifica sua vida, seus hábitos e a capacidade do corpo para o trabalho, podendo acarretar limitações e incapacidades para o trabalho.

Estudos prévios (FARIA; BELATTO, 2010; MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996) que avaliam o impacto psicossocial do diabetes na qualidade de vida das pessoas com condição crônica identificam que esta condição interfere no cotidiano e no desempenho dessas pessoas, incluindo o trabalho. A doença interrompe ou dificulta a inserção no processo produtivo, diminuindo as possibilidades de acesso aos bens de consumo, que pode resultar na saída precoce do mercado de trabalho.

O estudo do impacto de outras condições crônicas, como a insuficiência renal, também identificou que a doença e a rotina de cuidados acarretam impacto importante no trabalho devido ao desequilíbrio do estado de saúde e à perda da integridade tanto física como psíquica. O comprometimento para a realização do trabalho pode acarretar ainda a perda de seu lugar na família e na sociedade, uma vez que o trabalho é valorizado como fonte de saúde e de provimento financeiro, não somente para a pessoa com condição crônica, mas também pelos seus familiares. (CARREIRA; MARCON, 2003).

A pessoa, ao receber o diagnóstico de diabetes e conviver com as limitações impostas por esta condição, representadas por meio das ações de autocuidado ou pelos episódios de glicemia descompensada, vive intensamente esta condição, e como consequência, mantém em

segundo plano papéis como o de trabalhador, filho, esposa/marido, amigo, dentre outros que possam vir a compor o cotidiano de uma pessoa.

Charmaz (1991) investigou a experiência subjetiva da condição crônica, e seus efeitos sobre a constituição do *self* das pessoas que apresentam esta condição. A autora descreve que as pessoas com uma condição crônica estão imersas nos aspectos relacionados à administração da doença. Como consequência, afastam-se das rotinas de vida convencional, percebendo-se incapazes de trabalhar, de passar o tempo com a família, de socializar com amigos ou andar por aí livremente. A condição crônica é vivida como um evento de longo prazo e que está fora de controle.

A experiência cotidiana das limitações impostas pela condição crônica e seu impacto nas relações interpessoais promovem mudanças na autoimagem e identidade da pessoa com diabetes e podem comprometer o desempenho de papéis ocupacionais, como o de trabalhador. Estudos (FARIA; BELATTO, 2010; MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996) identificam que as pessoas com diabetes experimentam diferentes sentimentos que derivam das alterações das capacidades físicas, na autoestima e na imagem corporal, na relação com outras pessoas e na realização das atividades de vida diária.

Goffman (2008), ao abordar o comportamento humano em sociedade, apresenta que quando uma pessoa chega à presença de outras, existe em geral, alguma razão que a leva a atuar de forma a transmitir a elas a impressão que lhe interessa transmitir, de acordo com o contexto em que se insere. Desta forma, na interação social a pessoa com diabetes busca manter sua identidade, independente das transformações sofridas em suas condições físicas e psicológicas, como uma forma de manter velada sua condição. Isto é possível principalmente quando a pessoa não apresenta sintomas agudos e complicações crônicas perceptíveis, momento em que a pessoa compreende sua condição como invisível. Diante da manifestação de sintomas de glicemia descompensada, como sudorese e sono, que pode ser perceptível pela família, pelos colegas de trabalho e pelos empregadores, a pessoa com diabetes mostra-se incomodada, pois a manifestação destes sintomas concretizam as perdas cotidianas decorrentes do diabetes e compromete a identidade construída e os papéis desempenhados.

Neste viver cotidiano com o diabetes, a **atenção à saúde na rotina da pessoa com diabetes em idade produtiva** é por ela avaliada como uma atenção centrada nos aspectos biológicos, que não abarca o impacto emocional desta condição, considerado por elas como um aspecto importante a ser abordado, pois tanto o diabetes afeta o estado emocional, assim como o estresse e o estado emocional afetam o controle dos níveis de glicemia.

O diabetes é compreendido como um problema da pessoa, tendo em vista que as práticas de atenção à saúde às pessoas com diabetes *mellitus* centram a atenção em um conjunto de orientações preventivas relacionadas à alimentação, uso de medicamentos e atividades de educação em saúde, no intuito de favorecer a adesão, porém sem considerar os saberes e práticas construídos pelas pessoas com diabetes na experiência particular com a condição crônica (BARSAGLINI, 2011; FARIA; BELATO, 2009; MUÑOZ et al., 2003), o que favoreceria a adesão às ações de autocuidado necessárias ao controle do DM. Outro aspecto a ser pontuado refere-se à relação dialógica e a interação recíproca entre enfermeira e pessoa com diabetes, compreendida como fundamental para o apoio e seguimento do tratamento, cuidado e aceitação da condição crônica (MUÑOZ et al., 2003). Embora o estudo refira-se ao profissional de enfermagem, destaca-se a importância do vínculo na relação com os demais profissionais da saúde.

As interações entre profissionais de saúde e pessoas com diabetes se desenvolvem no âmbito do sistema de saúde. O modo de organização deste sistema é compreendido por ambos como um aspecto que interfere na atenção prestada. Na perspectiva dos profissionais de saúde, a atenção em saúde no Brasil convive com demandas das condições crônicas e agudas, sendo que as condições agudas representam uma demanda elevada nestes serviços. Diante da elevada demanda de condição aguda, muitas vezes os programas e assistência são direcionados a estas condições, não enfatizando ou criando condições para o seguimento da condição crônica.

Isto ocorre, pois no Brasil, a situação de saúde caracteriza-se por uma transição demográfica, que decorre de um processo rápido de envelhecimento da população e uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, com aumento das condições crônicas, concomitantemente com a persistência das doenças infecciosas e das doenças agudas. Neste sentido, uma análise dos sistemas de saúde internacional e nacional identificou que os sistemas de saúde não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas, permanecendo organizados para atender às condições agudas com base no modelo tradicional de cuidados de saúde, o que impossibilita a apresentação de um plano de gerenciamento adequado às especificidades e exigências das condições crônicas (MENDES, 2012).

Na atenção à saúde à pessoa com diabetes, os profissionais de saúde identificam que as ações desenvolvidas em saúde são centradas nos sintomas da condição crônica, ocorrendo de forma episódica e reativa. Isto ocorre, pois compreendem que o modelo de atenção à saúde está orientado pelo modelo de atenção tradicional e pela demanda presente nos serviços de

saúde, que abrangem as demandas agudas e infecciosas que convivem com a demanda crescente das condições crônicas. Estes achados corroboram com os resultados encontrados no estudo de Faria e Belato (2010) que identificam que a atenção em saúde apresenta práticas centradas na doença, com ações de controle e monitoramento, desconsiderando as repercussões da condição crônica no cotidiano da pessoa com diabetes.

O modelo tradicional de cuidados de saúde caracteriza-se pela prestação de cuidados aos eventos agudos e àqueles decorrentes da agudização das condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. A assistência é centrada no ato prescritivo e valoriza a dimensão biológica, sem considerar outros determinantes do processo de saúde-doença, como os aspectos sociais, econômicos e culturais (MALTA; MERHY, 2010; MENDES, 2012). Projetados para fornecer acesso rápido, as consultas são breves, centradas na exclusão de diagnósticos alternativos mais graves, na dependência de exames laboratoriais, nas prescrições e tratamento de sintomas e sinais. Este formato de atenção à saúde produz custos elevados e crescentes por estarem centrados em exames e medicamentos (ALMEIDA, 2010; MALTA; MERHY, 2010; MENDES, 2012; WAGNER, 1998; WAGNER et al, 2001).

A atenção à saúde no modelo de atenção tradicional está centrada no profissional de saúde, tendo como pressuposto que a informação disponibilizada constitui-se em condição suficiente para alterar comportamentos, tendo por objetivo a adesão às recomendações do profissional (BODENHEIMER; GUMBACH, 2002). Neste modelo, usuários do sistema de saúde são remetidos a um papel passivo, de receptor de cuidados médicos (ALMEIDA, 2010).

Para as pessoas com diabetes, a atenção centrada nos aspectos prescritivos e biológicos não abrangem demandas relacionadas aos aspectos sociais e emocionais, consideradas por elas como fundamentais no processo de aceitação e desenvolvimento de formas de enfrentamentos frente às dificuldades impostas pelo diabetes. As pessoas com diabetes identificam que esta condição crônica afeta suas formas de lidar com a vida. Estes achados corroboram com achados prévios (FARIA; BELATTO, 2009; MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996) que identificam que a vivência da condição crônica afeta muito mais que a esfera biológica, pois interfere de diferentes formas nos estilos de vida das pessoas acometidas, da família e de seu grupo social.

Para os profissionais de saúde, a definição de condição crônica está centrada nos aspectos biológicos, embora identifiquem o impacto dos hábitos alimentares adotados pelas pessoas com diabetes ao longo da vida e do comportamento do indivíduo na produção da condição crônica. Embora a atenção à saúde seja uma categoria temática comum aos dois

grupos entrevistados, pois ambos avaliam a atenção à saúde, observa-se uma ênfase em aspectos diferenciados para os dois grupos investigados.

A análise das percepções de profissionais de saúde e pessoas com diabetes sobre as implicações entre diabetes e trabalho e sobre a atenção em saúde ao trabalhador com diabetes corroboram com os achados do estudo de Detaille et al. (2006), que objetivou identificar e comparar, por meio do uso do mapa conceitual, a perspectiva de trabalhadores com diabetes e de profissionais de saúde sobre o que os trabalhadores com diabetes necessitam para manter-se no trabalho. Trabalhadores com diabetes e profissionais de saúde identificam 5 aspectos em comum em relação ao que a pessoa com DM necessita para manter-se no trabalho: a capacidade de aceitar e lidar com DM; suporte de profissionais de saúde; suporte no ambiente de trabalho, adaptação no trabalho e boa informação. Os pacientes enfatizam a importância da aceitação emocional do diabetes e comunicação com colegas, enquanto profissionais de saúde enfatizam a capacidade de autocuidado dos pacientes.

As doenças tomadas como objetos concretos, esvaziadas de significado social, cultural ou psíquico, fazem com que frequentemente o médico e os profissionais de saúde as vejam de modo diverso das preocupações dos pacientes. Porém, assim como as pessoas com diabetes, os profissionais veem o mundo com base em elementos ideativos, simbólicos, que permeiam a sociedade e o tempo em que vivem, de modo que sua prática pode adotar condutas próprias nas quais as evidências teóricas são filtradas, simultaneamente pela experiência e representações muito embora, sempre protegidos pelo escudo da racionalidade científica (BARSAGLINI, 2011)

O diabetes solicita que a pessoa acometida por esta condição seja acompanhada periodicamente e longitudinalmente pelo serviço com base em ações planejadas e com enfoque na prevenção de agravos e complicações (OMS, 2003). Esta atenção direcionada à pessoa com condição crônica deve envolver avaliações sistemáticas e individualização do cuidado, considerando as necessidades e valores da pessoa (WAGNER, 1998; WAGNER et al., 2001).

Para melhorar a atenção à saúde das pessoas com condição crônica é preciso transformar a organização, superando o modelo de sistema de saúde fragmentado, para um sistema proativo, integrado e contínuo que seja focado na pessoa e na família e voltado para a prevenção de doenças e complicações e para a promoção da saúde (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002), promovendo uma atenção articulada e integral à pessoa com diabetes (MALTA; MERHY, 2010; MENDES, 2012).

Ao considerar a pessoa com diabetes em sua integralidade é possível compreender as implicações de sua condição nas ações de seu cotidiano, dentre elas o trabalho. Profissionais de saúde e pessoas com diabetes identificaram a dificuldade de realizar o seguimento em saúde devido à restrição dos horários de atendimento dos serviços de saúde que, em geral, coincidem com o horário de trabalho, o que acarreta como consequência a busca pelos serviços de pronto atendimento.

Na interação entre profissionais de saúde e pessoas com diabetes, os resultados deste estudo apresentam que ambos partilham significados sobre a atenção a saúde como sendo fragmentada e centrada em aspectos biológicos e prescritivos. Desta forma, as ações em saúde se limitam a estes aspectos, o que dificulta a apresentação das demandas relacionadas ao diabetes e trabalho, mantendo esta demanda velada na interação entre profissionais de saúde e pessoas com diabetes.

A **revelação das implicações entre diabetes e trabalho** é realizada pelas pessoas com diabetes e profissionais de saúde e ambos apresentam a compreensão de que há uma implicação mútua entre estes elementos. Desta forma, compreendem o **autocuidado dificultado pelo trabalho**, assim como há **implicações do diabetes para a realização do trabalho** e destacam as **implicações do uso do medicamento** no contexto do trabalho.

A este respeito, Corbin e Strauss (1985), na perspectiva do Interacionismo Simbólico, compreendem que na gestão cotidiana da condição crônica, há um impacto recíproco entre a trajetória da doença e a gestão da vida cotidiana, na qual as mudanças nas condições da doença não afetam somente a trajetória da doença, mas afetam também a gestão da vida cotidiana, assim como o contexto estrutural, no qual a gestão ocorre, e tem implicações importantes para a gestão da doença.

Há um reduzido número de estudos que investigam as implicações entre diabetes e trabalho a partir da percepção e experiência das pessoas com diabetes (DETAILLE; HAAFKENS; VAN DIJK, 2003; DETAILLE et al., 2006; FUKUNAGA et al., 2011; GONZÁLES et al., 2009; THOMAS, 2011). Dentre estes estudos, destaca-se o de Thomas (2011), que estudou a percepção das pessoas idosas com diabetes sobre as dificuldades face ao manejo desta condição e diante da necessidade de manutenção do emprego. Para tanto, o autor utilizou o Interacionismo Simbólico, como referencial teórico, e a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. A autora identificou como limitações do seu estudo o reduzido número de participantes (3) e o elevado nível de educação dos mesmos. Segundo a autora, a escolaridade representa um aspecto que influencia o tipo de trabalho e as

condições nas quais o trabalho é realizado, assim pessoas com níveis mais baixos de escolaridade, apresentam maiores dificuldades para o seguimento da condição crônica.

Neste sentido, o presente estudo teve sua amostra composta por pessoas com diabetes em faixas etárias mais jovens e com níveis de escolaridades diferenciadas, além de buscar também uma amostragem diversificada quanto aos vínculos de trabalho, a fim de ampliar e aprofundar o conhecimento existente sobre as implicações entre diabetes e trabalho.

Para o adulto, a atividade de vida diária com a qual passará maior tempo envolvido é o trabalho, atividade que é responsável por 40 horas ou mais de sua rotina semanal. O contexto de trabalho é marcado por ritmos e rotinas exacerbadas, com exigências de metas intangíveis e modos de organização que ditam os tempos de trabalho e seus modos de fazer. Este contexto gera uma insegurança constante nos trabalhadores e uma competição acirrada, frente à necessidade de corresponder ao ritmo de trabalho imposto e sob a pressão de perder seu emprego no mercado de trabalho, pois o receio do desemprego está presente na realidade dos trabalhadores (JARDIM, 2001; LIMA, 2001; NAVARRO; PADILHA, 2007).

O trabalhador constrói-se trabalhador neste contexto, carregando consigo estes sentidos e significados do trabalho. Ao ser diagnosticado com diabetes o trabalhador descobre-se com a necessidade de (re)organizar sua rotina de vida e de trabalho, de forma a inserir as ações de autocuidado com o diabetes.

Os resultados do presente estudo demonstram que a rotina de trabalho impõe limitações para a realização das ações de autocuidado, porém para os trabalhadores informais ou mesmo com vínculos de trabalho precários estas limitações acentuam-se, diante da impossibilidade de pausa para realização de lanches ou refeições, ficando o trabalhador com diabetes impedido de realizar refeições durante as seis ou oito horas, período em que está no trabalho. Estes trabalhadores referem também que se percebem limitados a ingerir os alimentos ofertados pelo local de trabalho, os quais em sua maioria não atendem às suas necessidades alimentares, bem como revelam que a aquisição de alimentos pode ficar prejudicada em função da falta de recursos financeiros.

Além das limitações para cumprir com os requisitos alimentares, as pessoas com diabetes encontram no trabalho outras barreiras que podem dificultar o autocuidado, como o prolongamento da jornada de trabalho, a restrição para a realização de esforços físicos, além da falta de informação dos empregadores a respeito da doença e de seu tratamento, o que resulta na incompreensão dos empregadores em relação às necessidades da pessoa com diabetes no ambiente de trabalho (DETAILLE; HAAFKENS; VAN DIJK, 2003; DETAILLE et al., 2006; GONZÁLES et al., 2009).

Outro aspecto que pode ser comprometido pelo trabalho refere-se à atividade física. Os estudos de Gonzáles et al., (2009) e Fukunaga, Uehara e Tom (2011) discutem a necessidade de horários de trabalho flexíveis, para que seja possível conciliar o trabalho com a realização de atividade física, bem como com a frequência ao serviço de saúde.

O modo de organização do trabalho e a rotina por ele imposta criam exigências para os que vivem do trabalho, sendo transportadas para o interior da vida familiar e comunitária, com implicações também para o tempo destinado ao repouso, ao lazer e a outras formas de convívio e participação social. “O tempo do não trabalho é preenchido por um estado de prontidão, de alerta para o trabalho, paradoxalmente expresso na necessidade do repouso ‘para aguentar na segunda-feira’” (LIMA, 2001, p.63). A necessidade de estar preparado para o trabalho e responder às suas exigências impõe uma carga física, emocional e psíquica que sobrecarrega o trabalhador. Para o trabalhador com diabetes, a necessidade de realização de atividade física não encontra espaço em meio às cargas impostas pelo trabalho, sendo o cansaço a justificativa para a sua não realização.

O trabalhador com diabetes avalia que esta condição crônica, principalmente quando apresenta complicações crônicas, apresenta limitações para a realização do trabalho. Estudos (KRAUT et al., 2001; KORF et al., 2005; NG; JACOBS; JOHNSON, 2001) mostram que as complicações crônicas decorrentes do diabetes interferem na possibilidade de se conseguir um emprego e também de permanecer no mesmo, havendo uma redução do emprego com o avanço da idade. Neste contexto, foi identificado que o diabetes aumenta de 60 a 70% o risco de deficiência para o trabalho e aposentadoria precoce, o que reduz substancialmente as chances de um trabalhador se manter no trabalho (HERQUELOT et al., 2011)

Em função das limitações impostas pelo diabetes o trabalhador com esta condição crônica sente receio de ser compreendido pelo empregador e colegas de trabalho como menos produtivo. Desta forma, muitos trabalhadores com diabetes procuram omitir a condição crônica, mantendo-a velada no contexto do trabalho, devido ao receio de sofrerem preconceito em função de sua condição. O estudo de Trief et al. (2010), ao investigar as implicações do diabetes no contexto de trabalho, constatou que 16,2 % dos sujeitos entrevistados não informam a seus supervisores ou colegas de trabalho que apresentam o diabetes, o que pode dificultar que modificações específicas sejam feitas para viabilizar as ações de autocuidado.

A necessidade de esconder o diabetes foi mencionada em outro estudo como um dos efeitos sociais do diabetes (FUKUNAGA; UEHARA; TOM, 2011), ocorrendo de forma adicional a outros efeitos, como a necessidade de lidar com o julgamento e reações de outras pessoas a respeito da condição crônica e da experiência do efeito negativo nas relações

sociais, decorrentes da necessidade de uso de medicamento injetável (no caso de uso de insulina), uso de licença médica, bem como da imposição da dieta aos colegas no ambiente de trabalho.

O fato das pessoas com diabetes não informarem seus empregadores sobre a doença, pode estar associado a um receio em reconhecerem que o diabetes afeta o trabalho. Desta forma, observa-se uma negação, pela pessoa com diabetes, do impacto da doença no trabalho, embora relatem que sintomas como sono, cansaço e suor excessivo acarretam mal estar e diminuição de sua produtividade. Este receio em reconhecer que o diabetes afeta o trabalho, considerando os sintomas como eventos isolados e desconsiderando sua possibilidade de recorrência é discutido por Thomas (2011) como uma forma de negar a doença, ou também como uma forma de se proteger de processos de discriminação no trabalho.

Ao revelar as implicações do diabetes para a realização do trabalho, a pessoa com diabetes percebe-se com rendimento inferior quando compara seu rendimento antes e depois do diagnóstico do DM, ou mesmo quando compara seu rendimento ao dos seus colegas de trabalho. Esta diminuição no rendimento do trabalho é justificada em função dos sintomas relacionados principalmente à hipoglicemia, que acarreta o cansaço, a confusão mental, o sono e as dores nas pernas.

A magnitude da perda de produtividade é influenciada pelas características pessoais, pela presença e *status* do diabetes (NG; JACOBS; JOHNSON, 2001). Estima-se que, para as pessoas com DM e com complicações, os custos relativos às perdas anuais de produtividade foram significativas para os diferentes grupos etários, representando de US\$ 3700 a US\$ 8700 por ano, porém a maior perda de rendimentos concentrou-se para indivíduos com idade entre 25-54 anos, com maior predomínio para sujeitos do sexo masculino nas diferentes faixas etárias (NG; JACOBS; JOHNSON, 2001). Outro estudo realizado no Canadá também demonstrou que há uma diferença na renda de pessoas com diabetes (KRAUT et al., 2001). Considerando-se um perfil semelhante de atividades das pessoas com diabetes com e sem complicações, identificou-se que as pessoas com complicações recebiam o equivalente a 85% da renda de pessoas com diabetes e sem complicações e a 72% da renda de pessoas sem diabetes.

De acordo com Castel (1994), que compreende o trabalho como um dos elementos de integração da pessoa na sociedade, a situação de adoecimento coloca o trabalhador na situação de inapto ao trabalho e, portando, dependente do apoio de serviços de saúde e/ou seguridade social. Esta situação, se persistente, aproxima o trabalhador com diabetes de uma

condição de vulnerabilidade social ou ainda de desfiliação, de acordo com a vinculação que mantém com o trabalho.

Adoecer devido a uma condição crônica, como o diabetes *mellitus*, e perceber suas implicações nas funções físicas e psicológicas, gera o medo de que haja algum comprometimento para o trabalho, o que faz com que o trabalhador mantenha sua condição velada neste contexto. Porém, se o trabalhador com diabetes prossegue com seu trabalho, de forma a manter seu *status* social, mantém condições e relações de trabalho que nem sempre favorecem o autocuidado relacionado ao diabetes. Desta forma, o trabalhador com diabetes flexibiliza o autocuidado de acordo com aquilo que é possível com relação a sua realidade de trabalho, não promovendo mudanças neste contexto. Assim, o trabalho, que é produtor de inserção social e garante a seguridade social do trabalhador, é também gerador de desgaste e sofrimento que pode vir a agravar sua condição crônica.

Deste modo, o trabalho, considerado importante elemento de integração social por possibilitar o fortalecimento das redes sociais e a proteção da vulnerabilidade e desfiliação, não garante o mesmo em relação à saúde. Trabalhar e/ou ter emprego não garantem que os trabalhadores não adoçam e, dessa forma, transite via estatuto de doente para a zona de assistência (JARDIM, 2001).

O trabalhador, diante da necessidade de manter seu trabalho para garantir seu sustento e de sua família e, também por identificá-lo como elemento integrador e de reconhecimento pela sociedade, percebe-se em **busca por ações e estratégias que viabilizam o ser trabalhador com diabetes.**

Neste processo, as pessoas com diabetes e profissionais de saúde buscam adaptar as necessidades de autocuidado às condições existentes no contexto de trabalho, não promovendo mudanças substanciais no ambiente e modo de organização do trabalho.

Frente às barreiras encontradas no contexto de trabalho para o manejo do tratamento, as pessoas com DM mencionam alguns fatores que podem contribuir para a construção de condições favoráveis para o autocuidado no ambiente de trabalho. Aspectos como a aceitação da doença e a capacidade de lidar com ela foi considerada, pelas pessoas com diabetes, como um fator importante que permite monitoramento e controle da mesma no contexto de trabalho (DETAILLE; HAAFKENS; VAN DIJK, 2003; DETAILLE et al., 2006; FUKUNAGA; UEHARA; TOM, 2011; GONZÁLES et al., 2009; THOMAS, 2011). A aceitação compreende o aspecto de não ter vergonha de ter diabetes, precisando aceitar a doença e comunicar aos colegas. A não aceitação dificulta o processo de tratamento e controle (DETAILLE; HAAFKENS; VAN DIJK, 2003; THOMAS, 2011). Uma outra forma de

amenizar as dificuldades colocadas pelo trabalho, identificada pelas pessoas com diabetes, refere-se à necessidade de horários de trabalho flexíveis que permitam a visita ao médico e a realização de atividade física (FUKUNAGA; UEHARA; TOM, 2011; GONZÁLES et al., 2009).

Outros aspectos podem auxiliar o trabalhador com diabetes como o conhecimento dos colegas de trabalho sobre a doença e de como lidar nas situações de emergência, além da possibilidade de realizar adaptações no trabalho, como o planejamento do próprio ritmo de trabalho, com uma carga de trabalho estável e oportunidades de controle do diabetes no trabalho, bem como o apoio de profissionais de saúde cuja confiança e informação podem facilitar a autogestão do diabetes no trabalho (DETAILLE; HAAFKENS; VAN DIJK, 2003; DETAILLE et al., 2006).

Diante das restrições para realizar adaptações que envolvam mudanças no ambiente de trabalho e em seu modo de organização e produção, a pessoa com diabetes percebe-se com **dificuldades para manter-se no mercado de trabalho**, devido ao **desconhecimento do DM por empregadores e colegas de trabalho**. Como consequência, o trabalhador adoecido percebe o **diabetes mellitus como aspecto que antecipa a aposentadoria**.

Estudos (KRAUT et al., 2001; NG; JACOBS; JOHNSON, 2001) demonstram que as complicações crônicas decorrentes do diabetes interferem na possibilidade de se conseguir um emprego e também de permanecer no mesmo, havendo uma redução do emprego com o avanço da idade. Neste contexto, foi identificado que o diabetes aumenta de 60 a 70% o risco de deficiência para o trabalho e aposentadoria precoce, o que reduz substancialmente as chances de um trabalhador se manter no trabalho (HERQUELOT et al., 2011)

As comorbidades crônicas e os sintomas do diabetes são os preditores mais consistentes de deficiência para o trabalho, e conseqüentemente, para o desemprego (KORF et al., 2005). A principal maneira para prevenir as complicações crônicas, as comorbidades e o desenvolvimento de incapacidades para o trabalho, está no controle dos níveis de glicose no sangue, que pode interferir ou sofrer interferência das atividades de vida diária (GONZÁLES et al., 2009; THOMAS, 2011). As ações de autocuidado solicitada pelas doenças crônicas é essencial para a manutenção da produtividade e da habilidade para o trabalho (THOMAS, 2011).

Para as pessoas com diabetes, o manejo da doença no trabalho decorre de seu esforço e de sua organização, não existindo aparato legal que subsidie as acomodações necessárias à realização das ações de autocuidado. Os cuidados com a condição crônica não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais de saúde, as ações em saúde são

influenciadas pelas políticas sociais e de saúde que proporcionam acesso ao serviço, aos meios diagnósticos e terapêuticos e a outros condicionantes que interferem na vida dos adoecidos e podem, também, moldar a experiência do adoecimento (CANESQUI, 2007). Instrumentos legais são importantes, pois servem como parâmetros para as ações preventivas que possibilitam as pessoas trabalharem sem ter sua saúde prejudicada (SATO, 2001).

No Brasil, os aspectos relacionados ao direito da pessoa com diabetes ao trabalho ainda é incipiente. Apenas no Estado de São Paulo foi encontrada uma lei (Lei 11370 de 2003) que assegura o ingresso de pessoas com diabetes no serviço público estadual e que apresentam a qualificação profissional para o desempenho do trabalho. Esta lei estabelece como condição que a pessoa tenha sido aprovada em concurso público, e que mantenha a prática de tratamento, sob o risco de suspensão de remuneração (SÃO PAULO, 2003). Desta forma, observa-se que há uma responsabilização total da pessoa com diabetes pelo seu tratamento e trabalho, não prevendo acomodações na rotina e organização do trabalho que possibilite conciliar estas duas práticas.

Para a Associação Americana de Diabetes (ADA), qualquer pessoa com diabetes, dependente ou não de insulina, deve ser elegível para qualquer tipo de trabalho, desde que esteja qualificada para o desempenho do mesmo. Porém, é comum a prática de restringir determinados trabalhos em função do diagnóstico do diabetes ou do uso da insulina, sem considerar as habilidades do indivíduo e suas condições, decidindo com base em generalizações e estereótipos. Frente às questões relacionadas ao trabalho das pessoas com diabetes, a ADA orienta que se consulte um profissional com experiência de trabalho com pessoas com diabetes para que se possa fazer uma avaliação individualizada das condições destas pessoas para o trabalho (ADA, 2011).

Este posicionamento não é um consenso entre os diversos países. Na Espanha, por exemplo, as pessoas com diabetes são consideradas, de acordo com a normativa espanhola de prevenção de riscos laborais, como um trabalhador especialmente sensível, definido como aquele que apresenta características pessoais de maior suscetibilidade de risco frente a determinadas situações, sendo o empregador, o responsável em garantir as condições de trabalho para estes empregados (VICENTE-HERRERO et al., 2010).

Embora existam diferenças entre as legislações dos diferentes países, Estados Unidos e Espanha, há um consenso em compreender que os empregadores também precisam estar envolvidos e se responsabilizarem pelas adequações necessárias no ambiente de trabalho para que a pessoa com diabetes possa realizar o manejo adequado de seu tratamento, bem como o ter as condições necessárias para realizar seu trabalho.

Neste processo o profissional de saúde constitui-se em figura central, capaz de contribuir com a análise das condições de saúde da pessoa com diabetes, bem como de suas necessidades em conciliar as ações de autocuidado com o contexto e condições do trabalho. Porém o profissional de saúde percebe-se com **dificuldades para intervir nas demandas do trabalhador com diabetes**, o que acarreta **o sentimento de impotência para intervir no trabalho** e a identificação da **necessidade de instrumentalização para intervir neste contexto**.

Para o profissional de saúde o contexto de trabalho é percebido como centrado em obter a produtividade máxima de seus trabalhadores, não representando um contexto receptivo a ações em saúde que zelem pela saúde de seus trabalhadores. Embora percebam os efeitos nocivos que o trabalho - com seu modo de organização, divisão de tarefas, condições ambientais e valores vigentes - impõe ao trabalhador com diabetes, identificam que não possuem condições e instrumentos necessários para intervir neste contexto.

Embora o diabetes *mellitus* não seja uma condição cujo desenvolvimento tenha relação de causa direta com o trabalho, os resultados deste estudo, subsidiado por outros estudos realizados sobre as implicações entre diabetes e trabalho, apresentam que as condições em que esta atividade é desenvolvida podem influenciar no controle da condição crônica e, portanto, na saúde da pessoa com diabetes que trabalha. Desta forma, o trabalho constitui-se em um elemento determinante da saúde, que precisa ser compreendido e considerado pelos profissionais em sua prática de atenção.

Para tanto, é preciso considerar o campo da saúde do trabalhador, que tem como objeto o processo de saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Este campo de conhecimento considera o trabalho enquanto organizador da vida social, podendo representar um espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas igualmente de resistência, de constituição e do fazer histórico (MENDES; DIAS, 1991).

A atenção à saúde do trabalhador emergiu como um campo da saúde pública a partir da Constituição Federal brasileira de 1988, ao enunciar o conceito ampliado de saúde e considerar seus determinantes como as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego e ao atribuir ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade em executar as ações no país. Com a regulamentação do SUS pela lei 8.080 de 1990, que define os seus princípios e formatação do sistema de saúde, consolidou-se no plano legal e institucional o campo da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1988; DIAS; HOEFEL, 2005).

O campo da saúde do trabalhador no âmbito do SUS representa um avanço no desenvolvimento de ações neste setor, porém na prática alguns obstáculos precisam ser superados para que se consolide a proposta de Saúde do Trabalhador. Dentre as dificuldades destaca-se a crise financeira do setor de saúde, o qual necessita de maiores investimentos para que possa desenvolver as ações previstas.

Outro impasse refere-se à dificuldade dos diferentes níveis de atenção em saúde do SUS incorporarem a atenção à saúde do trabalhador como uma de suas atividades, pois as unidades e profissionais de saúde desconhecem esta atribuição e, muitas vezes, apresentam-se despreparados para realizarem o diagnóstico ou estabelecerem o nexo de uma enfermidade com o trabalho.

Soma-se a este aspecto a necessidade de ampliar a atuação na saúde dos trabalhadores para além da intervenção individual, de forma a abranger também o desenvolvimento de ações coletivas. Estas intervenções solicitam profissionais de saúde capacitados para identificarem as necessidades de saúde dos trabalhadores, bem como planejar e desenvolver ações que atendam a estas necessidades, aspecto que esbarra na falta de recursos financeiros e de recursos humanos para a realização das ações previstas pelo SUS (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

As dificuldades em relação à formação do profissional de saúde para atuar frente às questões do trabalho podem estar relacionadas ao fato histórico de que a atenção à saúde do trabalhador tenha surgido, ainda que de forma precária, associada ao profissional médico, sendo recente a atuação multiprofissional e intersetorial. Desta forma, a atuação nas questões de saúde e trabalho exige dos profissionais envolvidos um processo de capacitação para o desenvolvimento destas intervenções (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

Este processo de capacitação deve ser desenvolvido no intuito de aprofundar as reflexões sobre o processo saúde-doença e suas relações com o trabalho. Esta capacitação ao ser ofertada na formação do profissional generalista, não se restringindo a formação para o campo específico da saúde do trabalhador, possibilita um olhar atento às condições determinantes da saúde, como o trabalho, com base em uma compreensão ampliada em saúde.

Os profissionais de saúde ao perceberem-se impotentes para intervir frente às necessidades da pessoa com diabetes em relação ao trabalho e sem os instrumentos necessários para atuar neste contexto, não promovem uma intervenção em saúde que promovam mudanças nas condições e organização de trabalho, a qual solicitaria uma intervenção coletiva, extrapolando o contexto do serviço de saúde e abrangendo outros contextos como o do trabalho. Desta forma, o trabalhador com diabetes segue com

dificuldades para manter-se no trabalho, adaptando as ações em saúde a realidade de suas condições de trabalho, como consequência tem-se a redução do tempo de trabalho deste trabalhador, culminado em sua aposentadoria precoce.

Embora a formação do profissional de saúde seja relevante para a construção de ações visando à saúde do trabalhador com diabetes, a instrumentalização deste profissional deve estar respaldada também por garantias legais, por meio da elaboração de políticas públicas de saúde e sociais que garantam o direito da pessoa com diabetes em realizar as acomodações necessárias em nas condições e organização de seu trabalho de forma a possibilitar as ações de autocuidado necessárias à manutenção de sua condição de saúde.

A ausência de instrumentos legais que garantam as necessidades da pessoa com diabetes no contexto de trabalho pode ser compreendida como uma forma de manter esta questão velada também no âmbito das políticas públicas sociais e de saúde. Desta forma, revelar as implicações recíprocas entre diabetes e trabalho perpassam pela capacitação de profissionais de saúde e pela criação de leis que garantam o direito da pessoa com diabetes em realizar as modificações necessárias no trabalho para viabilizar as ações de autocuidado, bem como manter sua inserção e permanência no trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo possibilitaram identificar que o diabetes manifesta-se nos indivíduos ainda em idade produtiva e que o ser trabalhador com diabetes é significado como sempre foi velado, tanto pelas pessoas com diabetes, quanto por profissionais de saúde. Desta forma, as implicações entre diabetes e trabalho sempre foi velada nas interações que os adoecidos estabelecem com diferentes atores sociais como familiares, colegas de trabalho, empregadores e profissionais de saúde, que se estabelecem em contextos distintos, como o de trabalho, família, e dos serviços de saúde.

Ao revelar os significados das implicações entre diabetes e trabalho, as pessoas com diabetes e os profissionais de saúde, apresentam a percepção de que há uma implicação recíproca entre diabetes e trabalho, na qual tanto o diabetes, principalmente quando descompensado, pode acarretar limitações para o desempenho no trabalho, assim como o trabalho, ao se considerar as condições que oferece ao trabalhador e o seu modo de organização, pode acarretar dificuldades para a realização do autocuidado com a condição crônica.

As pessoas com diabetes e os profissionais de saúde ao partilharem os significados sobre a atenção à saúde, como restrita aos sintomas biológicos e pautadas em ações prescritivas, restringem a dimensão desta atenção a aspectos prescritivos. Desta forma, fica a critério da pessoa com diabetes apresentar ao profissional sua demanda em relação à dificuldade de conciliar ações de autocuidado com o trabalho. Porém, para muitos trabalhadores com diabetes a atenção à saúde ocorre nos serviços de pronto atendimento, ou mesmo em serviços em que há carência de profissionais de saúde, o que conduz a uma atenção breve, centrada na queixa em relação às complicações agudas e crônicas decorrentes do diabetes *mellitus*.

Desta forma, os significados partilhados na interação entre pessoas com diabetes e profissionais de saúde sobre a atenção à saúde resultam em interações que mantêm velada as implicações recíprocas entre diabetes e trabalho. Desvelar estas implicações solicita ações em saúde que promovam as condições adequadas para conciliar o autocuidado com o trabalho, de forma que não se realize apenas mudanças no autocuidado para adequar-se a realidade e exigências do trabalho, mas também que se promovam mudanças no contexto do trabalho no intuito de viabilizar a realização das ações de autocuidado e romper com condições de trabalho, que em muitos casos é exploratória e consiste em condições e relações precárias.

Para que as ações em saúde consigam abarcar os aspectos das implicações entre diabetes e trabalho, é preciso superar a atenção centrada em aspectos prescritivos e centrados nos sintomas, o que exige dos profissionais de saúde capacitação para abordar estas questões. Em contrapartida, necessita-se de um sistema de atenção em saúde que considere esta prática como integrada os serviços prestados. Desta forma, os serviços de saúde poderiam apoiar as pessoas com diabetes que trabalham frente às dificuldades que podem encontrar neste contexto para realizarem suas ações de autocuidado, além de pode ser um apoio também a empregadores, por meio de ações educativas e de promoção da saúde, que favoreçam a participação de pessoas com diabetes no trabalho, tanto esclarecendo as potencialidades e capacidade deste trabalhador, como apresentando que, em casos que necessitam de adaptações no trabalho, estas adaptações são em geral de baixo custo.

A explicitação do modelo teórico buscou ampliar a compreensão sobre a experiência de ser trabalhador com diabetes, no intuito de avançar na compreensão desta experiência, de forma a agregar conhecimentos para que profissionais da saúde tenham mais subsídios para avaliar e intervir nas demandas relacionadas às implicações entre diabetes e trabalho. Neste processo, a criação de instrumentos legais, que definam os direitos das pessoas com diabetes neste contexto do trabalho, é fundamental para viabilizar a realização de mudanças no contexto e condições de trabalho, no intuito de promover as condições necessárias para a realização das ações de autocuidado neste contexto e para o desenvolvimento profissional do trabalhador com diabetes.

Desta forma, espera-se que os resultados apresentados neste estudo, sobre as implicações entre diabetes e trabalho fomentem discussões e reflexões sobre esta questão e mobilize os atores envolvidos nesta temática, como profissionais de saúde, pessoas com diabetes, empregadores e representantes do poder público no desenvolvimento de ações, que garantam as condições necessárias para que o trabalhador com diabetes tenham as condições necessárias para realizar o autocuidado e desenvolver-se profissionalmente.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo buscou compreender o significado de ser trabalhador com diabetes na perspectiva das pessoas com diabetes e profissionais de saúde, porém destaca-se a importância de compreender a perspectiva dos empregadores e colegas de trabalho, visando ampliar a compreensão sobre a temática em estudo.

A experiência de ser trabalhador com diabetes foi revelada a partir da vivência cotidiana, tendo como base o Interacionismo Simbólico. Este referencial teórico possibilita uma análise micro social, a partir do comportamento humano e das ações e interações estabelecidas entre as pessoas. Assim, embora o cotidiano de experiências das pessoas com diabetes seja um lócus privilegiado, observa-se a necessidade de uma análise econômica e política que possibilitaria uma visão complementar sobre o problema em estudo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBERTI, G. et al. Type 2 Diabetes in the Young: The Evolving Epidemic. **Diabetes Care**, Virginia, v.2, n.7, p.1798-1811, Jul. 2004. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/27/7/1798.full.pdf+html>>. Acesso em: 01 Out. 2013.

ALMEIDA, L. M. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. **Rev. Port. Sau. Pub.** São Paulo, v.28, n.1, Jan./Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a09>>. Acesso em: 05 Dez. 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes - 2011. **Diabetes Care**, Virginia, v.34, p.S11-S61, Jan.2011. Supplement 1. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S11.full.pdf+html>. Acesso em: 24 Oct. 2012.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diabetes and Employment. **Diabetes Care** Virginia, v.37, p.S80-S84, Jan.2009. Supplement 1. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/32/Supplement_1/S80.full.pdf+html>. Acesso em: 30 Set. 2013.

BAHIA, L. R. et al. The Costs of Type 2 Diabetes Mellitus Outpatient Care in the Brazilian Public Health System. **Value in Health**, São Paulo, v.14, n.5, p.S137-S140, Jul. 2011. Disponível em: <<http://www.ispor.org/consortiums/LatinAmerica/documents/ViH/TheCostofType2DiabetesMellitus.pdf>>. Acesso em: 05 Dez. 2013.

BARCELÓ, A. et al. The costs of diabetes in Latin America and the Caribbean. **Bull. World health Organ**, Geneva, v.81, n.1, p.19-27, Mar.2003. Disponível em: www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0042-96862003000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en Acesso em: 12 Jan.2012.

BARSAGLINI, R. A. **As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. 248p.

BIERNACKI, P; WALDORF, D. Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological methods & research**, London, v.10, n.2, Nov. 1981. Disponível em: <http://columbiauniversity.us/itc/hs/pubhealth/p8462/misc/biernacki_lect4.pdf>. Acesso em: 02 Jul. 2013.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Califórnia: University of Califórnia; 1969. 224 p.

BODENHEIMER, T; WAGNER, E. H; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. **JAMA**, Chicago, v. 288, n. 15, p. 1909–1914, Out. 2002. Disponível em: <<http://www.uft-a.com/PDF/JAMABodenheimer10-02.pdf>>. Acesso em: 10 Jul. 2013.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<http://pgt.mpt.gov.br>>. Acesso em: 12 Ago.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: DF, 2006. Disponível em: <<http://www.uft-a.com/PDF/JAMABodenheimer10-02.pdf>>. Acesso em: 10 Jul. 2013.

BROWN, H. S. et al. Diabetes and the labor market: The community-wide economic cost in the Lower Rio Grande Valley. **Diabetes Care**, Virginia, v.28, n.12, p.2945- 2947, Dez. 2005. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/28/12/2945.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 Jul. 2013.

CANESQUI, A. M. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. In:_____. **Olhares socioantrológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: HUCITEC: FAPESP, 2007, p.9-18.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.6, p. 823-31, Nov./Dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600018>. Acesso em: 05 Fev. 2013.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.30, n.1, p. 146-161, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100011. Acesso em: 05 Jan. 2013.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. 611p.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada nos dados: guia prático para as abordagens qualitativas**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

CHARON M. **Symbolic interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 9. ed. Califórnia: Prentice–Hall; 2006.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. In: Rocha, L. E.; Rigotto, R.M.; Buschinelli, J. T. P. (Orgs.) **Isto é Trabalho de Gente?** Vida, Doença e Trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes. 1994. cap 4. p. 56-75.

CONRAD, P.; BARKER, K. K. A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. Tradução de Tatiana de Andrade Barbarini. **Idéias**, Campinas, n. 3, 2011.

CORBIN, J.; STRAUSS. A. **A Grounded Theory Research**: procedures, canons and evaluative criteria. Qualitative Sociology, New York, v.13.n.1, p.3-21,1990.

DALL, T. M.; et al. The Economic Burden of Diabetes. **Health Affairs**, United States, v.29, n.2, p.297-303, Jan.2010. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/29/2/297.full.pdf+html>>. Acesso em: 6 Feb. 2013.

DAMIÃO, E. B. C.; PINTO, C. M. M. Sendo transformado pela doença: a vivência do adolescente com diabetes. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.4, Jul./Agu. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/16127/17716>>. Acesso em: 8 Nov. 2013.

DAMIÃO, E. B. C., et al. Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, p.1199-1203, 2009. Especial 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a09v43s2.pdf>. Acesso em: 8 Nov. 2013.

DEJOURS. C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 54, n.14, p. 7-11, Abr./Mai/Jun. 1986.

_____. **A loucura do trabalho**. Estudo de psicopatologia do trabalho. 3.ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992. 163 p.

_____. Por um trabalho fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**. SãoPaulo. v. 33; n. 3; p. 98-104 Mai./Jun. 1993.

_____. **A banalização da injustiça social**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. 158 p.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S.G. Abordagens Quantitativas e Qualitativas em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAIO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs). **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2008. Cap.7, p.195-226.

DETAILLE, S.; HAAFKENS, J.; VAN DIJK, F. J. H. What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work. **Scan J Work Environ Health**. Amsterdam, v.29, n.2, p.134-142, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12718499>>. Acesso em: 12 Jan.2013.

DETAILLE, S.; et al. What employees with diabetes mellitus need to cope at work: views of employees and health professionals. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 64, n.3 p.183 – 190, Dec. 2006. Disponível em: <[http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(06\)00005-X/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(06)00005-X/pdf)>. Acesso em: 12 Jan. 2013.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.10, n. 4, p. 817-828, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a07v10n4.pdf>>. Acesso em: 14 Mar. 2013.

DIAS, E. C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: CODO, W; MACHADO, J.; SORATTO, L. (orgs) **Saúde e Trabalho no Brasil**. São Paulo: Editora Vozes, 2010. cap.9, p.138-156.

ESTADOS UNIDOS DA AMERICA (Departamento de Justiça). **Americans with Disabilities Act (ADA)**, 2005. Disponível em: < <http://www.ada.gov/cguide.htm>>. Acesso em: 17/10/2012.

FARIA, A. P. S.; BELLATO, R. A compreensão do fenômeno condição crônica por diabetes *mellitus* a partir da experiência de adoecimento. **Rev. Eletr. Enf**, Goiás, v.12, n.3, p. 520-527, 2010. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a15.htm. Acesso em: 12 Jun.2013.

FLICK. U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS-FOSS M. C.; FOSS, M. C. Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p. 389-393, Abr./Dez. 2003. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/27cetoacidose_diabetica_estado_hiperglicemico_hiper_osmola.pdf>. Acesso em: 12 jan.2014

FUKUNAGA, L. L.; UEHARA, D.L.; TOM, T. Perceptions of diabetes, barriers to disease management, and service needs: a focus group study of working adults with diabetes in Hawaii. **Prev. Chronic Dis.**, Atlanta, v.8, n.2, Mar. 2011. Disponível em <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/mar/09_0233.htm>. Acesso em: 15 Jun. 2011.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **A Discovery of grounded theory**. Berlin: Aldine de Gruyter, 1967.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Tradução de Maria Cecília Santos Raposo. 15. Ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 233p.

GONZÁLEZ, G. R.; et al. Problemática Laboral em um grupo de personas com diabetes *mellitus*. **Revista Cubana de Endocrinologia**, Cuba, v.20, n.6, p. 89-103, Sep./Dec. 2009. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532009000300003. Acesso em: 12 Jan. 2013.

GROSS, J.L.; et al. Diabetes *mellitus*: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v.46, n.1, p.16-26, Fev. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302002000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 set. 2013.

HAGUETTE, TMF. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3.ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

HERQUELOT, E.; et al. Impact of diabetes on work cessation: data from the Gazel cohort study. **Diabetes Care**, Virginia, v.34, n.06, p.1344-1349, Jun. 2011. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/34/6/1344.full>. Acesso em: 12 Jan.2013.

JARDIM, S. R. Trabalho e Doença Mental. In: BORGES, L. H.; MOULIN, M. G. B.; ARAÚJO, M.D. (Orgs). **Organização do trabalho e saúde: Múltiplas relações**. Vitória: EDUFES, 2001. cap. 3, p.137-156.

KORF, M.V. et al. Work disability among individuals with diabetes. **Diabetes Care**, Virginia, v.28, n.6, p.1326-1332, Jun. 2005. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/28/6/1326.long>>. Acesso em: 3 fev.2013.

KRAUT, A. et al. Impact of diabetes on employment and income in Manitoba, Canada. **Diabetes Care**, Virginia, v.24, n.1, p.64-68, Jan. 2001. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/24/1/64.long>. Acesso em: 7 Jan.2013.

LANCMAN, S. Construção de novas teorias e práticas em Terapia Ocupacional, Saúde e Trabalho. In: LANCMAN, S. **Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004. cap.3, p.71-83.

LAURELL A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Cuadernos Médicos Sociales**, n.19, Ene, 1982. Disponível em: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

LIMA, R. C. Trabalhador 2000: inteligente, criativo, emocionado, participativo. In: BORGES, L. H.; MOULIN, M. G. B.; ARAÚJO, M. D. (Orgs). **Organização do trabalho e saúde**. Múltiplas relações. Vitória: EDUFES, 2001. cap.1, p.55-65.

LOBATO, B. C. **Pessoas com deficiência no mercado de trabalho: implicações da Lei de cotas**. 2009, 149f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial). Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2009.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v32n115/11.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

MALERBI, D. A; FRANCO L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care**, Virginia, v.15, n.11, p.1509-1516, Nov.1992.

MALTA, D.C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010. Acesso em: 2 abr. 2013.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-am. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p.35-18, Dez. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a02>. Acesso em: 2 mai. 2014.

MATHEUS, M. C. C.; PINHO, F. S. Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.19, n.1, p.49-55, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a08v19n1>>. Acesso em: 05 mai. 2013.

MEAD, G. H. **Mind, self and society**: from the standpoint of a social behaviorist. Chicago: University of Chicago Press; 1972.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 25, n. 05, p.341-349, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2013.

MERLO A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v.19, n.1, p.61-68, Jan./Abr, 2007.

MINAYO, **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11.ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2008. 407p.

MORAES, S. A. et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-941, Mai. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500015. Acesso em: 4 Jun. 2013.

MOREIRA, H; CALEFFE, L. **Metodologia de pesquisa para o professor pesquisador**. São Paulo: Cortez, 2006.

MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E. F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1661 - 1667, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013517027>. Acesso em: 02 Mai. 2013.

MUÑOZ, L. A. et al. Significados simbólicos dos pacientes com doenças crônicas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p.77-84, Dec. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342003000400009&script=sci_arttext. Acesso em: 7 Dez. 2013.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v.19, 2007. Número Especial. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000400004>. Acesso em: 24 Abr. 2013.

NG, C. Y.; JACOBS, P.; JOHNSON, J. A. Productivity losses associated with diabetes in the U.S. **Diabetes Care**, Virginia, v.24, n.2, Fev. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 Mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Organização Mundial da Saúde: Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccportuguese.pdf>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

PATERSON, B. et al. Living with diabetes as a transformational experience. **Qualitative Health Research**, v.9, n. 6, p. 786-802, 1999.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na atenção a saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118p.

RAMSEY, S. et al. Productivity and Medical Costs of Diabetes in a large employer population. **Diabetes Care**, Virginia, v.25, n.1, Jan. 2002

ROSA, R.S. et al. Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v.10, n. 4, p.465-78, 2007. Disponível:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61874/000621972.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 Set. 2013.

SÃO PAULO (Estado). **Lei 11.370**, de 28 de março de 2003. Dispõe sobre o ingresso no serviço público estadual de pessoas portadoras de diabetes, aprovadas em concurso público. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/163401/lei-11370-03-sao-paulo-sp>. Acesso: 07/09/2010.

SATO, L. Replanejamento do Trabalho como processo de construção e de negociação dos significados. In: BORGES, L. H.; MOULIN, M. G. B.; ARAÚJO, M. D. (Orgs) **Organização do trabalho e saúde**. Múltiplas relações. Vitória: EDUFES, 2001. cap.2, p.71-86.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z.; Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Res Clin Pract**. v.87, n.1, p. 4-14, Jan.2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet. Série Saúde no Brasil* 4. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da SBD**. Jardim Londrina: SP: AC Farmacêutica Ltda, 2013.

STRAUSS, A., CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: Técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, Virginia, v.26, p. S5-S20, Jan. 2002. Supplement 1. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/25/suppl_1/s5.full.pdf+html. Acesso em: 12 Jan. 2012.

THOMAS, E. A. Diabetes at work. A grounded-theory pilot study. **AAOHN Journal**, v. 59, n.5, p213-220, May. 2011.

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

TRIEF, P. M. et al. Impact of the work environment on glycemic control and adaptation to diabetes. **Diabetes Care**, Virginia, v.22, n.04, p569-574, Abr. 1999.

TUNCELI, K. et al. The impact of diabetes on employment and work productivity. **Diabetes Care**, Virginia, v.28, n.11, Nov. 2005.

TUNCELI, K. et al. Long-term projections for diabetes-related work loss and limitations among U.S. adults. **Diabetes Res Clin Pract.**, n.83, p. 23-25, 2009.

VICENTE-HERRERO, T. et al. El paciente diabetic como trabajador especialmente sensible en medicina del trabajo. **Ciência & Trabajo**, Santiago, v. 37, Jul./Set; 2010.

VIJAM, S.; HAYWARD, R. A.; LANGA, K. M. The impact of diabetes on workforce participation: results from a national household sample. **Health Services Research**. Chicago, v. 39, n 6, part1, Dez. 2004;

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Eff Clin Pract.** v.1, n. 2, Aug./Sep. 1998. Disponível em: <http://www.acponline.org/clinical_information/journals_publications/ecp/augsep98/cdm.pdf>. Acesso em 12 Jun. 2013.

WAGNER, E. H; et al. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. **Health Affairs.** United States, v.20, n.6, p.64-78, 2001.

WILD, S. et al. Global Prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care.** Virginia, v. 27, p.1047–1053, 2004

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics.** Geneva: World Health Organization, 2011a

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva: World Health Organization, 2011b

ZHANG, P. et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Res Clin Pract.** v.87, p. 293-301, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a):

Meu nome é **Beatriz Cardoso Lobato**, sou aluna de pós-graduação (doutorado) pelo Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: ***“Implicações do diabetes na atividade produtiva: uma visão das pessoas com diabetes e dos profissionais de saúde”*** sob orientação da Professora Doutora Carla Regina de Souza Teixeira da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

O objetivo desse estudo é conhecer como as pessoas com diabetes e profissionais de saúde compreendem as implicações do diabetes no desempenho da atividade produtiva. Ao participar desta pesquisa, você contribuirá para o desenvolvimento de orientações adequadas à realidade do trabalhador com diabetes, bem como para o desenvolvimento de subsídios para a criação de um aparato legal que garanta o direito da pessoa com diabetes ao trabalho.

Venho convidar o(a) senhor(a) para colaborar com a presente pesquisa, para isto gostaria que respondesse a uma entrevista, que terá duração de aproximadamente 40 minutos e serão realizadas Unidade Básica Distrital de Saúde Centro Saúde Escola Joel Domingues Machado, na sala 22, onde ocorre o atendimento do grupo de educação em diabetes, as quintas-feiras, na parte da tarde.

Afirmo que não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaria de saber sua opinião; e que se o(a) senhor(a) não quiser responder a alguma pergunta, sua vontade será respeitada e poderá encerrar sua participação no momento em que achar necessário.

Gostaria de gravar a entrevista para não perder as informações. Copiarei as respostas em um papel e em seguida apagarei tudo o que foi gravado. Usarei o gravador somente se o(a) senhor(a) aceitar. Não haverá pagamento ou ajuda de custo para a sua participação nessa pesquisa. O(a) Sr(a) não terá disponível nenhuma compensação financeira adicional, sendo de sua responsabilidade somente o deslocamento até o local da pesquisa. Solicitamos o seu consentimento para que os dados sejam apresentados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas, sendo garantido o sigilo (segredo) da sua identidade.

Fica claro que a sua participação neste projeto é voluntária. Isto significa que você ou o seu representante legal estão livres para deixar de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo, por parte do pesquisador ou da instituição de saúde.

Caso seja de seu interesse, poderei fornecer informações a respeito de serviços assistenciais disponíveis na rede SUS para tratamento do seu caso. Ficarei com uma cópia deste termo assinada e entregarei a você uma segunda via também assinada. Coloco-me à sua disposição para os esclarecimentos que achar necessário. Agradeço a sua atenção.

Contatos da pesquisadora: Beatriz Cardoso Lobato, Tel: (16) 96010061, e-mail: beatriz@fmrp.usp.br (Rua Barão do Amazonas, 2339, apto. 307, Jardim Sumaré – Ribeirão Preto – SP)

Eu, _____, após ler, compreender e ser esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar desse estudo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do Entrevistado

Assinatura da Pesquisadora
Beatriz Cardoso Lobato

APENDICE B – Instrumento Coleta de dados**Dados Sociodemográficos e referente ao diagnóstico de diabetes *melittus* – Pessoas com diabetes****Data:****Entrevistador:****Entrevista nº:**

Nome:	DN:	Sexo:
Endereço:		
Telefone:		
Estado civil e composição familiar:		
Escolaridade:		
Ocupação:		
Tempo da doença:		
Comorbidades:		
Medicamentos Utilizados:		
OBS:		

APENDICE C – Roteiro de Entrevista Semiestruturado – Pessoas com diabetes

1. Fale sobre sua rotina de vida com o diabetes.
2. Houve mudanças em sua rotina com o diagnóstico de diabetes?
3. Qual o tratamento que você realiza para o diabetes?
4. Quando você foi diagnosticado com diabetes houve a necessidade de modificações em sua rotina de trabalho?
5. Quando está no trabalho você realiza alguma ação de autocuidado relacionado ao diabetes? Qual? Em que condições?
6. Qual sua percepção sobre as implicações entre diabetes e trabalho?
7. Como lida com as implicações do diabetes *mellitus* em sua rotina de trabalho?
8. Como é para as pessoas com diabetes participarem de processos de seleção para o trabalho?
9. Se fosse necessário realizar algum tipo de adaptação visando o manejo adequado da doença como seria solicitar esta adaptação em seu local de trabalho?
10. Você recebe orientações para o manejo da doença no ambiente de trabalho? Quais são as orientações?
11. Você percebe quando sua glicemia está alterada? Como identifica esta alteração?
12. Você já teve algum episódio de hiperglicemia ou hipoglicemia no trabalho? Como lidou com esta situação?
13. Você já sofreu algum tipo de discriminação no trabalho por causa do diabetes? Você poderia relatar sua experiência?
14. Quais os recursos sociais disponíveis para auxiliar a pessoa com diabetes na inserção e permanência na atividade produtiva?
15. Tem algo que não perguntei e que acha importante incluir ou destacar?

APENDICE D – Instrumento Coleta de dados**Dados dos Profissionais de Saúde****Data:****Entrevistador:****Entrevista nº:**

Nome:	
Data de Nascimento:	Sexo:
Formação profissional/ano de formação:	
Pós-graduação/ano em que concluiu:	
Tempo de atuação na rede pública de saúde:	
Tempo de atuação na atual unidade de saúde:	
Unidade de saúde em que atua/cargo que ocupa:	
Atividades que realiza nesta unidade:	
Há quanto tempo trabalha com diabetes:	
OBS.	

APENDICE E - Roteiro de entrevista semiestruturado – Profissionais de saúde

1. Qual sua percepção sobre o diabetes?
2. Quais as orientações que realiza em sua prática profissional à pessoa com diabetes?
3. Na sua percepção o diabetes implica em mudanças na rotina? Como?
4. Você já teve algum paciente que encontrou dificuldades para se inserir ou se manter no trabalho? Quais as orientações prestadas? Como foi orientar esta pessoa?
5. Em sua prática profissional quais aspectos da rotina e atividades desenvolvidas pela pessoa com diabetes você procura conhecer?
6. Qual sua percepção sobre a interação entre diabetes e trabalho?
7. Você procura conhecer a rotina de trabalho da pessoa com diabetes para realizar as orientações em saúde?
8. Você se sente instrumentalizado para realizar as orientações de manejo do diabetes no ambiente de trabalho?
9. Tem algo que eu não perguntei e que acha importante incluir ou destacar?

ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 525/2011

Ribeirão Preto, 21 de dezembro de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 145ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de dezembro de 2011.

Protocolo: nº 1469/2011

Projeto: Implicações do diabetes na atividade produtiva: uma visão das pessoas com diabetes e dos profissionais de saúde.

Pesquisadores: Carla Regina de Souza Teixeira
Beatriz Cardoso Lobato

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Carla Regina de Souza Teixeira
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**ANEXO B- Autorização para realização do estudo no Centro de Saúde Escola
“Joel Domingues machado”**

Ribeirão Preto, 25 de novembro de 2011

DECLARAÇÃO

Declaramos que a pesquisadora **BEATRIZ CARDOSO LOBATO** de Pesquisa intitulado: ***“IMPLICAÇÕES DO DIABETES NA ATIVIDADE PRODUTIVA: UMA VISÃO DAS PESSOAS COM DIABETES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”***, para apreciação sendo aprovado no Ambulatório de Endocrinologia, Estágio Integrado e pela Direção de Enfermagem do CSE-Sumarezinho-FMRP-USP. A Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa para que se inicie o desenvolvimento do mesmo.

Profª. Dra. Nereida Kilza da Costa Lima
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
CSE-FMRP-USP

Ilmo. Senhora.

Profª. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Geral e Especializado da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP