

**A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS EM DUAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE PIRACICABA – SP**

ANA LÚCIA LOVADINO DE LIMA

Dissertação de mestrado desenvolvida na
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo

Área de concentração:
Nutrição

ORIENTADORA: PROFa. Dra. SÔNIA
BUONGERMINO DE SOUZA

São Paulo
2002

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura: *Allyma*

Data: *21/11/2002*

DEDICATÓRIA

Os meus sonhos e realizações não seriam tão completos sem todo apoio, incentivo e compreensão que vocês dispuseram.

Aos meus pais, Wande e Dalva, e ao meu companheiro Fábio dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

- Às pessoas com diabetes e aos profissionais de saúde que permitiram a realização deste estudo;
- À Dra Sônia Buongiorno de Souza, nutricionista e professora, pela orientação e dedicação oferecida;
- À Professora Dra Denise Giacomini da Motta, por toda dedicação, exemplo e incentivo para a realização deste trabalho;
- À Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, pela autorização desta pesquisa;
- Ao Laboratório de Análises Clínicas da Prefeitura de Piracicaba, pelo apoio oferecido;
- À Daniele Ribeiro, pela colaboração na coleta de dados;
- À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela bolsa de estudo concedida.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Lima ALL. **A atenção às pessoas com diabetes em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Piracicaba – SP.** São Paulo; 2002. [Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Introdução: O diabetes *mellitus* (DM) é um dos mais importantes problemas mundiais de saúde da atualidade. A tendência de aumento na sua prevalência, para os próximos anos, está determinando a necessidade de modificação e intensificação da atenção às pessoas com diabetes.

Objetivos:

Geral: Avaliar a assistência oferecida às pessoas com DM em duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Piracicaba, SP.

Métodos: O tipo de assistência oferecida pelas UBSs às pessoas com diabetes foi avaliada com o auxílio de um instrumento estruturado que foi aplicado a um funcionário de cada UBS. Foi feita uma caracterização da população das duas UBS (n=100). Os quinze primeiros entrevistados de cada UBS foram convidados a participar em um grupo focal para levantar as suas representações diante do DM, seu tratamento e da atenção que recebem nas UBSs. As representações dos profissionais de saúde diante da atenção às pessoas com diabetes foram identificadas por meio de entrevistas individuais com o auxílio de um instrumento com perguntas abertas. Para o agrupamento e avaliação dos dados qualitativos foi utilizada a técnica do “Discurso do Sujeito Coletivo”.

Resultados: Em ambas UBSs notou-se diferentes níveis de sensibilização e preparo dos profissionais em relação ao diabetes e seu tratamento e a ausência de uma efetiva equipe multiprofissional. A população de usuários das duas UBSs era composta por uma maioria de indivíduos do sexo feminino, com idade superior a 60 anos, baixo nível de escolaridade e de renda, com sobrepeso e obesidade. A avaliação da glicemia e hemoglobina glicosilada mostrou que a maioria da população não está conseguindo atingir o controle adequado do diabetes. Os usuários da Unidade 2 se

mostraram satisfeitos e os usuários da Unidade 1 se mostraram insatisfeitos com os serviços oferecidos pelas UBSs.

Conclusões:

A UBS 2 apresentou melhores condições para assistir às pessoas com diabetes do que a UBS 1, embora ambas tenham apresentado deficiências. Existem diferentes graus de sensibilização e preparo dos profissionais dentro de uma mesma UBS. Grande parte da população apresentou-se com sobrepeso e obesidade e descontrole glicêmico. Não houve diferenças entre o perfil das populações das UBSs. Os usuários da UBS 2 se mostraram satisfeitos e os usuários da UBS 1 insatisfeitos com a atenção oferecida.

SUMMARY

Lima ALL. **A atenção às pessoas com diabetes em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Piracicaba – SP** [Assistance to people with diabetes in two Basics Health Units in Piracicaba-SP]. São Paulo (BR); 2002. [Tese de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Introduction: Diabetes *mellitus* is one of the most important world health problems at present. There is a tendency in its occurrence in the next few years and this will generate the necessity of modifying and intensifying the care given to people have diabetes.

Objectives:

General: To assess the assistance given to people with diabetes in two Basics Health Units (BHUs) in Piracicaba – SP.

Methods: The kind of assistance offered by BHUs to people with diabetes was evaluated with the help of structure questionnaire that was applied for an employee of each BHU. A characterization of the population of both BHUs was done through individual interviews and a questionnaire. The first 15 people interviewed in each BHU were invited to participate in focal group to analyze their representation facing diabetes, its treatment and the attention offered by BHUs. The health professionals representation facing diabetes care were identified through individual interviews with a help of a structure questionnaire. In order to join and to evaluate the qualitative data the “Discourse of the Colletive Subject” technique was used.

Results: Different levels of sensibility and prepare of health professionals and the lack of multiprofessional staff were observed in both BHUs. The population of users in both BHUs was, in majority, overweight and obese women, above 60, with both low income and education. It was observed through biochemical tests that the majority of the population has a bad diabetes control. The users of BHU 2 were satisfied and the users of BHU 1 were unsatisfied with the service offered.

Conclusions: : The BHU 2 had better conditions for diabetes care than BHU 1 although both had deficiencies. There are different levels of sensibilization and prepare of health professionals in the same staff. The most of population was overweight and obese and has bad glicemic control. There were not differences in BHUs populations characteristics. The users of BHU 2 were satisfied and the usèrs of BHU1 unsatisfied with the attention offered.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	
1.1 Definição e classificação	1
1.2 Aspectos epidemiológicos	2
1.3 Complicações	4
1.4 Tratamento	12
1.5 Atenção às pessoas com diabetes.....	21
2 JUSTIFICATIVA.....	24
3 OBJETIVOS	25
4 METODOLOGIA	
4.1 Local de estudo.....	26
4.2 População	27
4.3 Procedimentos	29
4.4 Critérios adotados	33
4.5 Análise dos dados.....	35
5 ASPECTOS ÉTICOS	37
6 RESULTADOS	
6.1 Ações de saúde oferecidas aos usuários com diabetes.....	38
6.2 Representações dos profissionais de saúde diante da atenção às pessoas com diabetes.....	40
6.3 Perfil social, cultural, antropométrico, bioquímico e dietético dos usuários com diabetes das Unidades de Saúde 1 e 2.....	52
6.4 Representações dos usuários diante do diabetes e da atenção que recebem nas Unidades de Saúde.....	69
7 DISCUSSÃO.....	73
8 CONCLUSÕES.....	91
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	
Anexo 1 – Instrumento de coleta de informações sobre a assistência dada às pessoas com diabetes	
Anexo 2 – Instrumento de coleta das representações dos profissionais em relação a assistência às pessoas com diabetes	
Anexo 3 – Instrumento para caracterização da população	
Anexo 4 – Roteiro para as reuniões com os grupos focais	
Anexo 5 – Folheto de informações sobre o diabetes	
Anexo 6 – História em quadrinhos sobre o diabetes tipo 2	
Anexo 7 – Termo de consentimento para os usuários	
Anexo 8 – Termo de consentimento para os profissionais de saúde	

1 INTRODUÇÃO

1.1 - Definição e Classificação

O Diabetes *mellitus* (DM) é uma doença que existe há bastante tempo. No primeiro século após o nascimento de Cristo, o médico grego Arateus escreveu sobre uma doença em que o corpo “comia sua própria carne” e liberava grandes quantidades de urina. Ele a denominou diabetes, da palavra grega que significa “sifão” ou “passagem através”. Muito mais tarde, no século dezessete, a palavra *mellitus*, do termo latino para mel, foi acrescentado devido à natureza adocicada da urina (WILLIANS 1997).

O diabetes *mellitus* é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Todos os tipos de diabetes manifestam os mesmos sintomas, pelo fato de apresentarem hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas (GROSS et al 2000; ZIMMERMAN e WALKER 1999).

O diabetes pode ser classificado em:

- Tipo 1: resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência a cetoacidose. Inclui casos decorrentes de doença auto-imune e aqueles nos quais a causa de destruição das células beta não é conhecida.

- Tipo 2: resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção de insulina. A maioria dos pacientes tem excesso

de peso e a cetoacidose ocorre apenas em situações especiais, como durante infecções graves.

- Gestacional: é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto.
- “Outros tipos de diabetes”: engloba várias formas de diabetes *mellitus* (DM), decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com usos de fármacos diabéticos (GROSS et al 2000).

1.2 – Aspectos epidemiológicos

O diabetes *mellitus* é um dos mais importantes problemas mundiais de saúde na atualidade em termos do número de pessoas afetadas, incapacitação, mortalidade prematura, custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações (que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos). A prevalência nos países da América do Sul aumentou nos últimos anos e varia entre 4 e 16%. Há uma tendência ao aumento de sua prevalência, que deverá ocorrer devido, entre outras razões, à longevidade progressiva das populações e a modificações sócio-culturais induzidas pela urbanização (FIGUEROLA 1990; ALAD 1996; SBD 1997; GROSS et al 2000).

As complicações do diabetes estão associadas com a perda ou deficiência de várias partes do corpo, como os olhos, rins e nervos. Pessoas com diabetes tipo 2 têm

um risco maior de doenças coronarianas, doenças vasculares periféricas e derrame, e têm uma provável tendência a hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION 2002).

No estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes *mellitus* no Brasil, em nove capitais do país, realizado em 1992, encontrou-se uma prevalência de 7,6% em indivíduos com idade entre 30 e 69 anos. As taxas de prevalência para homens (7,5%) e mulheres (7,6%) foram semelhantes (MALERBI e FRANCO 1992).

A mortalidade por diabetes *mellitus* apresenta-se crescente, sendo uma importante causa de óbito por doença crônica não-transmissível em nosso meio. Em 1992, o coeficiente de mortalidade por diabetes como causa básica foi de 50,3 e 72,4 por 100 mil habitantes para a população masculina e feminina respectivamente, com mais de 40 anos de idade (FOSS 1990; ROUCARYOL 1994; FRANCO et al 1998). No estudo realizado por Lessa, 1999, a tendência de mortalidade também se mostrou crescente em todas as capitais brasileiras estudadas (LESSA 1999).

Um estudo do diabetes como causa básica ou associada de morte, realizado no estado de São Paulo, mostrou que os índices de mortalidade são subestimados, pois os diabéticos geralmente morrem devido às complicações crônicas da doença, não estando declarado no atestado o diabetes como a causa do óbito. Analisando todas as causas mencionadas no atestado de óbito, o diabetes foi mencionado em 6,8% dos casos, sendo a causa básica em 2,6%. A proporção foi maior para mulheres do que para homens (4,6% como causa mencionada e 2,9% como causa básica)

(FRANCO et al 1998). Ressalta-se que a análise das estatísticas de mortalidade baseadas unicamente na causa básica de óbito pode levar a perfis distorcidos (COELI et al 2002).

As pessoas com peso superior a 20% do ideal, que tenham pais ou parentes de primeiro grau com a doença, apresentam maior possibilidade de desenvolvê-la (GILMAN 1996). As mudanças no estilo de vida e no consumo alimentar dos últimos tempos vêm contribuindo para o aumento da prevalência do diabetes *mellitus* tipo 2 em crianças e adolescentes, determinando diferentes necessidades na atenção às pessoas com diabetes, principalmente em relação à prevenção (HANSEN et al 2000).

1.3 - Complicações

As complicações da doença podem ocorrer se a pessoa com diabetes não tiver um bom controle de sua glicemia. Essas complicações podem ser divididas em agudas e crônicas (OPPENHEIM 1996).

Crônicas

Recebem este nome aquelas orgânicas que afetam de maneira mais ou menos específica as pessoas com diabetes. As lesões dos tecidos são geralmente irreversíveis e sua causa não é totalmente conhecida, porém a hiperglicemia crônica constitui possivelmente o principal fator desencadeante (FIGUEROLA 1990).

As complicações crônicas do diabetes se classificam em três grupos:

1 – microangiopáticas: que afetam a circulação de pequeno calibre (retinopatia, nefropatia)

2 – macroangiopáticas – que afetam os vasos de grande calibre (arteriosclerose)

3 – Neuropáticas – que afetam o sistema nervoso (neuropatia periférica, neuropatia vegetativa) (FIGUEROLA 1990).

Retinopatia diabética

As complicações oftalmológicas são de alta prevalência e gravidade na pessoa com diabetes. Essa enfermidade é a segunda grande causa de cegueira no mundo. Podem-se detectar lesões a partir do diagnóstico do DM tipo 2 (ALAD 1995; SBD 1997).

Todas as estruturas do olho podem ser afetadas pelo diabetes. Podem ser afetadas a córnea, a íris, o cristalino, a retina, o nervo óptico, os músculos extra oculares e a órbita (ALAD 1995; FIGUEROLA 1990; SBD 1997).

Existem cinco processos patológicos reconhecidos na retinopatia: formação de microaneurismas, obstrução de capilares e arteríolas, aumento da permeabilidade vascular, proliferação de novos vasos e do tecido glial e contração do vítreo com proliferação fibrosa e desprendimento da retina por deslocamento. Estes processos se manifestam nos diferentes estágios da retinopatia diabética: simples, pré-proliferativa e proliferativa (FIGUEROLA 1990)

Prevenção e tratamento

- prevenção primária – a única medida documentada é o controle da glicemia;
- prevenção secundária – tratamento da retinopatia não proliferativa. Consiste em evitar a progressão da retinopatia à uma etapa proliferativa, através do bom controle da glicemia, pressão arterial e lípides sanguíneos;
- prevenção terciária – tratamento da retinopatia proliferativa e das complicações. Trata-se de evitar a perda da acuidade visual e a cegueira.
(SBD 1997)

Nefropatia diabética

Em geral, os rins são os órgãos mais gravemente lesados no diabético. Qualquer uma das seguintes lesões principais ou combinações delas pode ser encontrada:

- acometimento glomerular com três padrões distintos: glomerulosclerose difusa, glomerulosclerose nodular e lesões exsudativas (estas resultam em proteinúria, e com o passar do tempo progridem para a insuficiência renal crônica);
- arteriosclerose, incluindo nefrosclerose benigna e associada, freqüentemente, com hipertensão;

(COTRAN et al 1996) .

A nefropatia diabética está presente em 15 a 20% dos pacientes com diabetes tipo 2 (SBD 1997).

Um dos primeiros indicadores de que existe uma lesão renal é a microalbuminúria. As pessoas normais excretam quantidades muito baixas de albumina pela urina (FIGUEROLA 1990).

Classificação

- nefropatia incipiente – presença de microalbuminúria persistente em duas ou mais amostras colhidas dentro de um período de seis meses;
- nefropatia clínica – presença de macroproteinúria que pode evoluir para síndrome nefrótica. Nesta fase, pode-se detectar hipertensão arterial e ocorre diminuição progressiva da filtração glomerular que evolui para insuficiência renal crônica;
- insuficiência renal crônica - ocorre diminuição da depuração de creatinina abaixo de valores normais.

Prevenção e terapêutica

Deve-se suspeitar que até 10% das nefropatias nestas pessoas podem ser de origem não diabética.

- prevenção primária - consiste na adoção de medidas para evitar o aparecimento da nefropatia. Essas medidas incluem adequado controle da glicemia, dos níveis séricos de lípidos e da pressão arterial;
- prevenção secundária - consiste em se tentar deter a progressão da nefropatia para a insuficiência renal. O controle da glicemia, dos níveis

lipídicos e da pressão arterial é mandatório. Deve-se restringir o consumo de proteínas à 0,8g/kg, com pelo menos 50% de proteína de origem animal (frango, peixe);

- prevenção terciária – tratamento da nefropatia na insuficiência renal avançada (tratamento dialítico, ressaltando que o tratamento ideal é o transplante renal);
- controle dos fatores agravantes – se existentes, controlar: infecção urinária, emprego de fármacos nefrotóxicos, hipertrofia prostática, bexiga neurogênica e o uso de contrastantes radiológicos (ALAD 1995; SBD 1997).

Arteriosclerose

A arteriosclerose começa a aparecer na maioria dos diabéticos, seja qual for a sua idade, dentro de poucos anos após o início da doença. As lesões arterioscleróticas diabéticas tendem a ser numerosas e exuberantes e sofrem a constelação de modificações que dão origem a lesões complicadas, isto é , ulceração, calcificação e trombozes superpostas. Assim sendo, relativamente cedo na vida da pessoa com diabetes, a arteriosclerose pode resultar em estreitamentos ou oclusões arteriais e subsequente lesão isquêmica dos órgãos; como alternativa, pode induzir dilatação aneurismática, observada mais freqüentemente na aorta, com o sombrio potencial de ruptura. Essa doença dos grandes vasos é responsável pela pesada taxa cobrada por infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e gangrena das extremidades inferiores nesses pacientes. A gangrena de extremidades inferiores é 100 vezes mais

comum em diabéticos que em não diabéticos (COTRAN et.al 1996; GUYTON e HALL 1997).

A hiperlipidemia ocorre em um terço a metade dos diabéticos, porém até mesmo aqueles com lipídios normais sofrem de arteriosclerose. Os níveis da lipoproteínas de alta densidade (HDL) estão reduzidos no diabetes tipo 2, exacerbando possivelmente a susceptibilidade à aterogênese. Os diabéticos exibem maior adesividade plaquetária e respostas aos agentes agregantes. É provável que estas alterações também favoreçam a aterogênese. Em sua maioria, as pessoas com DM tipo 2 tendem também a serem obesas e hipertensas, o que sugere a presença de outras influências. Seja qual for o mecanismo (ou os mecanismos), todos os diabéticos que tiveram a doença por pelo menos 10 anos, independentemente da idade por ocasião do início, comportam a probabilidade de apresentar arteriosclerose clinicamente significativa (COTRAN et al 1996).

Algumas medidas podem ser tomadas para evitar ou retardar esses efeitos:

- controle da glicemia;
- normalização do peso;
- atividade física;
- tratamento dietético (gordura < 30% da dieta, sendo que a gordura saturada deve ser inferior a 10% da ingestão calórica total, a ingestão de colesterol deve ser inferior a 300mg/dia) (SBD 1997).

Neuropatia Diabética

A neuropatia diabética é a complicação mais freqüente e precoce do diabetes. Apesar disso, é a mais tardiamente diagnosticada (ALAD 1995).

A neuropatia pode atingir a grande maioria (80 a 100%) dos indivíduos a longo prazo. Sua prevalência varia devido a utilização de critérios diagnósticos múltiplos, com sensibilidade variada, bem como à falta de padronização completa dos mesmos. A neuropatia pode estar presente na pessoa com diabetes tipo 2 desde o diagnóstico (SBD 1997). Recentemente, demonstrou-se que o controle glicêmico intensivo e rigoroso ajuda a diminuir o risco do aparecimento destas complicações (ALAD 1995).

A nefropatia pode variar desde formas assintomáticas até a presença de muitas manifestações pouco específicas, somáticas e/ou autonômicas. Os sintomas somáticos que melhor se associam são: alterações da sensibilidade distal e comprometimento motor dos membros, preferencialmente inferiores. Os sintomas autonômicos associados são: tonturas ao levantar, queixas esôfago-gastrintestinais (disfagia, vômitos, diarréia alternada com períodos de obstipação, incontinência fecal), sudorese às refeições, impotência sexual, retenção e infecções urinárias de repetição (SBD 1997).

Agudas

São aquelas que ocorrem de forma súbita independente do tempo de duração da doença (OPPENHEIM 1996). Dentre estas complicações, estão: hipoglicemia, cetoacidose e o estado hiperosmolar.

Hipoglicemia

É a diminuição da taxa de glicose no sangue a níveis abaixo do normal. Nas pessoas diabéticas tratadas com insulina e/ou hipoglicemiantes orais, as hipoglicemias são relativamente freqüentes. O nível de glicose que produz os sintomas de hipoglicemia variam de pessoa para pessoa e para a mesma pessoa em circunstâncias diferentes (TOUCHETTE 1999).

As principais causas de hipoglicemia são:

- doses maiores do que as necessárias do tratamento medicamentoso;
- diminuição, supressão ou atraso nos horários das refeições;
- ingestão de álcool;
- excesso de atividade física (ALAD 1995).

A prevenção da hipoglicemia está relacionada com o controle das principais causas relatadas anteriormente. O melhor caminho para preveni-la é saber qual a sua real causa (TOUCHETTE 1999). A prevenção é importante devido à possibilidade de seqüelas graves que incluem acidentes cardiovasculares, neurológicos e até a morte (ALAD 1995).

Cetoacidose

É uma descompensação metabólica grave que se caracteriza por hiperglicemia, altas concentrações de corpos cetônicos e desidratação (SBD 1997).

Ela ocorre com maior frequência em pessoas com diabetes tipo 1, mas também pode acontecer em pessoas com diabetes tipo 2 (TOUCHETTE 1999).

A mortalidade por cetoacidose varia entre 20 e 30%. As principais causas de morte são as infecções graves, trombose, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (ALAD 1995).

Síndrome hiperosmolar, hiperglicêmica não cetótica

É um dos problemas metabólicos mais frequentes no diabético tipo 2, especialmente em adultos que desconhecem sua condição e nos indivíduos que abandonaram o tratamento e apresentaram longos períodos de descompensação metabólica. Caracteriza-se por hiperglicemia elevada, desidratação severa, hiperosmolaridade e ausência de cetoacidose. A maioria dos doentes que apresenta essa síndrome padece, com frequência, de alguma enfermidade crônica e está submetida a terapias potencialmente diabetogênicas ou sofre consequência de uma doença aguda, geralmente infecciosa (ALAD 1995; TOUCHETTE 1999).

1.4 Tratamento do diabetes

O tratamento do diabetes implica na combinação de hábitos de vida saudáveis, dieta adequada, exercícios físicos, manejo do estresse e, se necessário, utilização de medicamentos, o que requer conhecimentos e habilidades para o autocuidado (MOTTA 1998).

Plano alimentar

Não é possível que uma pessoa com diabetes consiga o controle da doença sem que ela tenha uma alimentação adequada e para isso a educação alimentar é um dos pontos fundamentais no tratamento do diabetes *mellitus* (HANSEN e ROBERTS 1998). O plano alimentar deverá:

- visar o controle metabólico (lipídico, glicêmico), pressórico e a prevenção de complicações crônicas e agudas;
- ser nutricionalmente adequado, ou seja, recomenda-se ao indivíduo com DM a mesma alimentação saudável e equilibrada que todo indivíduo deveria seguir. Dietas restritivas, além de nutricionalmente inadequadas são de difícil aderência;
- ser individualizado;
- fornecer valor calórico total (VCT) compatível com a obtenção e/ou manutenção do peso corpóreo desejável. Para obesos, a dieta deverá ser hipocalórica, com uma redução de 500 a 1000 kcal diárias, com o objetivo de promover perdas ponderais de 0,5 a 1,0 kg por semana. Devem ser evitadas dietas com VCT inferior à taxa de metabolismo basal do indivíduo e, apenas em casos especiais e por tempo limitado, podem ser utilizadas dietas com VCT inferior a 1000 kcal.

(GROSS et al 2000; WARSHAW 2002)

Tabela de recomendações nutricionais para pessoas com diabetes

Lipídeos	
Saturados	<10% do VCT
Polinsaturados	~ 10% do VCT
Total de carboidratos e ácidos graxos monoinsaturados	60-70% do VCT
Proteína	15-20% do VCT
Colesterol	<300mg/dia

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION 2002

O uso do álcool pode ser feito com moderação (ingestão diária máxima de 1 dose para mulheres adultas e duas doses para homens adultos) e com controle glicêmico adequado. Para reduzir os riscos de hipoglicemia, alimentos devem ser consumidos junto com o álcool (GEIL et al 1999; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION 2002).

O açúcar e alimentos que contêm açúcar não precisam ser proibidos para pessoas com diabetes. Não há a necessidade de um consumo de fibras maior do que o recomendado para a população em geral e não existem evidências claras dos benefícios das suplementações vitamínicas ou de minerais (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION 2002).

Não existe um tipo de dieta específico que seja adequada para todas as pessoas com diabetes, vários tipos de planejamentos alimentares podem ajudar as pessoas com diabetes a atingir os seus objetivos individuais (HOLZMEISTER 2000).

Exercícios

A prática de exercícios físicos é de extrema importância para a manutenção do peso ideal e também para o controle metabólico (lipídico e glicêmico). O exercício físico regular, combinado com uma dieta saudável, pode ser o suficiente para uma pessoa com diabetes tipo 2 obter o controle da doença (TOUCHETTE 1999).

Exercícios aeróbicos gastam o equivalente a 200 a 400 kcal por 30 minutos, dependendo do tipo de exercício e mantém o metabolismo elevado por algumas horas depois que o exercício foi finalizado. Além desses benefícios, estudos sugerem que pessoas que tem atividade física regular têm um menor risco de manifestar o diabetes tipo 2, do que pessoas com hábitos sedentários (CHALMERS e PETERSON 1999).

A atividade física deve ser praticada frequentemente, no mínimo três vezes por semana, com intensidade moderada e com duração mínima de 30 minutos (SBD 1997; ADA 1998).

Medicamentos

Os medicamentos só devem ser introduzidos quando o plano alimentar e prática de exercícios não forem mais suficientes para adquirir o controle adequado.

Os principais grupos de agentes orais que reduzem a glicose sangüínea são as biguanidas, as sulfoniluréias, as tiazolidinedionas, os inibidores da alfa-glicosidase, as glinidas e a insulina (DALE et al 1997; SBD 1999).

Biguanidas

“Medicamentos que permitem que a insulina trabalhe melhor” (LUNDSTROM 1998).

Estas são agentes hipoglicemiantes ativos oralmente que não necessitam de células beta funcionantes e que não afetam a produção de insulina. Sua ação principal consiste, principalmente, em aumentar a captação de glicose através da membrana celular no músculo esquelético, porém as biguanidas exercem também efeitos menos proeminentes sobre a absorção de glicose e produção hepática de glicose (DALE 1997).

Sulfoniluréias

“São medicamentos que aumentam a quantidade de insulina na corrente sangüínea” (LUNDSTROM 1998).

A principal ação das sulfoniluréias é sobre as células beta, estimulando a secreção de insulina e, dessa forma, reduzindo a concentração plasmática de glicose. A secreção basal de insulina e a resposta secretória à vários estímulos são exacerbadas nos primeiros dias de tratamento. Com um tratamento mais prolongado, a secreção de insulina continua aumentando e observa-se também uma maior sensibilidade dos tecidos à insulina, cujo mecanismo não é bem compreendido (DALE 1997).

Acarbose

É um inibidor de alfa-glicosidase intestinal. Retarda a absorção dos carboidratos, reduzindo os aumentos pós prandiais na glicose sanguínea. Os efeitos adversos mais comuns estão relacionados com a sua ação principal e consistem em flatulência, fezes moles ou diarreia e dor e distensão abdominal (DALE 1997).

Tiazolidinedionas

Potencializam a ação da insulina no fígado, nos músculos e no tecido adiposo, pela diminuição da resistência insulínica (SBD 1999).

Glinidas

Estimulam a secreção de insulina na presença de glicose (SBD 1999).

Insulina

Indispensável para as pessoas que têm diabetes tipo 1 e é recomendada para aquelas que têm diabetes tipo 2, quando os medicamentos orais combinados com o plano alimentar e atividade física não estão sendo suficientemente eficazes. Os tipos de insulina se diferenciam quanto a origem (bovina, suína e humana biossintética ou semi-sintética), grau de pureza (altamente purificada e monocomponente) e tipo de ação (ultra rápida, rápida, intermediária e longa duração) (SBD 1999).

Educação

A educação às pessoas com diabetes é fundamental no tratamento. Ela proporciona a compreensão do porquê e como obter o controle, pois entendendo a essência do tratamento e realizando, a partir daí, um controle adequado, a pessoa com diabetes assume a responsabilidade pelo próprio tratamento e a capacidade de

cuidar-se dia após dia. Isto quer dizer que, consciente do que deve fazer, o diabético diminuirá a sua angústia e, conseqüentemente, propiciará a si mesmo uma vida melhor (MOTTA 1998).

Ela tem como principal objetivo modificar o comportamento do indivíduo em relação à aceitação, conhecimento e controle de sua patologia, buscando superar dificuldades em favor do seu bem estar físico, psíquico e social (VIGIANO 1989).

Conviver com o diabetes não é um problema de um dia ou de uma semana, mas sim um contínuo reajuste das atividades diárias para conseguir um adequado controle metabólico e prevenir as complicações, o que evidencia ainda mais a importância de um programa que o ajude e ensine a viver melhor e o motive a ser o protagonista de seu tratamento (PERRASSE 1989; GARCIA e SUARÉZ 1995).

Se as pessoas com um mau controle de seu diabetes acreditarem que elas não estão aptas para obter um bom controle, sem destruir a sua qualidade de vida, elas não irão tentar, por isso precisam ser encorajadas e auxiliadas por profissionais de saúde e pela família (BRADLEY 1995).

A educação em diabetes contribui com a redução das complicações, pois ela ensina a pessoa com diabetes a controlar a sua doença, mantendo os níveis de glicose próximos do normal e dessa forma diminuindo o risco das complicações (COX 1994).

O processo educativo deve motivar o indivíduo diabético a adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades para mudança de hábitos, com o objetivo geral de obter o controle metabólico e melhor qualidade de vida e deve alcançar: os clientes, a família, os profissionais de saúde e as entidades privadas (SBD 1997).

Embora a educação em diabetes apresente algumas limitações, ela alimenta os conhecimentos da pessoa com diabetes aumentando a sua autonomia para o autocuidado, pois quanto mais ela entender sobre seu corpo e sobre o diabetes, maiores são as chances para a obtenção do controle (KILO et al 1987; LITWARK et al 1995).

No processo educativo o profissional deve manter uma relação de autonomia com o cliente, pois este deve sentir-se apoiado e não dependente do profissional (OPPENHEIM 1996).

A educação em diabetes necessita que os profissionais tenham treinamento específico, habilidades para ensinar, boa comunicação, condições de dar apoio e de estar sempre pronto para ouvir e para trocar informações com o cliente (MALDONATO et al 1995). Além disso, eles devem ser capazes de considerar as atitudes individuais do cliente e todos os aspectos envolvidos com o diabetes, para que consigam encontrar os melhores meios de uma assistência adequada (HERBERT e VISSER 1996; NURYMBERG, KREITLER e WEISSLER 1996).

Atualmente a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área de saúde. Os profissionais, além de se complementarem, podem encontrar apoio e melhores estratégias de ajuda aos seus clientes (PEDUZZI 2001).

Os profissionais de saúde exercem influência sobre as pessoas com diabetes e a sua capacitação e grau de sensibilização irá interferir no processo educativo e ~~tratam~~ tratamento dessas pessoas. A falta de informação e o grande número de dúvidas que observamos em muitas pessoas com anos de diabetes é reflexo da ação de profissionais que não foram adequadamente capacitados e de um sistema de assistência à saúde inadequado (MOTTA e LIMA 1998).

Alguns estudos mostram que com as mudanças de valores da sociedade está ocorrendo cada vez mais a formação de profissionais de saúde com uma visão cartesiana, ou seja, que desintegra o corpo e a mente do ser humano, reduzindo-o a uma máquina, o que os distancia ainda mais da possibilidade de realização de um atendimento adequado ao seu cliente (AMORIM et al 2001).

É fundamental que exista uma proximidade entre a ciência e a técnica, entre o pensar e o agir. A avaliação de serviços de saúde deve contemplar a complexidade que nele está envolvida, em que a técnica pode ser aplicada de diferentes formas, de acordo com os fatores que nela interferem (TARRIDE 1998; NOVAES 2000).

Enquanto as instituições e os profissionais de saúde desconhecerem e/ou ignorarem as interpretações sobre a enfermidade por parte da população atingida, serão incapazes de resgatar suas necessidades, e portanto, buscar as estratégias mais eficientes para a obtenção de um bom controle (MARTINEZ 1992).

1.5 A atenção às pessoas com diabetes

É bastante preocupante o estado atual da assistência ao paciente diabético no Brasil, seja em grandes municípios, com mais recursos técnicos e financeiros, seja nos pequenos municípios que, provavelmente, nunca receberam informação adequada sobre o assunto, e que, portanto, jamais pensaram em incluir a assistência ao paciente diabético em suas prioridades de saúde (SBD e SBEM 2002).

Mesmo nas regiões mais desenvolvidas, o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e nos ambulatórios dos hospitais, inclusive em centros universitários, tende a ser precário e o grau de controle da doença é inadequado (SBD e SBEM 2002).

Falta informação sobre a doença e suas complicações, falta conscientização sobre a importância do diabetes em saúde pública, falta qualificação adequada dos profissionais de saúde, faltam recursos, faltam medicamentos, enfim, falta mentalidade e vontade política para enfrentar o problema de forma eficaz (SBD e SBEM 2002).

Recentes análises da qualidade da assistência ao paciente diabético na América Latina identificaram que ela não está adequada e que existe a necessidade de

melhorias, aumentando a qualidade de vida dessas pessoas e diminuindo os custos socioeconômicos da doença. Programas de sucesso poderiam ser “copiados” aproveitando a proximidade dos países (GAGLIARDINO et al 2002).

Um estudo de análise de custos, realizado por SIDOROV et al, 2002, sugeriu que a assistência adequada às pessoas com diabetes promove uma redução de custos e um aumento dos benefícios para estas pessoas.

Somente um número reduzido de pessoas de alguns países recebem uma educação em diabetes adequada (COMITÉ DE EDUCACIÓN 2001).

Em estudo que avaliou a atenção primária em diabetes no Sul do Brasil os autores concluíram que a maioria dos serviços carece de quase todas as necessidades mínimas e que a rede de saúde está deficiente, mas existe potencial de melhoria dos três aspectos (estrutura, processo e resultado) através de treinamento em serviço e seguimento de normas padrão (ASSUNÇÃO et al 2001).

Um estudo realizado em João Pessoa coloca outro fator importante no momento em que sugere que no serviço de saúde neste local não existe um planejamento e programação para ações em saúde, e que os profissionais da área afirmam que a educação em saúde é um importante aspecto no que diz respeito à assistência médica, muito embora não confirmem essas posições em suas práticas (LIMA et al 2000).

A atenção primária é a ideal para a execução de programas educativos, tanto de tratamento como de prevenção e detecção precoce do diabetes. Neste nível de atenção deve haver entre os clientes, os familiares, a comunidade e os profissionais de saúde, uma relação de familiaridade que favoreça o apoio grupal e a troca de experiências dentro do mesmo contexto socioeconômico e cultural (ARAÚZ et al 2001).

Atualmente, o Ministério da Saúde está tentando implantar um programa de capacitação para os profissionais de saúde de municípios com mais de 100 000 habitantes, visando melhorar a “atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

Alguns estudos confirmam a necessidade de adoção de medidas que visem tanto a prevenção como o controle do diabetes *mellitus* que, nas últimas décadas, vem se destacando como uma das doenças crônicas que mais tem alterado o perfil de morbimortalidade das populações em todo o mundo (GIMENO et al 1998).

Atualmente, estamos em um novo estágio da transição epidemiológica, em que as doenças de origem infecciosas e carenciais estão cedendo espaço às doenças crônicas não transmissíveis. Esses tipos de doenças exigem um sistema de saúde que ofereça uma assistência diferenciada e contínua. Devido as previsões futuras, em que o número de casos até 2025 será de 300 milhões de pessoas com DM (em 1995 era de 135 milhões), a prioridade atual é a prevenção e o controle (KING et al 1998).

2 JUSTIFICATIVA

Quando o diabetes se manifesta nas pessoas, elas passam a ter necessidade de cuidados e de atenção especiais que serão para toda a vida e a forma com que essa assistência será oferecida influenciará diretamente na sua qualidade e expectativa de vida.

Para isso, é importante a existência de um sistema que atenda a essa necessidade de atenção à saúde, com profissionais sensibilizados, capacitados e atualizados, embora outros fatores como nível social e cultural, apoio dos familiares, aspectos psicológicos, entre tantos, também interfiram nesse processo.

Estudos anteriores com a população com diabetes matriculada nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) 1 e 2 no município de Piracicaba caracterizaram o perfil social, antropométrico, dietético e bioquímico dessas pessoas, além de identificar quantas delas freqüentavam ou não as Unidades Básicas e quantas participavam de atividades em grupo (PICCOLOMINI 2000; MOTTA e PORTERO 1998). Um estudo realizado com o objetivo de analisar conhecimentos, atitudes e práticas de estudantes e profissionais de saúde sugeriu despreparo dos profissionais, recomendando que, para o êxito do trabalho educativo, a educação deveria ser por eles iniciada (MOTTA e LIMA 1999).

Dado que, no período de 1999 a 2002, essas Unidades Básicas de Saúde tenham desenvolvido diferentes formas de ações, espera-se que essas ações tenham gerado diferenças no perfil das pessoas com diabetes que as freqüentam.

3 OBJETIVOS

Geral: Avaliar a assistência oferecida às pessoas com diabetes *mellitus* atendidas em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Piracicaba, SP.

Específicos:

- Identificar as ações de atenção às pessoas com diabetes realizadas nas duas Unidades Básicas de Saúde
- Comparar a assistência oferecida nas duas Unidades Básicas de Saúde
- Analisar qualitativamente as representações dos profissionais de saúde das duas Unidades diante da atenção às pessoas com diabetes
- Avaliar o perfil social, antropométrico, bioquímico e dietético dos usuários com diabetes nas duas Unidades
- Analisar qualitativamente as representações dos usuários em relação ao diabetes e seu tratamento e a atenção que recebem na Unidade de Saúde que freqüentam

4 METODOLOGIA

4.1 - Local do estudo:

O estudo foi realizado no município de Piracicaba, que fica a 152 km da cidade de São Paulo e está localizado na região oeste do Estado. Segundo dados do último censo do IBGE, a população é de aproximadamente 329.000 habitantes. No município existem 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal de Saúde.

O presente estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde, que estão identificadas como Unidade 1 e Unidade 2, por questões éticas. O desenvolvimento do estudo foi realizado nestas duas Unidades pelo fato de já existir um estudo anterior com essa mesma população (PICCOLOMINI 2000).

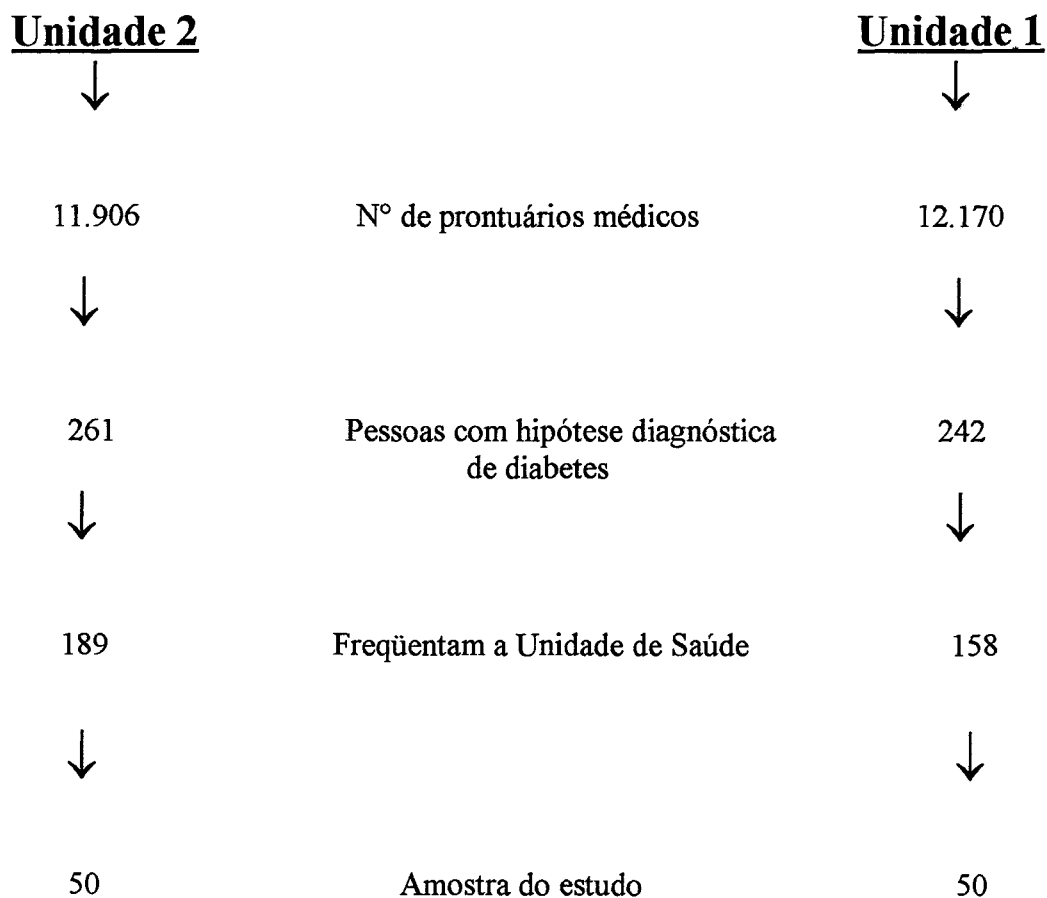
4.2 - População:

Um levantamento dos prontuários médicos existentes nas UBSs foi realizado anteriormente a fim de identificar o número de pessoas com diabetes. Neste levantamento dos prontuários existentes na UBS 1 (N= 12.170) e na UBS 2 (N= 11.906) foram identificados 158 e 189 adultos, respectivamente, com hipótese de diagnóstico de diabetes, que eram freqüentadores das Unidades de Saúde (mínimo de 1 consulta semestral). Vale ressaltar que o estudo foi realizado com pessoas adultas, as crianças e adolescentes diagnosticadas com diabetes eram encaminhadas para o Ambulatório de Endocrinologia da Secretaria Municipal de Saúde (PICCOLOMINI 2000).

O presente estudo consiste de um estudo transversal com 100 pessoas com diabetes que freqüentam e freqüentaram as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) 1(n=50) e 2(n=50), e com profissionais de saúde que atuaram nessas UBSs, no município de Piracicaba, SP no período de janeiro de 1999 a maio de 2002.

As entrevistas com as pessoas que participaram do estudo (50 da Unidade 1 e 50 da Unidade 2) foram realizadas através de amostragem simples ao acaso aleatória, de acordo com as visitas desses usuários às Unidades de Saúde. Todas as pessoas com diabetes (identificadas por informações dos prontuários de atendimento) que iam às Unidades para a realização de cuidados, eram convidadas a participar do estudo. Vale ressaltar que não houve nenhuma recusa para participação (BOLFARINE e BUSSAB 1994).

Diagrama 1. Delineamento da população do estudo. Unidades Básicas de Saúde 1e 2.
Piracicaba, 2002.



4.3 - Procedimentos:

O tipo de assistência oferecida às pessoas com diabetes, em cada Unidade Básica de Saúde foi avaliado com o auxílio de um instrumento estruturado (Anexo 1) que foi aplicado ao funcionário mais graduado de cada UBS, que trabalhou e participou das ações no período de janeiro de 1999 a maio de 2002. Os gerentes das Unidades não foram selecionados para responder as questões pelo fato de não estarem na equipe durante esse período. Foi feita a comparação das assistências oferecidas entre as Unidades Básicas de Saúde.

As representações diante da atenção às pessoas com diabetes de todos os profissionais de saúde atuantes nas duas unidades foram levantadas com o auxílio de um instrumento estruturado (Anexo 2) com perguntas abertas, para que as representações de cada profissional, em várias situações, pudessem ser observadas. Muitos cuidados foram tomados na elaboração das questões para que se propiciasse ao máximo um discurso espontâneo e as questões foram previamente testadas com outros profissionais de saúde, conforme recomendações de LEFÉVRE e LEFÉVRE 2000.

As respostas foram gravadas (com o auxílio de um gravador profissional, da marca Panasonic, modelo RQ-L319) com a autorização dos profissionais e posteriormente transcritas.

A coleta de dados qualitativos foi realizada pelo pesquisador (moderador) e com o auxílio de um observador, para que nenhum detalhe importante fosse perdido.

A caracterização da população das duas Unidades Básicas de Saúde foi realizada mediante entrevistas individuais e aplicação de um questionário especialmente elaborado (Anexo 3).

Por meio deste questionário foram coletados dados relativos às seguintes variáveis:

- sociais e culturais (profissão, número de pessoas que residem no domicílio, renda familiar, tipo de casa, tipo de construção, escolaridade, estado conjugal, hábitos como tabagismo, consumo de álcool, atividade física)
- antropométricas: peso, altura, índice de massa corporal, circunferência da cintura;
- para controle metabólico: níveis de glicemia, colesterol, triglicérides (dados coletados de registros de prontuários médicos, considerando valores referentes ao último ano) hemoglobina glicosilada (realizado através do método turbidimétrico)
- dietéticas: consumo de alimentos obtido com recordatório de 24 horas.
- complicações agudas e crônicas do diabetes.

O peso corporal foi aferido com o auxílio de uma balança PLENNA digital, modelo MEA- 07400, com escala de 100 gramas e capacidade de 150 kg. As pessoas foram pesadas sem sapato e com o mínimo de roupas possível. Foi pedido que elas permanecessem imóveis, com os pés no centro da plataforma da balança, e com o peso distribuído igualmente nos dois pés (OMS 1995).

A altura foi aferida com o auxílio de um estadiômetro SECA modelo 208, que foi fixado em uma parede em que não havia rodapés (para que não interferisse no

resultado). A pessoa permanecia sem sapatos, com o peso do corpo distribuído igualmente nos pés, com os calcanhares juntos, e com a cabeça em uma posição em que a linha de visão estivesse perpendicular ao corpo. As costas, os glúteos e os calcanhares ficavam encostados na parede. Pedia-se que o indivíduo fizesse uma respiração profunda e permanecesse na posição, então a superfície do estadiômetro era deslizada até que se encostasse na cabeça do indivíduo e se fizesse a leitura (OMS 1995; FRISANCHO 1984)).

A circunferência da cintura foi aferida com o auxílio de uma fita métrica inelástica, com escala milimétrica e capacidade para 150cm. A pessoa permanecia de pé, com os pés levemente afastados, com o peso do corpo igualmente distribuído entre os pés e a medida da circunferência foi feita no ponto médio entre a extremidade inferior da última costela e a crista íliaca, num plano horizontal (OMS 1995).

O recordatório de 24 horas foi utilizado para verificar o valor calórico da dieta e a ingestão dos macronutrientes (proteínas, lipídeos e carboidratos). As medidas caseiras foram transformadas em gramas com o auxílio do “Registro fotográfico para inquéritos dietéticos”, de ZABOTTO e colaboradores (1996) e da “Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras” de PINHEIRO e colaboradores (1996). A análise e o cálculo dos nutrientes foi realizado utilizando o software “Programa de Apoio à Nutrição”, versão 2.5 , do Centro de Informática em Saúde da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).

A análise do resultado dos diferentes tipos de atenção oferecidas às pessoas com diabetes, nas duas UBSs, foi feita pela comparação da caracterização inicial (PICCOLOMINI 2000) com a caracterização realizada no final do período e pela comparação dos resultados obtidos entre as UBSs.

As representações das pessoas com diabetes sobre fatores que pudessem interferir no controle metabólico e satisfação do usuário com diabetes com o serviço de saúde foram coletadas com um grupo focal de cada Unidade de Saúde. O encontro foi realizado no Centro Comunitário e foram convidados os quinze primeiros entrevistados de cada UBS. As reuniões com esses grupos foram realizadas com o auxílio do roteiro em anexo (Anexo 4). As respostas foram gravadas com a autorização dos participantes e posteriormente transcritas.

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2002 e contou com o auxílio de um entrevistador previamente treinado.

4.4 - Critérios Adotados

Macronutrientes	Recomendações
Lipídeos	< 30% do total energético
Proteínas	15-20% do total energético
Carboidratos	50-60% do total energético

SBD 2002 ADA 2002

IMC (kg/m²)	CLASSIFICAÇÃO
< 18,5	Magreza
18,5 – 24,9	Eutrofia
25 – 29,9	Pré obeso
30 – 34,9	Obeso classe 1
35 – 39,9	Obeso classe 2
≥ 40	Obeso classe 3

WHO/FAO 2002

Riscos	<u>Circunferência</u>	<u>Abdominal</u>
	Homens	Mulheres
Baixo risco de complicações metabólicas	< 94 cm	< 80cm
Moderado risco de complicações metabólicas	94 – 101cm	80 – 87cm
Alto risco de complicações metabólicas	≥102cm	≥88cm

WHO/FAO 2002

Exames laboratoriais	Valores de referência adotados (normalidade)
Hemoglobina Glicosilada	4,8 – 7,0%
Glicemia	< 110 mg/dl
Triglicérides	< 150 mg/dl
Colesterol	< 200 mg/dl

ADA 2002

CLASSIFICAÇÃO	ATIVIDADE FÍSICA
Sedentário	Não pratica atividade física
Leve	Até 3x/semana por 30 minutos
Moderado	4 a 7x/semana por 30 a 60 minutos
Intenso	Todos os dias por mais de 60 minutos

OMS 1995

4.5 – Análise dos dados

4.5.1 - Estatística

Para comparação dos dados antropométricos e bioquímicos, que são variáveis contínuas, foi utilizado o Teste t de Student. Para a comparação dos dados sobre as prevalências das complicações agudas e crônicas do diabetes e a adequação dos dados bioquímicos foi utilizado o teste qui-quadrado. Foi considerado o nível de significância de 5%.

Para a realização dos cálculos foi utilizado o *software* Excel 97 do MS-Windows.

4.5.2 - Qualitativa

A análise qualitativa na avaliação é um processo de agrupamento, análise e interpretações de informações qualitativas (JOINT COMITEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION 1994). Ela busca reduzir a alta taxa de arbitrariedade presente nas pesquisas empíricas do tipo quantitativo, e se faz necessária para o enriquecimento da discussão e identificação de aspectos que não são quantificáveis (MINAYO 1996; CRESWELL 1998; LEFÉVRE E LEFÉVRE 1998).

Para o agrupamento e avaliação dos dados qualitativos foi utilizado a técnica do “discurso do sujeito coletivo” (DSC) proposto por LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2000.

O objetivo proposto pelo DSC é reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra cabeças, tantos discursos-síntese quanto se julguem necessários para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno. Para a elaboração do DSC parte-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a um trabalho analítico inicial de decomposição que consiste, basicamente, na seleção das principais ancoragens e/ou idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos, e que termina sob uma forma sintética, em que se busca a reconstituição discursiva da representação social. Em síntese, o DSC é como se o discurso de todos fosse o discurso de um (LEFÉVRE e LEFÉVRE 2000).

Os discursos dos profissionais e dos usuários foram agrupados por pergunta e por Unidade Básica de Saúde.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo .

As pessoas entrevistadas receberam um folheto com orientações qualitativas e informações sobre o diabetes (Anexo 5).

Os participantes dos grupos focais receberam orientações gerais sobre o diabetes, foi discutida uma história em quadrinhos sobre o diabetes tipo 2 (Anexo 6) e foram oferecidos alimentos dietéticos para degustação.

Todos os participantes assinaram um termo de consentimento autorizando a realização da pesquisa (Anexo 7 e Anexo 8).

6 RESULTADOS:

6.1 – Ações de Saúde oferecidas aos usuários com diabetes

Durante o período de janeiro de 1999 a maio de 2002 as Unidades Básicas de Saúde 1 e 2 realizaram diferentes propostas e tiveram diferentes ações de atenção as pessoas com diabetes.

Ambas as Unidades de Saúde apresentaram ausência de trabalho multidisciplinar, tiveram como característica uma alta rotatividade de profissionais durante esse período e uma frequência de consulta trimestral para as pessoas com diabetes . As diferenças encontradas entre elas podem ser melhor visualizadas pelo quadro a seguir:

Quadro resumo das características de cada Unidade Básica de Saúde

	Unidade 1	Unidade 2
Enfermeira	Possui uma enfermeira que fica no local apenas uma vez por semana, meio período e esta profissional é a “responsável” pela Unidade	Possui uma enfermeira, que participava de um programa existente no município, específico para diabéticos, que fica todos os dias, por 6 horas, e é a “responsável” pela Unidade
Disponibilidade de consulta	A marcação de consultas com o clínico é feita somente em um dia da semana e o número de consultas semanais é de 140	A marcação de consultas pode ser feita diariamente e o número de consultas semanais é de 180
Apoio na atenção às pessoas com diabetes	A Unidade não conta com estagiários que auxiliem na atenção a pessoas com diabetes	A Unidade conta com estagiários de nutrição que fazem consultas individuais e desenvolvem atividades em grupo
Treinamento	A técnica de enfermagem que havia sido treinada para controle e tratamento de diabetes e hipertensão arterial foi transferida da Unidade	Uma técnica de enfermagem participou do treinamento para controle e tratamento de diabetes e hipertensão arterial e permanece na Unidade
Programa de atenção específica as pessoas com diabetes	Não há e não houve programas especiais no período de janeiro de 1999 a março de 2002	Houve a implantação de um programa que iniciou em 1999, durou dois anos, mas não conseguiu se concretizar.
Atividades de grupo com as pessoas com diabetes	A Unidade não desenvolve nenhum trabalho com grupos de pessoas com diabetes	A Unidade realiza reuniões quinzenais, com o apoio dos estagiários de nutrição
Participação dos familiares das pessoas com diabetes	Não existe participação	Alguns familiares participam (dependendo do interesse pessoal), principalmente das reuniões em grupo

6.2 – Representações dos profissionais de saúde diante da atenção às pessoas com diabetes

As idéias centrais contidas nos discursos podem ser melhor observadas pelo quadro a seguir:

Quadro resumo das idéias centrais dos profissionais de saúde

Questões	Idéias Centrais	
	Unidade 1	Unidade 2
Fale como você, enquanto profissional de saúde, considera a atuação da sua equipe na atenção aos clientes com diabetes.	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe um trabalho de equipe interligado • Não há uma assistência adequada 	<ul style="list-style-type: none"> • Há um esforço da equipe, mas não há resposta dos usuários • Deixa a desejar pela escassez de profissionais • Não há uma assistência adequada
Você acha que existe um vínculo entre os profissionais e as pessoas com diabetes (nesta Unidade Básica de Saúde)?	<ul style="list-style-type: none"> • Existe um vínculo • Não existe um vínculo 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe um vínculo • Não existe um vínculo • Existe um vínculo em alguns casos
Fale, em termos de educação em saúde, qual é a sua opinião sobre o que é realizado na Unidade de Saúde em que trabalha.	<ul style="list-style-type: none"> • As atividades precisam ser melhoradas • Não é realizada • Existe um trabalho de educação limitado às dúvidas levantadas pelos usuários 	<ul style="list-style-type: none"> • É realizada da melhor forma possível • Está muito falha e poderia ser feito muito mais
Fale o que acha das atividades em grupo realizadas com pessoas com diabetes na sua Unidade de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • É importante, mas deve ser realizada de maneira adequada 	<ul style="list-style-type: none"> • É importante, mas apresenta limitações
Fale o que acha das atividades que visam educar e melhor capacitar os profissionais da área da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • É importante, mas precisa ser realizado com mais freqüência 	<ul style="list-style-type: none"> • É importante, mas deve ser realizada adequadamente
Fale como você se sente diante de um atendimento a uma pessoa com diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Indiferente • Gratificado • Impotente • Sente dificuldades • Inseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • É persistente, mas encontra dificuldades pela resistência do paciente • Sente tristeza e preocupação • Sente facilidade
Você já pensou a respeito da necessidade de mudanças de hábitos (como o plano alimentar e a prática de exercícios) que a pessoa deve ter quando descobre o diabetes? Se sim o que acha?	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca pensou • Já pensou e achou muito difícil 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim, e não encontrou muitas dificuldades • Não, mas acha que deve ser muito difícil • Sim, e acha muito difícil
Você acha que poderia fazer algo para melhorar a assistência às pessoas com diabetes?	<ul style="list-style-type: none"> • Acha que sim, mas dependendo de algumas condições • Acha que sim 	<ul style="list-style-type: none"> • Já faz tudo o que é possível • Acha que sim • Acha que não

Questão 1- Fale como você, enquanto profissional de saúde, considera a atuação da sua equipe na atenção dos clientes com diabetes.

Unidade 1

Idéia central 1: Não existe um trabalho de equipe interligado

DSC

Não tem equipe Não tem equipe aqui. (silêncio). Tá faltando. Eu acho que falta pessoas pra orientá melhor esses ... o diabético viu. Pelo menos aqui na nossa Unidade não tá tendo.

Idéia central 2: Não há uma assistência adequada

DSC

É, eu acho que tem que voltar a casa do diabético que tinha e foi fechada, e tem que ter um endocrinologista, como tinha e saiu, para acompanhar os diabético..., a nutricionista. Eles reclamam ... porque a gente tem casos que são difíceis, e não tem ... tem que ser especialista, e por enquanto não tem. Mais o que falta aqui que agora vai ser implantado é o grupos assim né, prá tá informando mais né, porque o que eu acho que tá faltando é isso. Ultimamente não tá tendo um atendimento adequado né, pela falta de funcionários, pela falta dessa disposição de tempo, pela falta de tá tendo um programa na Unidade, direcionado a esses pacientes, tá. O que falta é uma orientação nutricional, que às vezes eu tenho uma época do ano e às vezes eu não tenho, né, e isso falta um pouquinho. Nós não tamo agindo voltado ao diabético, nós tamo agindo como um ambulatório de clínica médica. Então, com essa característica de disponibilidade de atendimento eu acho que é razoável.

Unidade 2

Idéia central 1: Há um esforço da equipe, mas não há resposta dos usuários

DSC

O diabético, acima de tudo ele é uma pessoas teimosa, então por mais que a pessoa, a equipe, o médico, a nutrição, a enfermagem, a assistente social queira, na maioria das vezes, a gente não encontra muito respaldo do doente, mais quanto a equipe, pode se dizer ... a equipe faiz o possível dela, tá, a equipe ela luta, orienta, ela fala o que tem que fazer, faiz os grupos, faiz as reuniões, mais na maioria das vezes, não tem um retorno, a resposta do diabético.

Idéia central 2: Deixa a desejar pela escassez de profissionais

DSC

Deixa muito a desejar, pela falta de profissionais. A gente ... por falta de profissional na área, assim né ... por falta de recursos humanos nós não tamos interados em nada né ... Num tá tendo aquela atenção específica né, pro paciente (silêncio). A equipe de enfermagem, devido a demanda, o movimento que tem na unidade, a equipe de enfermagem não tem condição de estar dando a atenção que o diabético necessita ter. Agora a equipe médica, dentro do consultório, é difícil da gente avaliar como é que está sendo esta atenção.

Idéia central 3: Não há uma assistência adequada

DSC

O que a gente pode estar avaliando é, muitas vezes na pós consulta como foi essa consulta dentro do consultório, e isso está deixando a desejar, porque a maioria dos pacientes saem reclamando que não é examinado, não é visto pressão, e muitas vezes a queixa que ele vem falando pra gente, você vê pelo relato que tá descrito na consulta que o médico não considerou nada. Considero a atuação é muito impessoal, é uma equipe que trabalha individual. Cada indivíduo dá a sua visão própria do que deve ser feito, age de acordo com as suas limitações e principalmente com as limitações impostas pelo serviço da prefeitura, e ... você não tem realmente um grande aproveitamento, porque realmente é um trabalho muito individualizado, tá. Então, cada um dá uma visão pessoal do que deve ser feito e realmente muito pouco é feito.

Questão 2 – Você acha que existe um vínculo entre os profissionais e as pessoas com diabetes (nesta Unidade Básica de Saúde)?

Unidade 1

Idéia central 1: Existe um vínculo

DSC

Eu, eu vejo por mim por exemplo, com o tempo você tem. Eu acho que existe um certo vínculo, eu acho isso é bom também. Antigamente, diziam, as pessoas falavam que não era bom você te um... muita aproximação, mas eu acho que não. É bom você ter, assim, um vínculo com o pessoal, eu acho que ajude, eles vão confiar em você, então eu acho que tem, dependendo de cada pessoa tem. As outras funcionárias que estão aqui há bastante tempo, elas conhecem todos ... praticamente todos os pacientes conversam, ficam sempre fazendo perguntas, tem um vínculo meio de amizade assim, fora o profissional e existe sim. Com o vínculo o paciente fica mais a vontade, fala mais a verdade e você fica mais por dentro do que tá acontecendo.

Idéia central 2: Não existe um vínculo

DSC

Não. Eu acho que não porque ... assim, o paciente passa ...no final, assim por causa do volume a gente acaba não se envolvendo muito. Eu acho que não tem muito aquele vínculo, assim sabe.

Idéia central 3: Existe vínculo em alguns casos

DSC

Olha, existe um vínculo de dependência de todos os clientes desta Unidade com a Unidade, que eu não diria que é a patologia, é o tratamento, as pessoas nos procuram insistentemente porque pegam remédio de graça. Então o vínculo maior dela nem sempre é com a equipe que está aqui, o vínculo maior dela, às vezes é a necessidade de pegar a medicação e ter que se submeter a uma série de condições pra pegar aquela medicação, né. Até acho assim, esse vínculo não é muito forte porque muda freqüentemente de médico, o paciente um mês consulta comigo, outro mês consulta com o programa de saúde da família, outro mês ele consulta em outro

lugar, então o vínculo fica ... Tem alguns pacientes, que falam “ah eu quero consultar com o doutor fulano”. Então a gente percebe ... mais é uma minoria que eu poderia dizer assim que existe um vínculo forte.

Unidade 2

Idéia central 1: Existe um vínculo

DSC

Existe, porque eles estão sempre no posto. Eles vem ao posto, vem sempre ao posto, principalmente quando estão descompensados.

Idéia central 2: Não existe um vínculo

DSC

Acho que não, eu acho que não. Porque a gente não tá tendo tempo de fazê o que nós gostaríamos de fazê né. Não existe, porque os profissionais é tentando fazer o trabalho deles, como eu falei né, e o diabético teimando em fazer do jeito dele.

Idéia central 3: Existe um vínculo em alguns casos

DSC

Existem algumas pessoas, tá, que até tem um vínculo com o profissional, então dependendo do usuário ele pode ter um vínculo, ou com a equipe de enfermagem, ou com a enfermeira, agora com o médico não está tendo vínculo.

Questão 3 – Fale, em termos de educação em saúde, qual é a sua opinião sobre o que é realizado na Unidade de Saúde em que trabalha.

Unidade 1

Idéia central 1: As atividades precisam ser melhoradas

DSC

Bem supérfluo, bem superficial. Aqui não está sendo feito nenhum programa direcionado aos diabéticos. Eu acho que essa Unidade ela age muito mais como um ponto final do que como ponto inicial. Pelo número de profissionais, pelo tempo que esses profissionais tem dedicado a Unidade, a política voltada, eu acho que ela tá muito mais preocupada em remediar, né (risos) do que propriamente prevenir. Parece que as atividades de prevenção estão focadas em outros setores da secretaria que seriam outras equipes que iriam fazer isso.

Idéia central 2: Não é realizada

DSC

(silêncio) Orientação, prevenção ??? Na verdade eu acho que nem acontece. Eu como eu tô falando, é que tá precisando mesmo, de uma orientação mesmo. Basicamente, eu aqui não tenho, praticamente, atuação nenhuma preventiva, tá certo. As pessoas chegam aqui e já chegam na maioria das vezes, descompensados, já com problemas maiores. Seria isso.

Idéia central 3: Existe um trabalho de educação limitado às dúvidas levantadas pelos usuários

DSC

Ah, pelo que a gente sabe, pelo que eles estão perguntando, a gente sempre informa sabe. Eles perguntam bastante e na medida do possível a gente informa o que é do conhecimento da gente.

Unidade 2

Idéia central 1: É realizada da melhor forma possível

DSC

A educação pro diabético, a gente fornece, tipo assim, a gente fornece da melhor maneira, tá de uma forma simples, de uma forma clara, que como se diz, crie o entendimento que o diabético precisa, expor a gravidade da doença, o risco que ele corre se ele não fizé o tratamento correto da doença, o risco que ele corre se não fizé a dieta, o risco principal que ele corre, se ele não seguiu a orientação principal da nutricionista.

Idéia central 2: Está muito falha e poderia ser feito muito mais

DSC

Poderia ser feito muito mais, mais existe uma falta de profissionais. No pós consulta, existe um tipo de orientação, principalmente para aqueles pacientes que são mais interessados, eu encaminho pra nutricionista e procuro orientar naquilo que posso. Eu acho que a educação em saúde para os diabéticos nessa unidade, tá muito falha, tá muuuuuuito.. Existe por parte dos médicos que atendem uma visão muito particular de cada um, então é feita uma orientação mais ou menos de hábitos de higiene, é feito uma orientação de alimentação que a pessoa deve tê ... mais uma visão muito pessoal, com certeza, muito diferente de um médico pro outro. Num há uma linguagem única entre os profissionais médicos. Da parte da enfermagem, nós temos uma enfermeira bem treinada. Ela trabalhou até na casa do diabético, ela tem uma visão também diferente de cada um dos médicos, tá. Então, em termos de educação, acaba sendo a maior falha, realmente do tratamento do diabete. Essa visão muito individualizada de cada profissional leva a uma confusão muito grande né. E o baixo nível sócio econômico também de algumas pessoas, quase que inviabiliza a possibilidade de conversar a respeito de alguma coisa. Eu acho que é falha né, num adianta você falá você tem diabetes e pronto, cê tem que tomá remédio e acabô. Eu acho que o paciente precisa de mais orientação.

Questão 4 – Fale o que acha das atividades em grupo realizadas com pessoas com diabetes na sua Unidade de Saúde.

Unidade 1

Idéia central 1: É importante, mas deve ser realizada de maneira adequada

DSC

Eu acho muito importante e muito bom. Bem, seria interessante, eu acho que ajuda e ajuda e muito, tira muitas dúvidas, eu acho que eles se motivam e vem, se não eles ficam dois anos sem vir, as vezes ...Seria ótimo se tivesse, porque eu acho que as pessoas, às vezes, só procura o posto quando ele tá muito ruim... Eles conversam entre eles. Eles trocam informação né. Eu acho muito bom quando há né, no caso

não está havendo aqui no posto. Eu, enquanto profissional de urgência, vejo muito lá a consequência de não se tá tendo um programa na UBS. Falando direitinho “como” pra pessoa aplicá, como tá usando a medicação, como tá se alimentando. Então, lá é falha de orientação total, é a idéia que a gente tem, as pessoas não estão orientadas. Mas algumas experiências que eu tive, às vezes, a gente acaba saindo um pouco da realidade desses pacientes. Já vi várias atividades em grupo insistindo para que essas pessoas desenvolvessem um hábito alimentar um pouco fora do que eles podem fazê ... A gente percebe que os grupos batalham, começam lá com cem pessoas e ao final tem deis, vinte pessoas freqüentando o grupo, elas desistem elas falam “ah isso não é prá mim, eu não tenho acesso a esse alimento como se preconiza, eu não tenho”.

Unidade 2

Idéia central 1: É importante, mas apresenta limitações

DSC

É uma idéia boa, do ponto do pessoal, do grupo de diabetes em geral, tanto do médico, da nutrição, da enfermagem, mais é uma idéia que tem muito pouca adesão por parte do paciente diabético. A notícia que se tem é que se faiz é ... grupos de diabéticos. Agora, quando você recebe cada um em separado aqui, pra fazê um acompanhamento, você vê que o pessoal tá totalmente desorientado, ou seja, está havendo um movimento, está havendo um esforço, mais o resultado tá muito pobre. As pessoas com diabetes acham falta dos médicos no programa. Os pacientes ainda não conseguem entender a importância dos outros profissionais. As atividades em grupo são importantes, principalmente pra aqueles que tem interesse. É importante para que as pessoas possam entender que o diabetes é uma doença crônica, mais que tem controle e que eles podem ter uma vida normal. A pessoa tem as crises, mais ela pode estar saindo da crise, desde que ela saiba o que pode ou não pode fazer e a atividade em grupo ajuda muito nesse ponto. Eu acho que é ótimo, que é muito importante.

Questão 5 – Fale o que acha das atividades que visam educar e melhor capacitar os profissionais da área da saúde.

Unidade 1

Idéia central 1: É importante, mas precisa ser realizado com mais freqüência

DSC

Bom é você reciclar, você fazer cursos, fazer congressos, a gente precisa disso, senão a gente começa a ficar desatualizado, desmotivado ... eu acho interessante que tivesse mais cursos mais... Acho bom. Faiz tempo que a gente num ... Aqui faiz tempo que não tem. Já houve alguns, mais faiz muito tempo, então assim se tem coisa nova ... assim a gente tá por fora. Então é bom ter sempre né, mais ... mais não tem. (silêncio)... a gente tem só aquela base escolar mesmo, que tem profissionais que tem há anos e anos né. Eu ainda sou mais recente, mais tá faltando. Seria muito bom, também os profissionais tariam sabendo melhor como informar.

Unidade 2

Idéia central 1: É importante, mas deve ser realizada adequadamente

DSC

O tratamento do diabete tá mudando muito, tanto a parte nutricional, quanto médica, a gente tem que tá sempre se atualizando, novos medicamentos estão surgindo no mercado, novas dietas. É importante, só que não adianta nada capacitar e treinar essas pessoas e daí elas não terem disponibilidade de tempo prá desenvolver o que foi aprendido. Essas atividades, elas são pouco divulgadas, não são estimuladas. E nunca há um estímulo pra que você participe ... em termos de horário as atividades são propostas de uma forma muito falha, então a frequência a eventuais cursos é muito baixa, dificilmente eles conseguem trazer pessoas que tenham uma didática interessante, que realmente motivem você a abandonar alguma atividade financeira pra ir lá pra aprendê alguma coisa diferente. Então, a reciclagem dos profissionais em relação a diabete, a gente vê na prática que ela não surte efeito. Existem vários tipos de treinamento né, nem sempre eles trazem profissionais competentes pra aquilo. Eles acabam trazendo profissionais estrelas, então eu sou a estrela, apresento uma porcaria de conteúdo, ou eu subestimo a platéia e acabo dando um conteúdo muito baixo, uma coisa sem é... sem ter um conteúdo. Isso acaba fazendo com que os profissionais não tenham estímulo de ir indo nesses treinamentos.

Questão 6 – Fale como você se sente diante de um atendimento a uma pessoa com diabetes.

Unidade 1

Idéia central 1: Indiferente

DSC

Eu acho que eu me sinto um pouco fria, porque a gente só sabe o técnico, assim ... a parte técnica da coisa né.

Idéia central 2: Gratificado

DSC

(silêncio) É difícil respondê isso. Tem horas que eu me sinto muito gratificado de ter feito o diagnóstico... Outras vezes eu me sinto muito gratificado em saber, assim que eu vou dá algum grau de orientação a essa pessoa, que eu vou previni complicações futuras, né.

Idéia central 3: Impotente

DSC

E em alguns momentos eu me sinto assim, um pouco impotente que é justamente esses casos que o paciente ... é difícil, a gente tem duas drogas básicas para usar, não tem outras, é você tem que lançar mão de insulina, às vezes, de forma precoce se sente inconformado, poderia usar outras drogas, ter a parte dietética melhor vigiada, atividade física com esse paciente, que fosse uma atividade física que ele conseguisse ir no cotidiano.

Idéia central 4: Sente dificuldades

DSC

Nossa ... Fica difícil até de respondê viu, porque, a única coisa que eu faço quando tá muito alto, eu oriento eles prá í no pronto socorro. E ele tinha esse acompanhamento, só que foi fechada essa casa, né. Então isso complicô mais, eles tão vindo mais no posto só que a gente não tem recurso prá isso. A gente, num, num tem o mesmo treinamento, entendeu?!? Tem dia, tem horário que nem dá tempo mesmo. Principalmente, às vezes, de manhã quando eles vem pra colhê sangue, geralmente não dá tempo da gente tá conversando né ... mais sentimento a gente tem né, falta é tempo também, conforme o horário né.

Idéia central 5: Inseguro

DSC

... Uma insegurança que eu tenho: quando eu indico insulina pra um paciente, é ... eu não sei como que ele vai ser treinado a usá, de que jeito ele vai usá, de que jeito ele vai armazenar, quais os cuidados que ele tem, porque não sou eu que dou isso pra ele e nem sei quem é que dá... tá certo. Eu não sei quem é que dá essa orientação, tá certo.

Unidade 2

Idéia central 1: É persistente, mas encontra dificuldades pela resistência do paciente

DSC

... chega aqui, ele é um paciente revoltado que não aceita a doença que ele tem. Até porque de repente, você vai privá-lo, você vai tirar o direito dele de comê um doce, você vai tirar o direito dele de comê uma massa, um bolo. Então, ele se torna uma pessoa revoltada nesse ponto. Então ele se torna uma pessoa, uma pessoa ... resistente, na maioria das vezes, no tratamento, ele não obedece, não faz. Mais como eu sempre digo, a persistência e a força de vontade de quem está tratando o diabético conta muito nessas horas.

Idéia central 2: Sente tristeza e preocupação

DSC

Se for um sentimento individual da gente, é ... tipo torcer pra que ele acredite e faça o que você tá orientando ele, pra você consegui um retardo no início das complicações. É muito triste. Além de tudo, a pessoa que tem diabetes tem muitos gastos, tanto pelos cuidados especiais, quanto pelos alimentos diets que ela precisa consumir, além disso, quando essas pessoas vão a uma festa, elas não podem nem participar por não poderem comer o que é oferecido. A gente fica meio assim né, porque o diabetes é uma doença preocupante, né. Não é uma coisa simples né. Eu acho que importante a gente dá mais atenção né, só que a gente não tem condição de dá a atenção que ele necessita né, porque a gente tá sobrecarregado. Agora se é aquele paciente que você já sabe que ele já teve muitas orientações, e que é aquele paciente rebelde que não segue as orientações, dá pra você ter um pouquinho de dó, porque você já vê as complicações nele, e até dá um pouquinho assim ... sentimento de raiva dele não seguir o que você orienta. Então é aquele paciente que no fim você acaba atendendo por atender, por ser uma obrigação você atender, porque você vai tá mais uma vez ali falando um monte de coisa que ele já deveria tá fazendo a muito

tempo e ele não consegue perceber que ele já tá caindo no abismo e que ele ainda pode encontrar uma árvore nesse abismo, mas ele ainda não quê.

Idéia central 3: Sente facilidade

DSC

(silêncio) É um atendimento normal como qualquer outro. Eu acho que o paciente diabético, por ser crônico, ele é pra ser um paciente mais fácil, porque ele não é virgem no assunto... ele sabe que ele vai tê o pé amputado, ele sabe que ele vai tê restrições alimentares, ele sabe que ... e vai tê que ... Fora um ou outro que você tem que discuti um pouquinho mais, pressioná um pouquinho mais, a maioria aceita o tratamento, aceita que tem que retorná várias vezes.

Questão 7 – Você já pensou a respeito da necessidade de mudanças de hábitos (como o plano alimentar e a prática de exercícios) que a pessoa deve ter quando descobre o diabetes? Se sim o que acha?

Unidade 1

Idéia central 1: Nunca pensou

DSC

Não. Como quando a gente é paciente... Não. Eu pensei já em morrer (risos) (silêncio).

Idéia central 2: Já pensou e achou muito difícil

DSC

Eu já me coloquei no lugar, porque, que nem, o meu pai é diabético, a família do meu pai toda é diabética né. Mais eu acho que é bem difícil né, é uma coisa super difícil né, prá eles tê que fazê dieta, se privar de muitas coisas, é bem difícil. Já me coloquei nesta situação. Muito difícil. É muito complicado, eu acho que tem ... sei lá ... que ter alguém em cima, se não um profissional, alguém da família, assim ... também eu acho importante a família tá ajudando esse paciente né. Não deve ser fácil, mais não deve nunca ser fácil, em hipótese alguma... eu como eu sou obeso, a gente se sente mal de não conseguir seguir aquelas metas, né. Não é uma coisa agradável você não ter o dia a dia adaptado à você. Tem dias que eu falo assim “eu queria caminhar uma hora”, eu não consigo caminhar essa hora, a minha rotina de dia não permite eu encaixar essa hora a mais de atividade física. Então, eu me sinto mal, eu me sinto assim... a que recorrer. Aí eu começo a me culpar, eu sou preguiçoso, eu sou isso eu sou aquilo, aí você começa a vestir a carapuça e fala “ah, já que eu so mesmo, so memo tudo bem e fim de papo” né, a gente não consegue ver soluções práticas prá isso

Unidade 2

Idéia central 1: Sim, e não encontrou muitas dificuldades

DSC

Já, Já pensei nisso daí. Eu já tive uma experiência própria, tá. Então, quando eu fiquei sabendo eu me controlei um pouquinho mais... tanto que hoje eu tô controlado, eu já sei o que pode comê, o que não pode comê, o que pode comê em

exagero, o que não pode comê em exagero. Então, eu particularmente aceitei, então ... não houve problema pra mim, não houve uma resistência interior.

Idéia central 2: Não, mas acha que deve ser muito difícil

DSC

Nunca me coloquei no lugar, mais eu acho que seria muito, muito difícil ter diabetes e tenho muito medo de vir a ter.

Idéia central 3: Sim, e acha muito difícil

DSC

... é uma coisa difícil da gente aceitá né, essa doença é difícil, porque não é prá hoje, não é pra um mês, é pro resto da vida né, você nunca deixa de ser diabético né. Eu acho que o dia que eu ficar diabética eu vou morrer. Mas a gente já, já pensou. Antes de eu trabalhar nesse serviço, eu trabalhava com diabético, né. Então quando, eu específico, tive que começar a trabalhar com diabético, toda a equipe que a gente trabalhava, que não era muito grande, era um fisioterapeuta, uma nutricionista, uma auxiliar de enfermagem, eu e a médica. Nós nos propusemos a fazer juntos por um mês, tudo o que o diabético fazia, pra gente sentir na pele como era né. Então, você ficar sem comer um doce, ou comer um diet, que acaba sendo ruim o sabor, né, a prática de exercício, então mudança de hábito que realmente é difícil. Então, eu busco negociar aos poucos alterações de hábito. Eu busco isso no que?!? Exatamente em mim mesmo. O que você costuma comê? Mais ou menos assim que eu procuro agir, ou seja, o que eu sei que eu reagiria contra, eu evito falá pro paciente fazê. (silêncio).

Questão 8 - Você acha que poderia fazer algo para melhorar a assistência a pessoa com diabetes?

Unidade 1

Idéia central 1: Acha que sim, mas dependendo de algumas condições

DSC

Olha se eu tivesse um treinamento sim, porque primeiro prá você fazê alguma coisa prá alguém você tem que ser treinado, né. Muitas vezes, não dá pela correria diária mesmo... precisa ter mais tempo pra me dedicar à essas pessoas. Hoje em dia, eu acabo me dedicando, aqui na Unidade básica, eu acho que é muito poco, poderia ser mais né, poderia gastar um tempo maior com essas pessoas falando, conversando, mais infelizmente a gente acaba atendendo assim “você tem tantas fichas pra atender” e isso também eu acho que é uma coisa que precisava acabar um pouquinho né... acho que a medicina teria que ser feita um pouquinho mais aberta e mais multidisciplinarmente, né. Você fazendo isso ... você tendo tempo de tá aqui com a pessoa, tendo acesso a uma nutricionista aqui, tendo acesso a uma enfermeira, eu acho que a eficiência fica maior ... a compra da insulina, eu acho que é feita com base no preço, tem época que tem essa, tem época que tem essa, então fica uma coisa meio confusa, uma coisa meio mexida assim.

Idéia central 2: Acha que sim

DSC

Ah, eu acho que posso. A gente pode melhorar, se a gente quisé ... mesmo assim, a gente tá mais ... se a gente tivé mais ligado nisso ... É que é aquela coisa, que você passa pelo caminho sem olhá o que tá em volta né. Então, às vezes, tem muita gente que você pode tá dando uma palavra assim ... pode tá fazendo e pode tá melhorando. (silêncio) ... poderia dar mais informação né.. Eu acho o que a gente poderia dar prá eles é mais atenção né.

Unidade 2

Idéia central 1: Já faz tudo o que é possível

DSC

Olha, da minha parte, o que eu poderia tá fazendo é continuar o trabalho que eu tô fazendo né, que é justamente a orientação, é... a orientação sobre a dieta, a orientação sobre o medicamento, sobre os riscos da doença em si, porque a gente tá, como se diz, é o papel básico do médico, da nutricionista e da enfermagem. Aqui é feito tudo o que é possível se fazer. Prá que realmente funcionasse, seria necessário um psicólogo, um nutricionista, o médico e principalmente a família. Pois não adianta a pessoa vir aqui ouvir tudo, se não é ela quem prepara a comida. A plano individual, eu faço a minha visão do que é possível fazê de um programa de diabete, ou seja, eu faço os intervalos necessários, diferentes para cada pessoa. Qué dizê, eu faço o que eu posso, tá ... Então eu sempre vou me desdobrá dentro do que eu, sozinho, consegui fazê.

Idéia central 2: Acha que sim

DSC

Eu acho que sim (silêncio). Ah, a assistência ao diabético, o que eu acho é que a gente poderia tá fazendo é os programas né, os programas e as orientações prá pessoa e a conscientização né, do que é a doença, de como tratá, de como cuidá ... não só a pessoa, mais prá família também. Eu acho que o que a gente pode fazê, ah... pra melhorar a assistência é treinamentos, orientação, conscientização dos profissionais, né.

Idéia central 3: Acha que não

DSC

(silêncio) A plano coletivo eu não acredito em nada, tá. Necessitaria de vontade política e investimento, nenhuma das duas coisas acontece aqui em Piracicaba. O profissional, ele já tá cansado de vê essas coisas, então, ele não se sente motivado a aumentá o nível de esforço dele por motivo nenhum.

6.3 – Perfil social, cultural, antropométrico, bioquímico e dietético dos usuários com diabetes das Unidades Básicas de Saúde 1 e 2

O perfil populacional foi de 100% de indivíduos com diabetes tipo 2. A maioria da população foi do sexo feminino: 86% na Unidade 1 e 78% na Unidade 2.

A população das duas Unidades de Saúde apresentaram um perfil muito semelhante para as características relacionadas na Tabela 1. O índice de analfabetismo foi de 32% para a Unidade 1 e 24% para a Unidade 2. Não houve diferenças estatísticas significativas.

Tabela 1. Caracterização da população de estudo. Unidade Básica de Saúde 1 e Unidade Básica de Saúde 2. Piracicaba, 2002

Variáveis	Unidade 1 (N=50)		Unidade 2 (N=50)		Valor P
	Média	D.P*	Média	D.P*	
Idade (anos)	60,46	10,58	61,74	10,43	0,3379
Escolaridade (nº de séries cursadas)	2,10	1,95	2,40	2,44	0,4435
Número de pessoas residentes no domicílio	3,32	1,96	3,36	1,55	0,91
Renda per capita (em salários mínimos **)	1,02	0,86	0,86	0,48	0,2496

* D.P.= desvio padrão

** Valor considerado como referência= R\$ 180,00

As profissões mais comuns encontradas na população de estudo foram “do lar” (42% da Unidade 1 e 44% da Unidade 2) e aposentado (28 % Unidade 1 e 36 % Unidade 2).

O estado conjugal mais freqüente na população das duas Unidades de Saúde foi “casado”, 54%(1) e 60%(2), seguido de “viúvo”, 32%(1) e 16%(2)

Grande parte da população das duas Unidades tem casa própria, 84% da Unidade 1 e 86% da Unidade 2. A maioria das casas é de alvenaria (96% em ambas as Unidades), sendo que 2% (1) e 4%(2) são de madeira e apenas 1%(1) de adobe.

As características da população de ambas as Unidades de Saúde, em relação ao tabagismo, foram muito semelhantes. Dos fumantes, a frequência do hábito foi diária para 100% da população.

Tabela 2. Distribuição dos clientes segundo tabagismo e Unidade Básica de Saúde. Piracicaba 2002.

Fumo	Sim		Não, e nunca fumou		Não, mas já fumou		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Unidade 1 (N=50)	8	16	26	52	16	32	50	100
Unidade 2 (N=50)	8	16	20	40	22	44	50	100
TOTAL	16	16	46	46	38	76	100	100

$X^2 = 1,73$
 $p=0,885$

As quantidades foram de até 5 cigarros por dia para 37,5%(1) e 12,5%(2), de 6 a 11 cigarros por dia para 25%(1) e de 12 ou mais cigarros por dia para 37,5%(1) e 87,5%(2). A totalidade da população fumante das duas Unidades de Saúde fuma há sete anos ou mais.

O consumo de álcool esteve presente em 4% da população da Unidade 1 e 10% da Unidade 2, e 24%(1) e 26%(2) já foram consumidores de bebidas alcoólicas.

O tipo de bebida mais referido foi a cerveja, seguido da “pinga”. A frequência mais referida foi de 1 vez por semana ou menos. Da população da Unidade 2 que consome bebidas alcoólicas, 40% referiu ingeri-las todos os dias. Na Unidade 1 nenhum usuário referiu ingerir bebidas alcoólicas todos os dias. Não houve diferença estatística significativa entre as duas Unidades ($X^2=1,56$; $p=0,9059$). E 100% da população que consome bebidas alcoólicas das duas Unidades de Saúde tem o hábito há sete anos ou mais.

A maioria da população das duas Unidades de Saúde não pratica exercícios físicos, mas a ausência da prática é maior para a Unidade 1(72%) que para a Unidade 2 (56%).

Tabela 3. Distribuição dos clientes segundo a prática de exercício físico e Unidade básica de Saúde. Piracicaba, 2002.

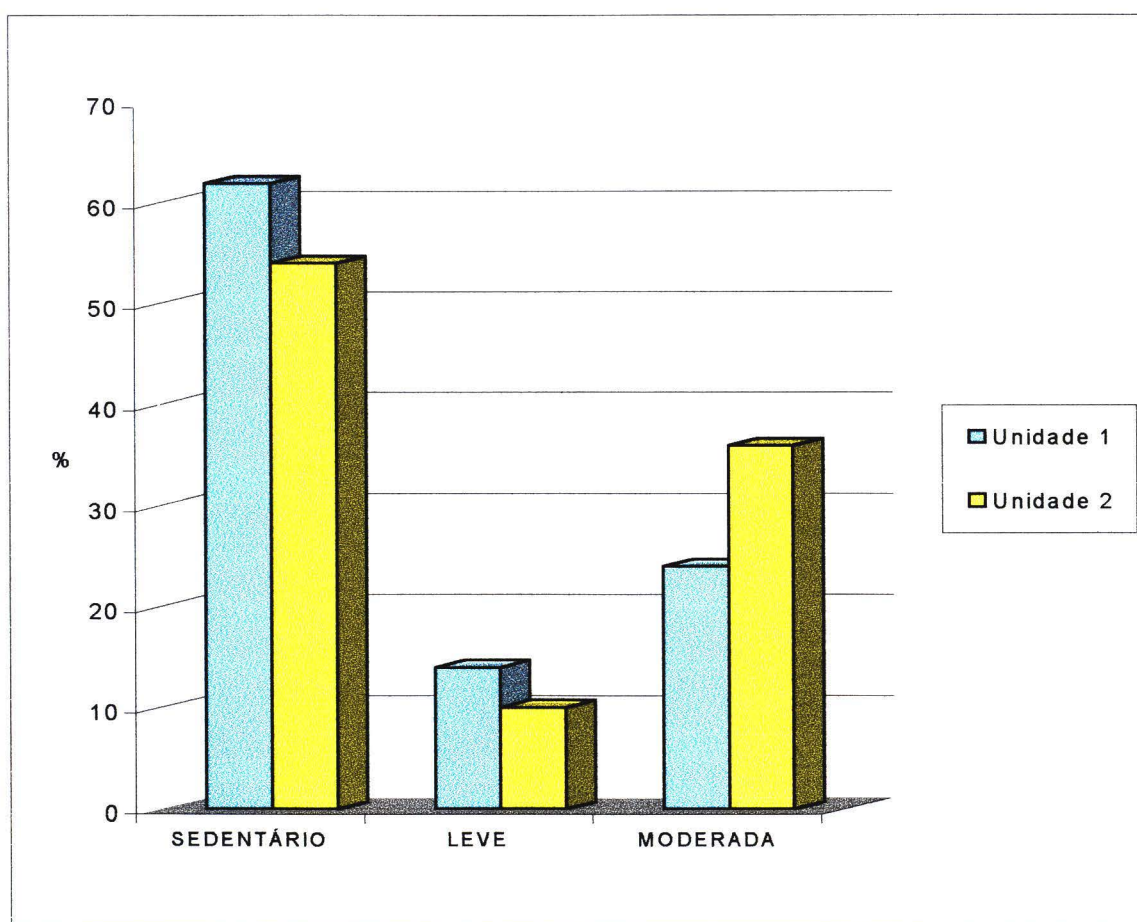
Prática de exercícios	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Unidade 1 (N=50)	14	28	36	72	50	100
Unidade 2 (N=50)	22	44	28	56	50	100
TOTAL	36	36	64	64	100	100

$X^2 = 2,78$
 $p=0,4271$

Os motivos mais referidos para ausência de prática de exercícios físicos foram a “falta de tempo”, “falta de vontade” e limitações físicas (a maioria decorrentes de complicações crônicas do diabetes).

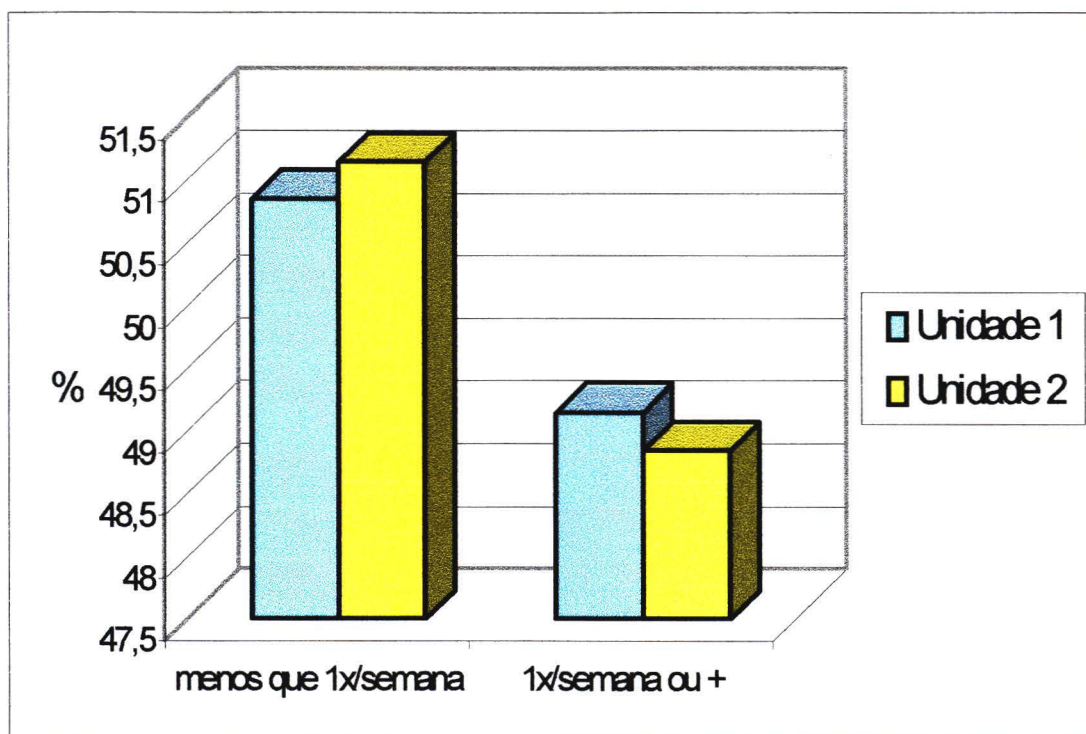
Da população de estudo, 62% da Unidade 1 e 54% da Unidade 2 têm um nível de atividade física sedentário, 14%(1) e 10%(2) têm um nível leve e 24%(1) e 36%(2) têm um nível de atividade física moderado. Nenhum dos clientes apresentou atividade física intensa. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as populações da duas Unidades de Saúde ($X^2 = 1,81$; $p=0,8748$).

Figura 1. Distribuição dos clientes segundo tipo de atividade física e Unidade Básica de Saúde. Piracicaba, 2002.



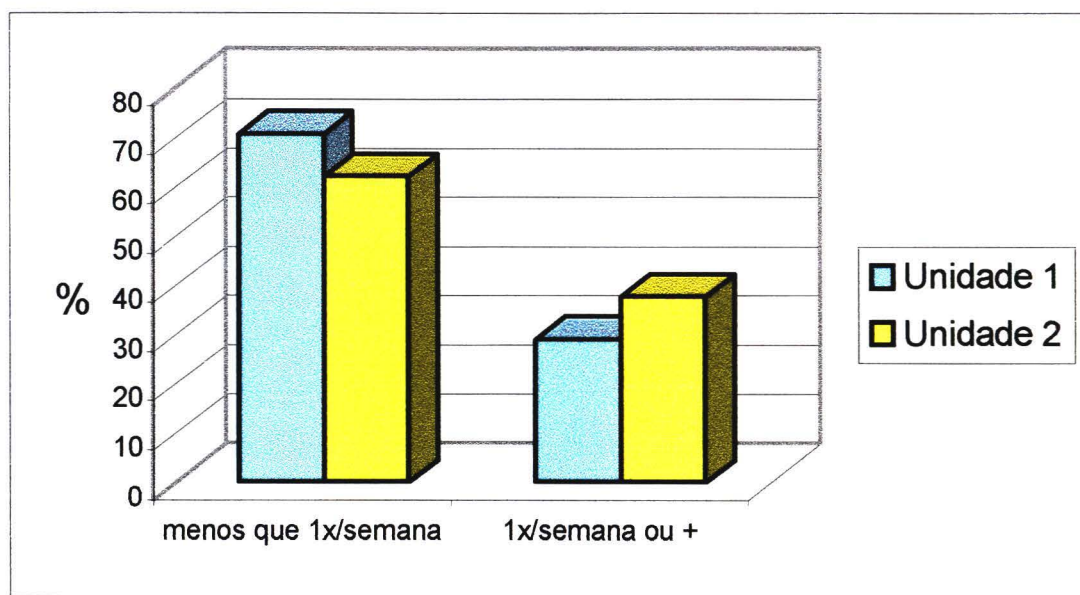
A Figura 2 mostra as diferenças nas freqüências de sintomas de hiperglicemia entre os usuários das duas Unidades Básicas de Saúde. Os sintomas de visão turva, cansaço, sonolência, nictúria, poliúria, polidipsia e polifagia foram avaliados em conjunto como sintomas de hiperglicemia. A freqüência em que eles ocorreram foi muito semelhante nas duas Unidades de Saúde ($X^2=0,002$; $p=0,9999$).

Figura 2. Distribuição dos clientes segundo ocorrência de sintomas sugestivos de hiperglicemia. Unidade 1 e Unidade 2. Piracicaba, 2002.



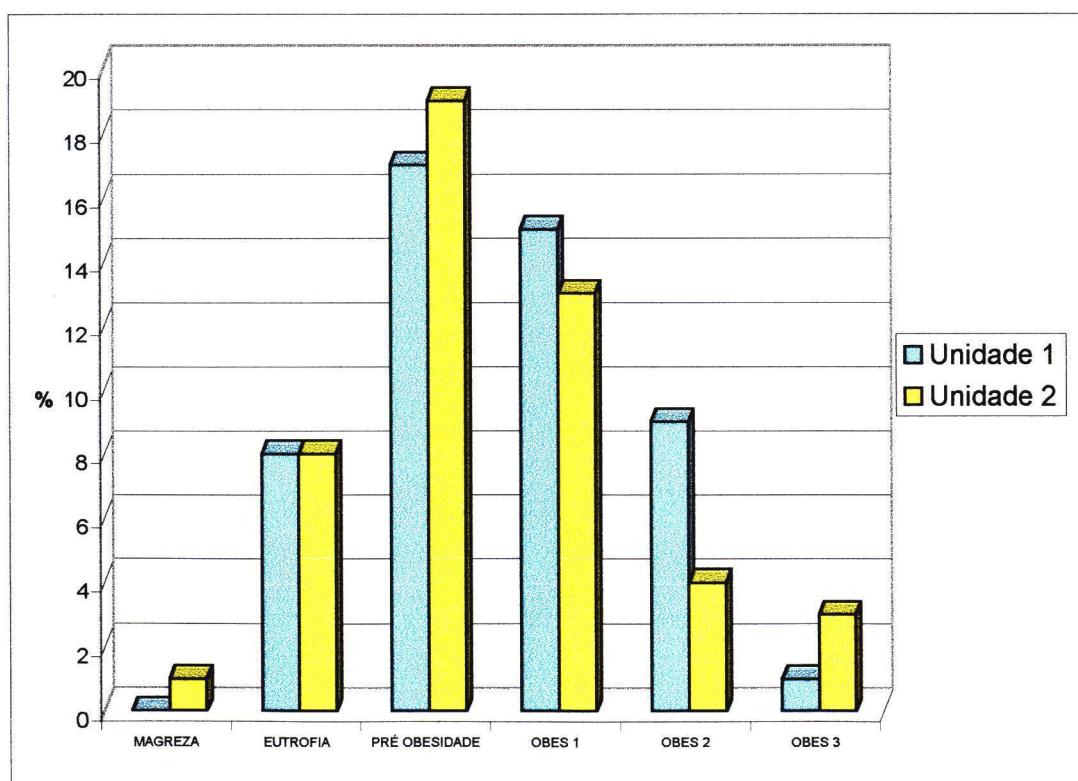
A Figura 3 mostra as diferenças nas freqüências de sintomas de hipoglicemia entre os usuários das Unidades de Saúde 1 e 2. Assim como para os sintomas de hiperglicemia, os sintomas de hipoglicemia (fraqueza, tontura, fome súbita, sudorese, tremores, taquicardia e cefaléia) também foram avaliados em conjunto. 29,14% da população da Unidade 1 e 37,72% da Unidade 2 referiram apresentar sintomas de hipoglicemia 1 vez por semana ou mais ($X^2=1,65$; $p=0,647$).

Figura 3. Distribuição dos clientes segundo ocorrência de sintomas sugestivos de hipoglicemia. Unidade 1 e Unidade 2. Piracicaba, 2002.



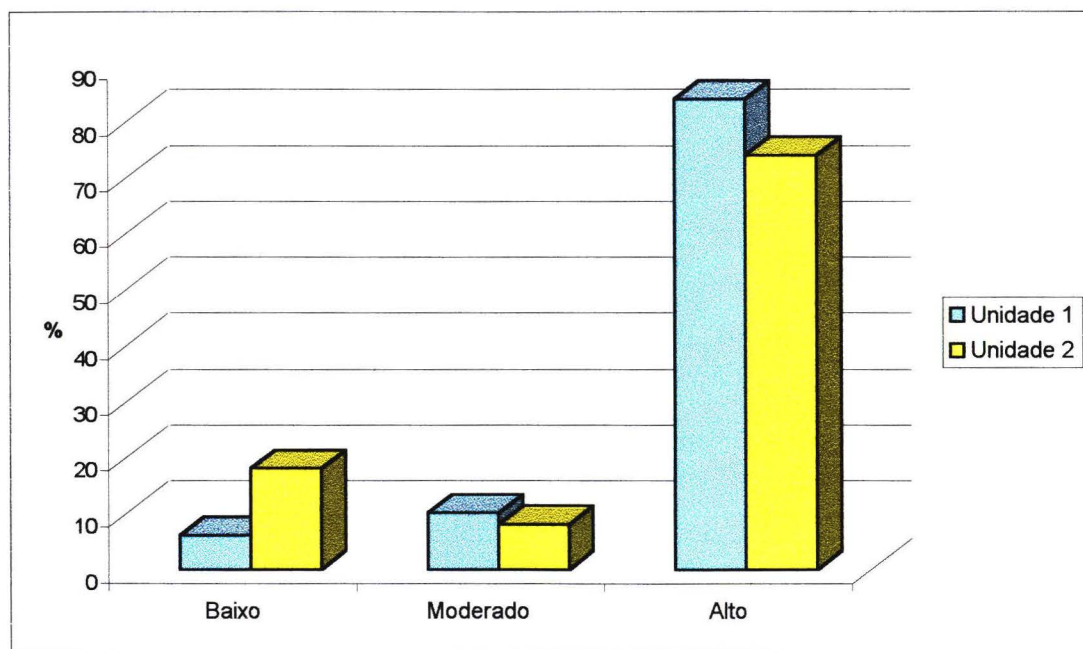
Pela Figura 4 podemos observar que apenas uma pequena parte da população (16%) nas duas Unidades Básicas de Saúde está com o estado nutricional dentro da normalidade. A maioria da população encontrou-se com o estado nutricional inadequado, indicando uma grande parcela de indivíduos pré obesos (34% da Unidade 1 e 38% da Unidade 2), com obesidade 1 (30% da Unidade 1 e 26% da Unidade 2), obesidade 2 (18% da Unidade 1 e 8% da Unidade 2) e obesidade 3 (2% da Unidade 1 e 6% da Unidade 2). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as duas Unidades Básicas de Saúde ($X^2= 3,19$; $p=0,955$).

Figura 4. Distribuição dos clientes segundo estado nutricional e Unidade de Saúde. Piracicaba, 2002.



A Figura 5 mostra que 84% da população da Unidade 1 e 74% da Unidade 2 apresentaram indicador de alto risco de complicações metabólicas e que somente 6% da população da Unidade 1 e 18% da Unidade 2 apresentaram um baixo risco. Não houve diferenças estatísticas significativas entre as UBSs ($X^2= 3,427$; $p=0,6343$) para esses indicadores.

Figura 5. Distribuição dos clientes segundo risco de complicações metabólicas (determinada pela circunferência abdominal) e Unidade Básica de Saúde. Piracicaba, 2002.

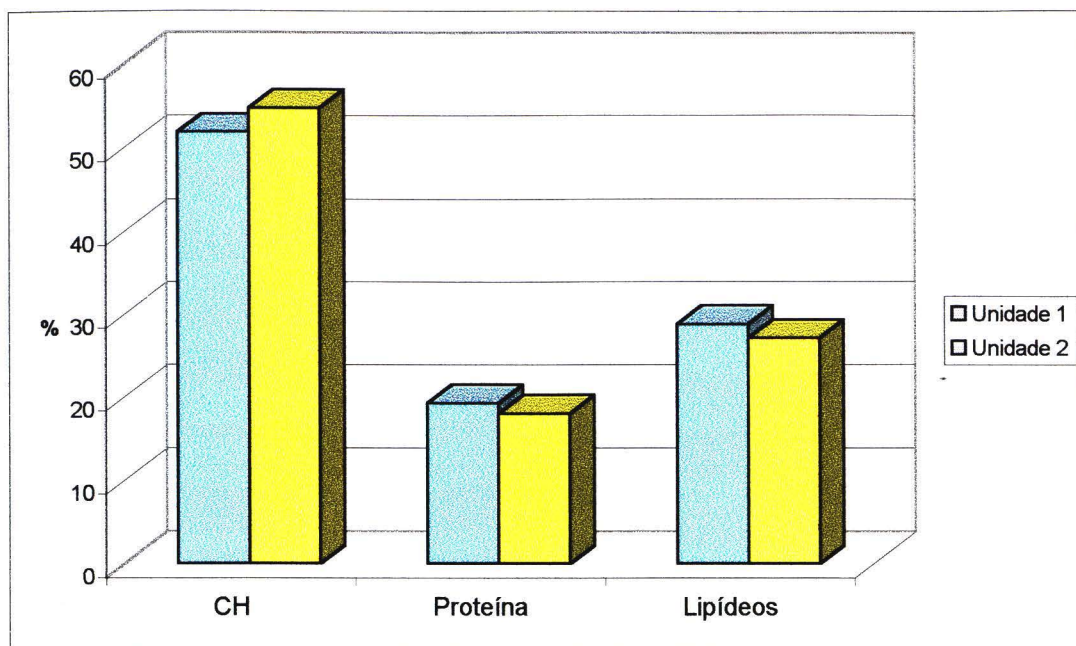


Na Figura 6 podemos observar que o consumo dos macronutrientes foi de 51,9%(1) e 54,83%(2) de carboidratos, 19,3%(1) e 18,05%(2) de proteínas e 28,8%(1) e 27,12%(2) de lipídeos.

O valor calórico médio da dieta referida foi de 1312,56 kcal ($\pm 654,38$) para a Unidade 1 e 1478,08 kcal ($\pm 545,09$) para a Unidade 2. O consumo médio dos macronutrientes, em gramas, para a Unidade 1 foi de: 170,47g ($\pm 89,64$) de carboidratos, 63,49g ($\pm 35,22$) de proteínas, 42,06g ($\pm 31,62$) de lipídeos; e para a Unidade 2: 203,06g ($\pm 97,23$) de carboidratos, 67g ($\pm 26,93$) de proteínas, 44,62g ($\pm 27,61$) de lipídeos. Analisando esses dados pelo Teste t de Student observamos que não houve diferenças estatísticas significativas entre as Unidades de Saúde ($t = -1,3604$).

O valor médio de calorias por dia por quilograma de peso foi de 18,15 ($\pm 8,62$) para Unidade 1 e 21,60($\pm 10,92$) para a Unidade 2.

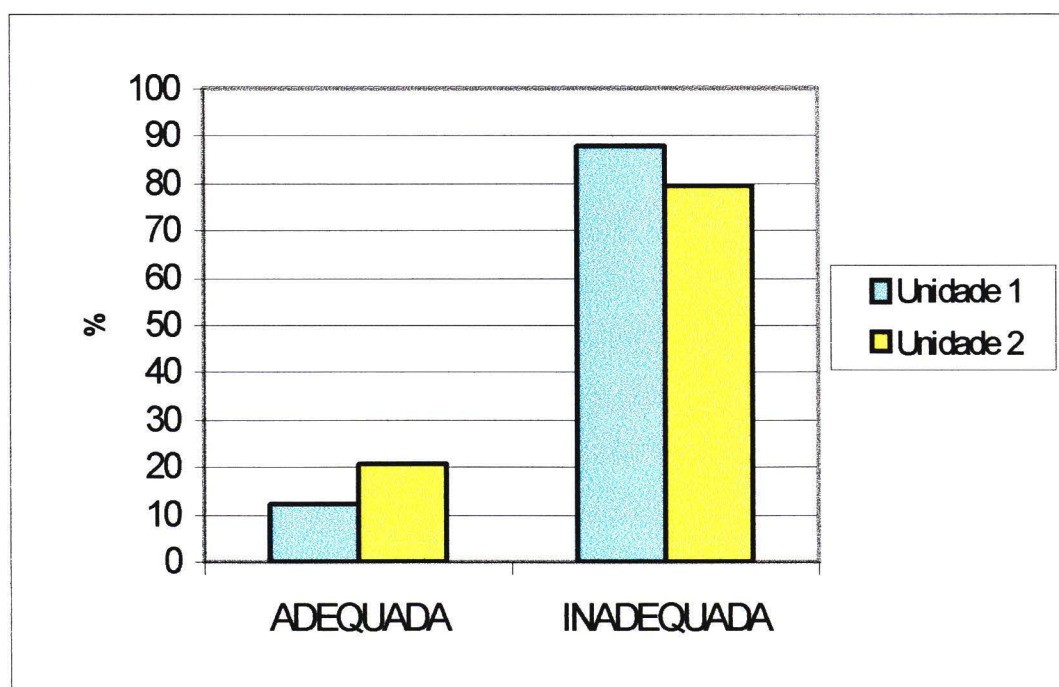
Figura 6. Distribuição do consumo de macronutrientes por Unidade Básica de Saúde. Piracicaba, 2002.



Na figura 7 podemos observar que apenas 12,2% da população da Unidade 1 e 20,51% da população da Unidade 2 apresentaram os índices de hemoglobina glicosilada adequados. Os valores médios obtidos foram de 10,45% ($\pm 3,11$) para a Unidade 1 e 9,35% ($\pm 2,26$) para a Unidade 2.

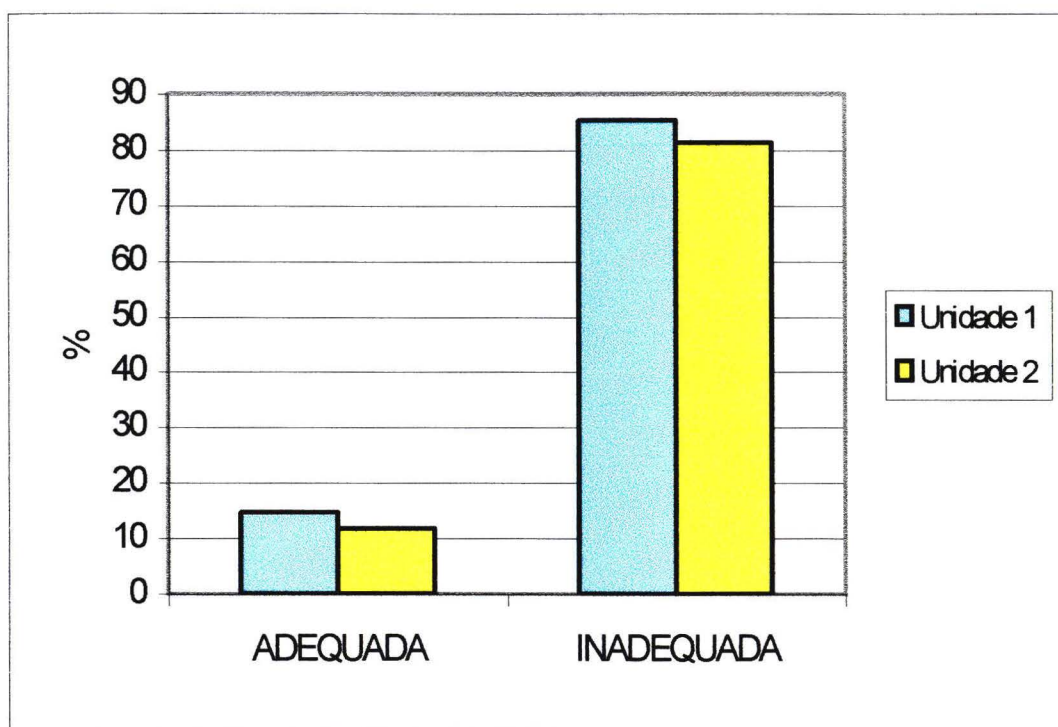
A porcentagem de pessoas com níveis de hemoglobina glicosilada adequados foi menor, comparando-se estes dados com o estudo de PICCOLOMINI, 2000, apresentando diferença estatística significativa ($X^2 = 13,26$; $p = 0,0041$).

Figura 7. Distribuição dos clientes segundo adequação dos níveis de hemoglobina glicosilada por Unidade Básica de Saúde. Piracicaba, 2002.



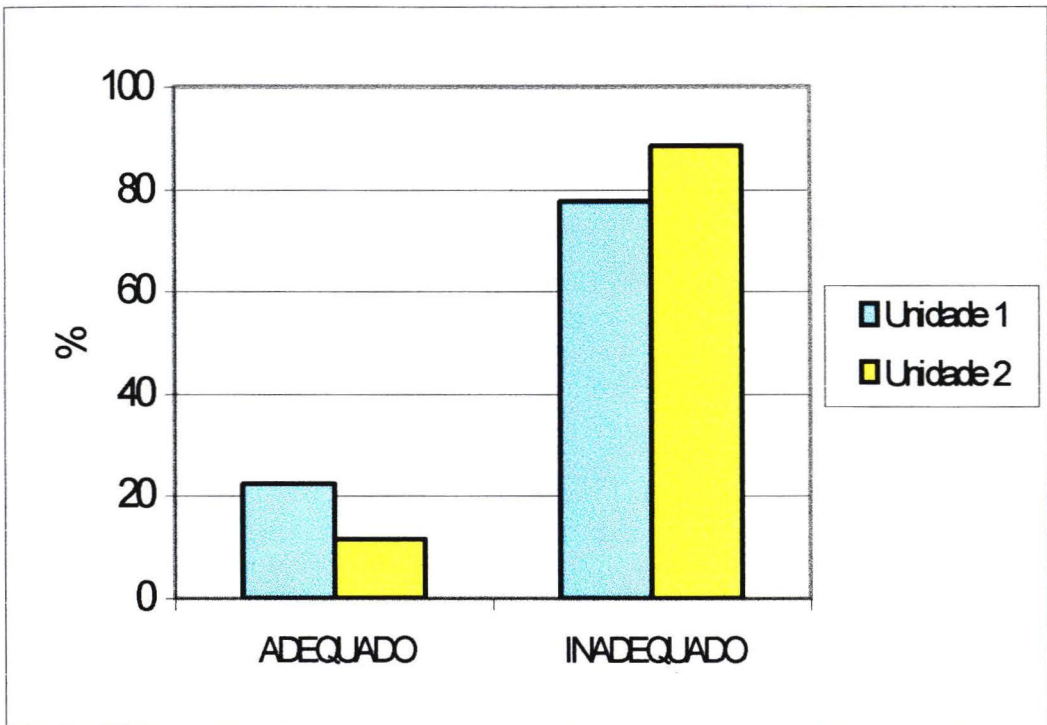
Pela Figura 8 podemos observar que a maior parte da população do estudo não conseguiu manter a glicemia em níveis desejáveis; 85,42% da população da Unidade 1 e 81,25% da população da Unidade 2 apresentaram os valores glicêmicos inadequados. Os valores médios obtidos foram de: 178,81mg/dl ($\pm 70,20$) para a Unidade 1 e 158,25mg/dl ($\pm 59,93$) para a Unidade 2.

Figura 8 . Distribuição dos clientes segundo adequação da glicemia por Unidade Básica de Saúde. Piracicaba, 2002.



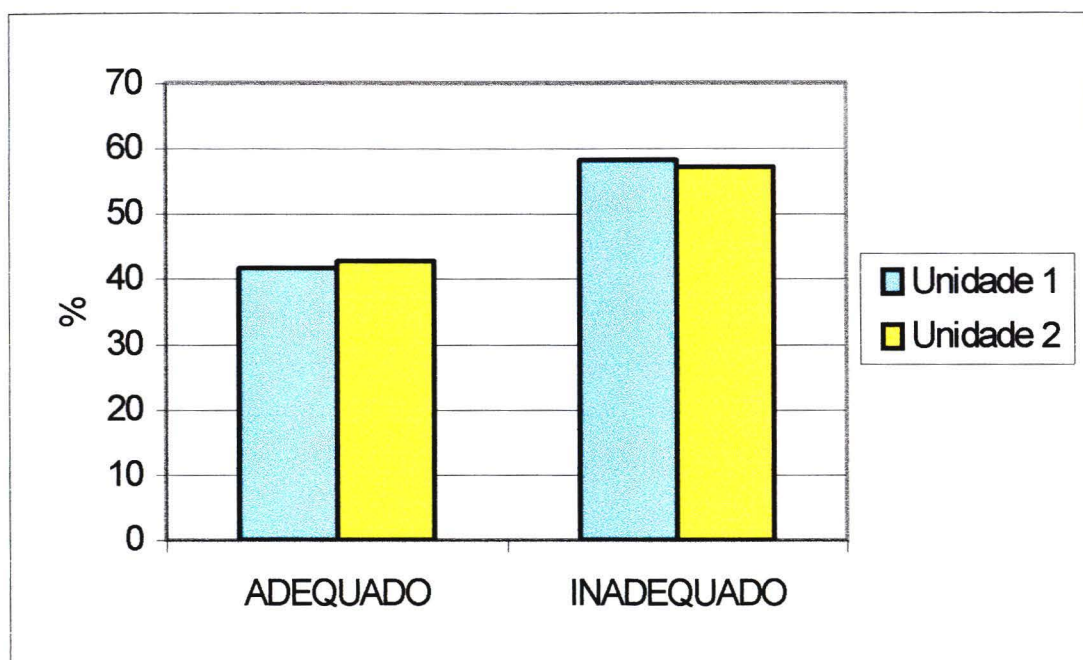
Na figura 9 podemos observar que a população da Unidade 2 (11,36%) apresentou porcentagem de adequação para os níveis de colesterol inferior à da Unidade 1 (22,22%). Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Os valores médios obtidos foram de 231,02mg/dl ($\pm 49,09$) para a Unidade 1 e 253,54mg/dl ($\pm 44,47$) para a Unidade 2.

Figura 9. Distribuição dos clientes segundo adequação dos níveis de colesterol por Unidade de Saúde. Piracicaba, 2002.



A adequação dos níveis de triglicérides foi semelhante nas duas Unidades, de 41,67% para a Unidade 1 e de 42,86% para a Unidade 2. Os valores médios encontrados foram de 230mg/dl ($\pm 142,09$) para a Unidade 1 e de 180,14mg/dl ($\pm 96,02$) para a Unidade 2 (Figura 10).

Figura 10. Distribuição dos clientes segundo adequação dos níveis do triglicérides por Unidade Básica de Saúde. Piracicaba, 2002.



A tabela 4 mostra que a pressão arterial sistólica foi, em média, de 143,4mmHg ($\pm 21,3$) para a Unidade 1 e 141,9mmHg ($\pm 17,1$) para a Unidade 2. A média para a pressão diastólica foi de 86,3mmHg ($\pm 10,1$) para a Unidade 1 e 84,9mmHg ($\pm 12,3$) para a Unidade 2.

Tabela 4. Distribuição dos clientes segundo pressão arterial (sistólica e diastólica - mmHg) e Unidade Básica de Saúde. Piracicaba, 2002.

Pressão arterial	Sistólica		Diastólica	
	Média	D.P.*	Média	D.P.*
Unidade 1 (N=50)	143,4	21,3	86,3	10,1
Unidade 2 (N=50)	141,9	17,1	84,9	12,3
Valor p	0,9915		0,5491	

* Desvio Padrão

Apenas 10% da população da Unidade 1 e 6% da Unidade 2 tiveram modificação no tratamento medicamentoso nos 12 meses anteriores ao estudo. As principais modificações foram em relação à introdução da insulina.

Tabela 5. Distribuição dos clientes segundo modificação no tratamento medicamentoso nos últimos meses e Unidade Básica de Saúde. Piracicaba, 2002.

Modificação	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Unidade 1 (N=50)	5	10	45	90	50	100
Unidade 2 (N=50)	3	6	47	94	50	100
TOTAL	8	8	92	92	100	100

($X^2= 1,042$)

A tabela 6 mostra que a maioria das duas populações frequentou as Unidades de Saúde pelo menos uma vez a cada três meses, 82%(1) e 62%(2).

Tabela 6. Distribuição dos clientes segundo a frequência de visitas a Unidade de Saúde. Unidade 1 e Unidade 2. Piracicaba, 2002.

Frequência	1x/mês		1x/bimestre		1x/trimestre		1x/semestre		1x/ano		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Unidade1 (N=50)	7	14	10	20	24	48	9	18	1	2	50	100
Unidade2 (N=50)	7	14	13	26	11	22	16	32	3	6	50	100
TOTAL	14	14	23	23	35	35	25	25	4	4	100	100

$X^2= 8,179$

$p=0,516$

6.4 – Representações dos usuários diante do diabetes e da atenção que recebem nas Unidades Básicas de Saúde

Dos 15 primeiros usuários de cada Unidade de Saúde que foram convidados para participar do grupo focal, 6 pessoas compareceram para a reunião da Unidade 1 e 8 pessoas compareceram para a reunião da Unidade 2. As representações dos usuários, através do discurso do sujeito coletivo, mostram as suas representações diante do diabetes, das dificuldades em lidar com ele e do atendimento que recebem das Unidades Básicas de Saúde. O quadro a seguir resume as idéias centrais contidas nos discursos.

Quadro resumo das idéias centrais dos usuários

Questões	Idéias Centrais	
	Unidade 1	Unidade 2
O que é o diabetes para vocês?	<ul style="list-style-type: none"> • É uma doença muito difícil e que envolve sacrifícios 	<ul style="list-style-type: none"> • É uma doença muito difícil e que envolve sacrifícios
Como vocês se sentem em lidar com a doença?	<ul style="list-style-type: none"> • Sentem dificuldades 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentem dificuldades
Quais são as dificuldades que vocês encontram em lidar com o diabetes?	<ul style="list-style-type: none"> • Não sentem muitas dificuldades, mas existiu uma dificuldade de adaptação inicial • Sentem dificuldades em seguir o plano alimentar 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentem dificuldades em seguir o plano alimentar
O que vocês acham e sentem em relação ao atendimento que vocês tem aqui nessa Unidade de Saúde?	<ul style="list-style-type: none"> • O atendimento é péssimo e deixa muito a desejar 	<ul style="list-style-type: none"> • O atendimento, de uma maneira geral, é muito bom

Questão 1: O que é o diabetes para vocês?Unidade 1

Idéia Central: É uma doença muito difícil e que envolve sacrifícios

DSC

Eu, prá mim é uma doença terrível, a gente não pode comê o que a gente tem vontade ... Eu tenho vontade de comê as coisa e não pode, tudo o que come faiz mal, ah meu Deus. Ocê vê cada coisa gostosa ... Ontem eu fui no Carrefour e eu peguei uma torta de maçã na mão, pensei "será que eu levo né". No fim eu acabei não trazendo porque eu ia comê né. Eu acho que é a doença mais ruim que tem no mundo, ocê vê as coisa boa e num pode comê, se tem o diabetes ocê vê as coisa gostosa e num pode comê, ah ... melhor morrê logo (silêncio).. Então a gente, as vezes, passa vontade né. Num é fácil não, essa doença aí. Eu sei que esse tal de diabetes foi a doença mais terrível que Deus deixou no mundo viu.

Unidade 2

Idéia Central: É uma doença muito difícil e que envolve sacrifícios

DSC

Ah, o diabetes não é doença boa, não é ... É uma doença que não sara né. Tem que vivê no regime pra podê melhorá um pouco. Porque se a gente abusá um pouco, vai pará no hospital (risos). O diabetes dá muita dor na perna. O diabetes é coisa que ... açúcar no sangue né, e ... a gente que controla ele né. Fica comendo as verdura, fruta, essas coisarada. Tem que tomá café com adocil, eu tomo só com adocil e se tivê as coisa diet, a gente pega o diet. Ôi, a diabetes era bom que a gente não tivesse isso né, era bom porque tudo a vida ... eu fui são a minha vida, nunca tive vícios, eu não! Nunca fumei, nunca bibi né, mais como a gente tem o diabete, então a gente é obrigado a manerá. A gente tá sabendo que o diabete vem do açúcar no sangue, então nois não podemos comê esse negócio de doce que eu gostava tanto.

Questão 2: Como vocês se sentem em lidar com a doença?Unidade 1

Idéia central: Sentem dificuldades

DSC

Ah, o açúcar tem que cortá por completo né, e muita coisa também salgado, como massa, né, num pode também, e a gente procura evitá de comê, as coisa que fais mal né. Eu sinto dor de cabeça, minha vista fica embaçada ... Tem dia que a gente fica com o corpo ruim né, nossa parece que vai... é ruim mesmo. É uma coisa ruim nas perna né?!? O que mai dói na gente é as perna e os braço. Quando eu tenho ataque de nervoso... Se eu passá nervoso ela vai lá em cima. Não é de comê as coisa doce, porque eu só tomo adoçante. O diabetes ele é perigoso pô a pessoa em cima duma cama, em cima duma cadeira de roda. O perigo é esse aí. Pelo amor de Deus, eu tomo remédio, eu tenho muito medo dessas coisa aí, Ave Maria! Deus me livre!

Unidade 2

Idéia central: Sentem dificuldades

DSC

Ah, é duro né. Dá fome né, come, não enxergo direito. É difícil, mai tem que manerá no açúcar né, tem que manerá. A partir do momento que eu sei. Ah, eu ... aquele baque memo. Quanto tá alta a gente sente, toma muita água. Água, porque se eu tomo três copos de água por dia ... mai com o diabete não tem água que güente. Vai bastante no banheiro. Dá cãibra.

Questão 3: Quais são as dificuldades que vocês encontram em lidar com o diabetes?

Unidade 1

Idéia central 1 : Não sentem muitas dificuldades, mas existiu uma dificuldade de adaptação inicial

DSC

Eu não tenho não ... Eu vô na boa. Já acostumô né. Mai no início foi fogo ...

Idéia central 2: Sentem dificuldades em seguir o plano alimentar

DSC

Quando eu descobri, eu fiquei revoltada, perdi até a vontade de vivê, sinceramente, porque prá que vivê, só prá trabalhá então, nem comê o que a gente que não pode mais. Eu fiquei memo ... Ai com o tempo foi vendo que, sabe ... num diante né, tem que aceitá. De vez em quando eu faço bolo em casa, mais faço pra minha menina, eu num güento, eu como um pedacinho. É, a gente prova né. Eu também faço regime, mai num é tanto regime que eu faço não... Eu vô murrê seca, então morre logo.

Unidade 2

Idéia central: Sentem dificuldades em seguir o plano alimentar

DSC

O que a gente tem vontade de comê coisas e não pode comê. Isso é duro ... é. Se comê, já viu né. Se a gente come a gente passa mal. Se a gente vai na festa, não tem doce pra nois, se nois vamo numa festa, casamento, aniversário, é doce que tem bastante, né, e a gente não pode comê. É o cumê né. Oh, eu gostava de uma costelona né, aquela bem gorda né. Assava ela e ponhava uma farinha de mandioca por cima e cumia. E agora a gente não pode cumê ...

Questão 4: Agora eu gostaria de saber o que vocês acham e sentem em relação ao atendimento que vocês tem aqui nessa Unidade de Saúde.

Unidade 1

Idéia Central: O atendimento é péssimo e deixa muito a desejar

DSC

Muito fraco. Péssimo, quando marcava consulta todo dia era bem melhor do que é agora, que é só de segunda. Tem que vim de madrugada. Aqui nois somo mal tratado que tem uma mulher que xinga a gente. Eu não sei porque tratar mal as pessoas, se a gente tem isso daí é porque a gente não tem condições de ter um convênio. É tão fácil a gente ser bem educada, atendê a gente bem né. Agora eu não sei se elas são é ... se tem uma pessoa que manda elas tratarem as pessoas desse jeito, não sei. Tinha uma outra médica no outro posto que examinava bem, examinava os ouvido, porque esses outro médico num põem a mão, é a senhora lá e eu aqui, né. Ele olha, tira a pressão e acabô. Ela não, ela examinava que nem criança a gente.

Unidade 2

Idéia central: O atendimento, de uma maneira geral, é muito bom
DSC

Eu não tenho do que reclamá. Eu acho legal aqui, é perto da minha casa, tá tudo bom prá mim, porque tem lugar que recramam do pessoar que atende né. Ói, faiz desde que eu tenho o diabete que eu venho aqui né. Eu gosto daqui, das enfermeira. Tuda veis que a gente vem aqui é bem tratada né. Mais aquela doutora Rosangela que saiu, que fazia reunião ... eu participava de todas as reunião com ela, que eu achava que era bom, e com as nutricionista também, que trabalhava aqui. Dava boa, assim, orientação pra gente ... da alimentação, de tudo as coisa, assim ... que a gente precisava. Esse negócio da fila, nós tem que pegá e esperá nossa vez mesmo. Prá tudo tem que ter paciência. Agora eu me dei bem com o outro médico, tá razoavelmente bem. Porque eu vim com o primeiro e eu não gostei, então, como tinha outro eu troquei.

7 DISCUSSÃO

Analisando as formas de atenção que foram oferecidas nas UBS, podemos observar, inicialmente, que ambas não apresentam trabalho multidisciplinar, fator este que seria fundamental para o sucesso de um trabalho que tem como objetivo oferecer uma assistência adequada às pessoas com diabetes, principalmente pelo fato do intenso processo de especialização que ocorre na área de saúde. Uma equipe multiprofissional poderia tendenciar um aprofundamento vertical do conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde (MARSIGLIA 1992; PEDUZZI 2001).

A equipe profissional encontrada nas duas Unidades de Saúde pode ser classificada como “equipe grupamento”, caracterizada pela fragmentação, em que existem diferenças técnicas entre trabalhos especializados, mas não existem arguições sobre ele, não existe flexibilidade da divisão do trabalho e ocorre uma ausência da autonomia técnica independente (PEDUZZI 2001).

Outro fator preocupante, que já foi mencionado em outros estudos, é a alta rotatividade de profissionais, que interfere muito na integração da equipe, na qualidade do atendimento, no vínculo com os usuários e com isso na adesão às condutas propostas (CORVINO 1996).

A equipe da UBS 2 apresentou um maior esforço e conscientização ao tentar implementar algumas ações de saúde visando a melhoria da assistência às pessoas com diabetes.

Embora ambas as Unidades de Saúde tenham apresentado frequência trimestral para as consultas, observamos uma diferença na oportunidade e disponibilidade de horários. Na Unidade 1, as consultas são marcadas apenas um dia por semana, o que pode gerar insatisfação e descontentamento dos usuários por terem que enfrentar longas filas.

A Unidade 1 não conta com o apoio de estagiários de nutrição, e os médicos não tem condições de dar uma orientação nutricional adequada e individualizada para esses usuários, o que compromete o tratamento, pois a educação alimentar é parte fundamental de uma assistência adequada (GROSS et al 2000).

O ideal seria que as duas UBSs contassem não só com estagiários, mas com profissionais formados na área de alimentação e nutrição, assim como na área de psicologia.

Em 1999, a Unidade 2 implantou um programa para pessoas com diabetes e hipertensão arterial, o qual visava dar uma assistência especial, prevenindo complicações, utilizando melhor os recursos humanos disponíveis e com isso melhorar a assistência à essas pessoas. Esse programa perdurou por quase 2 anos, mas com a ocorrência de várias transferências de profissionais e pelas divergências e falta de integração da equipe, acabou sendo extinto.

As atividades em grupo foram realizadas, neste período, apenas na Unidade de Saúde 2. Elas são de extrema importância para a obtenção do controle da doença,

pois o clima de suporte do grupo facilita que situações conflitantes sejam compreendidas e, as trocas que ocorrem dão a oportunidade de surgir novas formas de conhecimento e um novo entendimento da vida (GRAÇA et al 2000).

O fato da UBS 2 contar com uma chefe extremamente experiente no assunto (pelo fato de ter trabalhado vários anos em um órgão que assistia exclusivamente a pessoas com diabetes) e com maior presença na Unidade, pode também ter influenciado no tipo de assistência que foi oferecida.

De uma maneira geral, a UBS 2 apresentou um maior esforço para melhorar a assistência às pessoas com diabetes, o que pode ter influenciado os usuários, principalmente, quanto à satisfação em relação ao serviço.

A análise qualitativa por meio da extração das idéias centrais dos depoimentos e da construção do discurso do sujeito coletivo nos permite discutir algumas das representações sociais levantadas neste estudo.

Todos os profissionais de saúde foram convidados a participar do estudo. Somente um deles se recusou a participar por dizer: “não gosto dessas coisas”. Foram encontradas várias dificuldades para a coleta dos dados, como: medo de avaliações e exposição de pensamentos; um dos profissionais pediu se poderia estudar em casa antes de responder as questões (embora as questões não requeressem conhecimentos científicos); alguns pediram para ler as questões antes do início da entrevista; várias vezes algumas entrevistas foram desmarcadas por indisponibilidade

de horários dos entrevistados e várias vezes foram interrompidas por intercorrências pertencentes ao dia a dia de um serviço de saúde; um dos participantes concordou em dar a entrevista, mas pediu que não fosse gravada por dizer: “não gosto da minha voz gravada, fica muito feia”, então as respostas foram repetidas e gravadas com a voz do pesquisador.

No início das entrevistas, embora houvesse uma explicação prévia de que não se tratava de uma análise de conhecimentos individuais e que as pessoas não seriam identificadas, existiu um clima de constrangimento. Depois de alguns minutos a “conversa” fluiu agradavelmente. Essas dificuldades foram relatadas em outros estudos (GUIA 1995, SOARES 2001).

Essas entrevistas contribuíram para a discussão de aspectos relacionados ao diabetes e seu tratamento por meio das representações contidas nos discursos das “equipes” de saúde.

Embora os discursos não tenham sido muito diferentes entre as UBSs, existem várias representações que podem enriquecer muito a discussão acerca da atenção às pessoas com diabetes.

Os profissionais de ambas as UBSs mostraram estar desacreditados da atenção às pessoas com diabetes que está sendo oferecida. Na unidade 1, a ausência de uma equipe real interligada também foi relatada. A formação do pessoal deveria

ser tida como uma rede, com vários nós que precisam ser bem amarrados uns aos outros (WESTPHAL e LEFÉVRE 2000).

Quando falamos em atenção em saúde, acima de tudo, consideramos a existência de pessoas dispostas, unidas e estimuladas a realizá-la. A ausência de equipe é muito grave (embora muito comum), pois compromete muito a qualidade da assistência oferecida às pessoas com diabetes.

Existe uma sobrecarga de trabalho para os profissionais de ambas as UBSs, principalmente para as auxiliares de enfermagem, e com isso acaba ocorrendo um desestímulo e falta de tempo para que as atividades possam ser realizadas adequadamente. Esse aspecto do serviço de saúde também foi levantado por L'ABBATE, 1999.

Alguns profissionais confundem o vínculo (que é tão discutido entre profissionais que trabalham com pessoas com diabetes) com algumas necessidades básicas que os usuários têm (como por exemplo a aquisição de medicamentos) com os serviços prestados pelo serviço de saúde.

As atividades educativas, segundo relatos dos profissionais, praticamente não existem na Unidade 1 e precisam ser muito aprimoradas na Unidade 2. Notamos que quando existe um relato de um trabalho educativo realizado na Unidade 2, é um trabalho individualizado, realizado de acordo com as representações e conhecimentos do profissional de saúde. Não existe uma assistência educativa

freqüente e programada. As atividades educativas são essenciais para a prevenção, diagnóstico precoce e para evitar complicações futuras decorrentes da evolução do diabetes.

A atividade em grupo é um tipo de ação educativa, em que os usuários podem trocar informações e vivenciar diferentes momentos e visões sobre o diabetes, além de receberem apoio e orientações gerais a cerca da doença. Observamos que esse tipo de ação não foi realizada na Unidade 1 e que deve ser melhor desenvolvida na Unidade 2. A adesão deve ser melhorada com um aprimoramento e organização das atividades educativas, adequando-as à realidade dos usuários e permitindo a participação dos mesmos. A participação e o envolvimento de toda a equipe também poderia contribuir muito.

As atividades de capacitação são, inicialmente, de interesse dos profissionais, mas a baixa freqüência com que elas ocorrem e a maneira como são conduzidas acabam gerando desinteresse e falta de estímulo para participação.

Os profissionais das UBSs estudadas estão desacostumados a esse tipo de atividade; a grande demanda das Unidades, a sobrecarga de trabalho e a falta de estímulo gerada no serviço dificultam a adesão. O conhecimento é um instrumento essencial para a redução dos problemas e para a construção de um mundo melhor. Há a necessidade de uma proximidade, uma relação de consequência entre a ciência e a técnica, o pensar e o agir (NOVAES 2000).

Quando observamos as representações dos profissionais de saúde diante de um atendimento à pessoa com diabetes, podemos notar que dentro de uma mesma equipe de saúde existem grandes divergências de opiniões e do grau de sensibilização dos profissionais.

Na Unidade 1, fica explícita a falta de multiprofissionalismo na equipe, quando o profissional se mostra inseguro pelo fato de não saber quem orienta sobre as formas de uso da insulina para pessoas que irão utilizá-la. Esse fato é muito preocupante, pois nos sugere que algumas pessoas podem sair sem orientação devido a falta de comunicação e de compromisso dos profissionais.

Em ambas as UBSs estão presentes a falta de sensibilização, as dificuldades encontradas por problemas estruturais do sistema de saúde e a falta de capacitação da equipe para assistir os usuários. Embora o diabetes, para o profissional de saúde, possa parecer uma doença “simples”, para a pessoa que a tem é um problema que ela vai carregar para o resto da vida e que deve ser tratado com muita atenção e cuidado.

Embora existam profissionais despreparados, notamos que também existe uma parte da equipe (maior na Unidade 2 do que na Unidade 1) que se preocupa e que realmente realiza a assistência com muito cuidado e atenção, embora o serviço tenha várias limitações. Alguns chegam até a dizer que desenvolveram medo de um dia vir a ter a doença, por perceberem o “sofrimento de alguns diabéticos”. Esses profissionais, por se colocarem no lugar do outro, tem mais condições e cuidados com a forma de orientação, o que influi positivamente na adesão dos usuários.

Quando se faz o questionamento sobre a necessidades de mudanças de hábitos, notamos que alguns profissionais de ambas as Unidades de Saúde nunca pensaram no assunto, o que nos sugere falta de sensibilização, pois o primeiro passo para entender o que o outro pode sentir é tentar se colocar no lugar dele.

A superficialidade com que o profissional de saúde trata a sua prática não o leva a refletir sobre ela e, portanto, não o leva a transformá-la (LAGANÁ 1989).

O paradigma biológico cartesiano, que tem repercussões na área de atuação do profissional, dificultando a visão do indivíduo como um todo, como um ser integral foi relatado por AMORIN et al, 2001 no seu estudo que também envolvia profissionais de saúde.

Uma das razões pelas quais muitos centros de saúde apresentam serviços insatisfatórios é o fato de que a maioria dos profissionais de saúde não estudou nas Universidades questões sobre o modo de vida, a situação e as causas da pobreza das famílias trabalhadoras (MINAYO 1986).

Os profissionais apresentaram diversos tipos de discursos em relação às melhorias que eles poderiam fazer para a assistência à pessoa com diabetes. Alguns citaram as dificuldades encontradas no sistema de saúde, mostrando uma falta de estímulo e uma impotência individual, fatos estes também levantados em outros estudos (CORVINO 1996, L'ABBATE 1999).

A mudança de discursos, finalidades e prioridades que ocorre (na política) na administração pública foi citada por profissionais como um fator desgastante e a falta de carreira e de recursos materiais como um fator desestimulante (MARSIGLIA 1992).

A falta de tempo também foi colocada como fator limitante. Quando os usuários se queixam das circunstâncias que perturbam as consultas, o motivo da queixa mais freqüente é a pressa do profissional. Com freqüência, os médicos tendem a dar aos pacientes a impressão de que estão muito ocupados, quando, em realidade, dispõem de tempo de sobra. Em casos assim, não é uma genuína falta de tempo que impede que os médicos sondem os problemas psicossociais do paciente, mas, antes, essa falta de tempo é usada como pretexto para não ter que abordar tais problemas. A razão usual para essa atitude é que o médico tenta impedir o surgimento de uma situação que ele não se sente satisfatoriamente treinado e competente para compreender e manejar (TÄHKÄ 1988).

Essas suposições podem ser reforçadas por um estudo realizado por MOTTA e LIMA (1999), em que foram analisados conhecimentos, atitudes e práticas de estudantes de último ano e profissionais de saúde do município de Piracicaba em relação ao diabetes e seu tratamento, e observou-se um despreparo desses participantes, até mesmo em questões básicas.

A duração da consulta é cada vez menor; o profissional baseia-se, para a tomada de decisões, cada vez mais em resultados de exames complementares,

deixando de lado a grande habilidade de saber ouvir e compreender o outro, que muitas vezes, precisa ser visto, ouvido e percebido, pois traz demandas que a tecnologia dura, na maioria das vezes, não é capaz de perceber (ZAICANER 2001).

Alguns profissionais, apesar de todas as carências encontradas no serviço de saúde, se sentem capazes de melhorar a atenção a essas pessoas e conseguem perceber que muitas vezes para melhorar a satisfação do usuário basta um pouco mais de atenção humanizada.

Quando falamos de Unidades Básicas de Saúde e atenção em Saúde, de uma maneira geral, estamos falando de um conjunto de ações promovidas por profissionais, que são pessoas, indivíduos com suas características únicas, que devem ser melhorados, treinados, capacitados, preparados e sensibilizados para dar assistência a pessoas, indivíduos que também têm características próprias que devem ser respeitados e que não devem ser globalizados.

Embora existam muitas falhas estruturais no Sistema Público de Saúde, se os profissionais de saúde fizerem, ao menos, a sua parte, e tiverem consciência da importância de seu papel para muitas pessoas, com certeza a atenção em saúde será muito melhor.

Uma caracterização dos usuários foi realizada para a obtenção do perfil social, nutricional, dietético e bioquímico da população das duas Unidades Básicas de Saúde.

Observamos que a população foi, em maioria, do sexo feminino, fato que sugere que as mulheres freqüentam mais os serviços de saúde do que os homens, talvez pela disponibilidade de horários, ou pela maior preocupação e conscientização destas com o cuidado em saúde. Esse resultado também foi encontrado por PICCOLOMINI 2000 e por outros estudos (GALISA e PUTIGLIONE 1997; VÁZQUEZ et al 2000).

A média de idade encontrada (aproximadamente 61 anos) está associada ao fato da população ser 100% de pessoas com DM tipo 2. A escolaridade encontrada foi muito baixa, além do alto índice de analfabetismo, o que pode se tornar limitante para a compreensão das condutas propostas para o controle e tratamento do diabetes *mellitus*. Novas formas de orientação poderiam ser desenvolvidas para promover maior compreensão entre esses usuários.

A renda da população foi baixa, o que pode dificultar a adesão a algumas condutas e deve ser considerada pelo profissional de saúde no momento da orientação.

O consumo de álcool associado com agentes hipoglicemiantes pode baixar muito a glicemia e manifestar sintomas desagradáveis (WARSHAW e WEBB 2001).

Os índices de mortalidade aumentam com o aumento da quantidade de fumo, aumento do colesterol e da pressão sangüínea (BLOOMGARDEN 2002).

A atividade física, embora muito recomendada para pessoas com diabetes e/ou obesidade, foi praticada por pequena parte da população. A carência de exercícios físicos pode contribuir com o aumento de peso e com o descontrole do diabetes (WHO 1997).

Analisando os sintomas, notamos que os de hiperglicemia são mais frequentes dos que os de hipoglicemia, em ambas as UBSs. Esses sintomas são característicos do diabetes descompensado, o que pode aumentar os riscos para complicações crônicas. O aumento das complicações e das comorbidades é determinante para a diminuição da qualidade de vida dessas pessoas (EDELMAN et al 2000).

A pré obesidade e a obesidade foram as mais frequentes, na classificação pelo índice de massa corporal da população, em ambas as UBSs. O sobrepeso aumenta a resistência a insulina, dificultando a sua ação. Alguns estudos estão associando a perda de peso com um maior controle metabólico da glicose, do colesterol, dos triglicérides e da hemoglobina glicosilada (BLOOMGARDEN 2002).

Analisando os riscos para as complicações metabólicas, determinados pela circunferência da cintura, notamos que grande parte de ambas as populações apresentam um alto risco. Esses dados nos sugerem que a população, além de apresentar sobrepeso, apresenta um acúmulo de gordura intra abdominal, o que aumenta os risco para doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas, associadas ao diabetes (WHO/FAO 2002).

Considerando a necessidade energética média da população (aproximadamente 1700kcal)) notamos que o consumo referido ficou abaixo do recomendado para a população de ambas as UBSs. O tipo de inquérito dietético utilizado foi o recordatório de 24 horas, em que a análise é feita pela média da população, e de uma forma geral, os inquéritos alimentares apresentam algumas limitações. No caso, a ingestão referida provavelmente ficou subestimada, principalmente porque a maioria da população encontra-se com sobrepeso e obesidade. A combinação de outros inquéritos dietéticos não foi viável para este estudo, devido a limitações encontradas, como por exemplo duração da entrevista. Os valores calóricos totais foram semelhantes aos encontrados por PICCOLOMINI 2000, para esta mesma população.

As distribuições das porcentagens dos macronutrientes para as UBSs ficaram entre os valores recomendados (SBD 2002, ADA 2002).

Analisando os índices de glicemia e de hemoglobina glicosilada, observamos que a maioria de ambas as populações encontrou-se com os níveis acima do recomendado. Embora as UBSs tenham optado por diferentes formas de atenção às pessoas com diabetes, observamos que não houve diferenças estatísticas significativas considerando $\alpha = 0,05$. Vale ressaltar que ao considerarmos um $\alpha = 0,10$ encontramos diferença estatística significativa entre as UBSs ($t = 1,705$, $t_{crítico} = 1,667$ e $p = 0,0926$). A população da Unidade 2 apresentou menores índices médios do que da Unidade 1.

Quando comparamos os resultados médios obtidos para a hemoglobina glicosilada (para as duas UBSs em conjunto), com os do estudo de PICCOLOMINI 2000, observamos que a porcentagem de adequação foi diferente, estatisticamente ($X^2=13,26$ e $p=0,0041$). Em 2002, a porcentagem de indivíduos com os índices de hemoglobina glicosilada adequados foi menor do que em 1999. Esse dado nos sugere que o descontrole do diabetes pode ter aumentado durante esse período.

A hemoglobina glicosilada controlada está diretamente relacionada com o controle glicêmico pré e pós prandial (HILLMAN et al 2002).

Quanto aos índices de colesterol sangüíneos, observamos que uma pequena parcela da população (maior para Unidade 1 do que para a Unidade 2) apresentou-os adequados. Os índices de triglicérides adequados não foram atingidos nem por 50% da população total (41,67% para Unidade 1 e 42,86% para a Unidade 2).

O descontrole lipídico contribui com o aumento dos riscos das complicações cardiovasculares que também estão altamente associadas ao diabetes (BLOOMGARDEN 2002).

Os dados de glicemia, triglicérides, colesterol e pressão arterial foram obtidos através de registros dos prontuários realizados no período de 1999 a 2002. Infelizmente, pudemos notar que existe uma imensa falta de normas e procedimentos para a realização de anotações nesses documentos, que são de grande importância, pois contém o histórico da saúde dos usuários dos serviços de saúde. Alguns

registros são completamente ilegíveis, o que compromete o trabalho de análise e compreensão do estado de saúde dos usuários pelos outros profissionais da equipe. Isso se torna ainda mais importante quando observamos a realidade dos serviços de saúde em questão, em que não existe um trabalho multiprofissional com discussão dos casos e em que existe uma alta rotatividade de profissionais.

Os valores da pressão arterial muitas vezes não foram encontrados nos registros, por períodos superiores a um ano, sendo que alguns usuários frequentaram a Unidade várias vezes no mesmo período. Isso sugere que a pressão arterial não está sendo aferida, ou não está havendo um registro adequado dos resultados.

Vários resultados de exames de colesterol, triglicérides, glicose e pressão arterial foram descartados pela falta de legibilidade dos registros. Os resultados para a ocorrência de complicações crônicas foram excluídos do estudo, pois não existiam registros confiáveis.

A pressão arterial média ficou acima dos valores esperados, que são: sistólica ≤ 130 mmHg e diastólica ≤ 85 (SBH, SBC e SBN 1998). Grande parte da população de estudo não esteve com os níveis pressóricos dentro do recomendado, o que a longo prazo, pode levar a graves complicações crônicas irreversíveis.

A hiperglicemia, o fumo, a dislipidemia, e a pressão alta estão potencialmente associados com o desenvolvimento da doença vascular periférica (ADLER et al 2002).

As modificações medicamentosas ocorreram apenas para uma pequena parte da população e na maioria dos casos foi realizada a introdução da insulina exógena pela evolução da doença. A introdução da insulina exógena traz maiores dificuldades e a necessidade de cuidados e orientações ainda maiores para o usuário.

A frequência de visitas às UBSs relatadas pelos usuários, nos sugere que existe uma boa disponibilidade de consultas em ambas as UBSs e que os usuários que as freqüentam com intervalos maiores de três meses, é porque, provavelmente, estão com sinais de compensação.

Além da disponibilidade de consultas, as Unidades de Saúde devem visar a qualidade da assistência que está sendo oferecida, para que esta possa estar sendo realmente eficaz, afinal de nada adianta existir disponibilidade para um serviço que não funciona.

Os resultados das representações contidas nos depoimentos dos usuários refletem muitos aspectos que devem ser focados na atenção às pessoas com diabetes.

Quando questionados a respeito do que é o diabetes, observamos que existe um desconforto e uma revolta pela existência da doença e pela necessidade de fazer sacrifícios.

Foram relatadas algumas dificuldades em lidar com a doença, principalmente em relação a problemas psicológicos, ao medo das possíveis complicações, além de

alguns sintomas de hiperglicemia e de complicações crônicas decorrentes do diabetes que afetam o dia a dia (qualidade de vida) dessas pessoas. Essas dificuldades também foram encontradas em estudo com pessoas com diabetes, de análise qualitativa, realizado por MOTTA 1998.

O plano alimentar foi a maior dificuldade referida por todos os participantes de ambas as Unidades de Saúde.

Quanto à satisfação dos usuários, em relação ao atendimento que eles recebem, pudemos notar que existiu uma grande diferença entre as duas Unidades de Saúde.

Os usuários da Unidade 1 mostraram-se extremamente descontentes com a atenção prestada, com sentimentos de indignação e até mesmo de exclusão social.

Já os usuários da Unidade 2 manifestaram sentimentos muito diferentes dos da Unidade 1. Demonstraram satisfação, um vínculo com os profissionais de saúde e até mesmo compreensão por algumas dificuldades encontradas (como por exemplo as filas).

As opiniões relatadas pelos grupos das duas Unidades de Saúde, quanto ao atendimento que recebem, foram unânimes para cada um deles, não houve discordâncias.

Outros estudos em que foram implementadas medidas especiais de atenção às pessoas com diabetes também demonstraram uma maior satisfação dos usuários para com o serviço de saúde (LEITE et al 2001).

Os profissionais e suas representações individuais, com certeza, são responsáveis pela satisfação do usuário, pois como pudemos constatar nos depoimentos, muitas vezes, o usuário só quer ser tratado com dignidade e atenção.

A satisfação da clientela deve ser um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde, pois ela terá relação direta com a adoção das práticas de saúde propostas (ZAICANER 2001).

Ao introduzir aspectos qualitativos nessa análise foi possível identificar que a diferença na atenção oferecida pelas UBSs, embora não tenha modificado o perfil bioquímico, dietético e antropométrico dos usuários com diabetes, trouxe grandes diferenças na satisfação dos usuários. Isso reforça a referência de MINAYO 1996, de que a análise qualitativa se faz necessária para o enriquecimento da discussão e identificação de aspectos que não são quantificáveis.

8 CONCLUSÕES

Este estudo nos permitiu chegar a algumas conclusões:

- A atenção às pessoas com diabetes, em ambas as Unidades Básicas de Saúde estudadas, apresentaram deficiências;
- As ações de saúde oferecidas aos usuários com diabetes foram diferentes nas Unidades Básicas de Saúde 1 e 2;
- Dentro de uma mesma equipe de saúde podemos encontrar divergências de opiniões e diferentes graus de sensibilização em relação ao diabetes e seu tratamento;
- A população do estudo apresentou grandes porcentagens de sobrepeso e obesidade;
- Nenhuma das equipes de saúde conseguiu obter um impacto no controle do diabetes *mellitus*. A grande maioria da população apresentou descontrole glicêmico;
- A população de ambas as Unidades de Saúde apresentou baixa renda e baixa escolaridade, fatores estes que podem ser limitantes para a obtenção do controle do diabetes;

- A caracterização social, dietética e antropométrica realizada em 2002 foi semelhante à de 1999;
- Em 2002 observamos uma maior parte da população com descontrole do diabetes em relação aos dados obtidos em 1999;
- Os usuários da Unidade 1 se mostraram, de uma maneira geral, insatisfeitos com o serviço de saúde oferecido, enquanto os usuários da Unidade 2 se mostraram satisfeitos;
- Embora os resultados bioquímicos, dietéticos e antropométricos não tenham apresentado diferenças entre as Unidades de Saúde, houve um impacto na satisfação do usuário.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler AI, Stevens RJ, Neli A . Peripheral Vascular Disease in Type 2 Diabetes. **Diabetes Care.** 2002; 25: 894-899.

American Dietetic Associatin (ADA) Reports. Position of The American Association: Use of nutritive and nonnutritive sweeteners. **JADA.** v.98, n.5, p.580-7, 1998.

American Diabetes Association. The prevention or delay of Type 2 Diabetes. **Diabetes care.**2002; 25: 742 – 749.

American Diabetes Association. 2002 **Nutrition Recommendations for Diabetes.** Alexandria: American Diabetes Association; 2002.

Amorim STSP, Moreira H, Carraro TE. A formação de pediatras e nutricionistas: A dimensão humana. **Revista de Nutrição de Campinas.**2001; 14: 11-118.

Araúz AG, Sánchez G, Padilla, G, Fernández, M, Roséllo M, Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. **Revista Panamericana de Salud Pública.** 2001; 9.

Associação Latino-Americana de Diabetes – (ALAD). **Consenso sobre Prevenção, Controle e Tratamento do Diabetes Mellitus Não-Insulino Dependente.** Foz do Iguaçu; 1996.

Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública.** 2001; 35:88-95.

Bloomgarden ZT. New insights in obesity. **Diabetes Care.** 2002; 25: 789-795.

Bloomgarden ZT. The epidemiology of complications. **Diabetes Care.** 2002; 25: 924-932.

Bloomgarden ZT. Neuropathy, Women's health and socioeconomic aspects of diabetes. **Diabetes Care.** 2002; 25: 1085-1094.

Bolfarine H, Bussab W. O. **Elementos de amostragem.** Belo Horizonte: SINAPE; 1994.

Bradley C. Health beliefs and knowledge of patients and doctors in clinical practice and resarch. **Patient Education and Counseling.** 1995; 26: 99-106.

Chalmers K H, Peterson A E. **Myths of a diabetic diet.** Alexandria: American Diabetes Association; 1999.

Coeli CM, Ferreira LGFD, Drbal MM< Veras RP, Camargo KRCJ, Cascão AM. Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada. **Revista de Saúde Pública;** 2002; 36(2).

Comité de Educación. Normas para el desarrollo de programas de educación sobre la diabetes en América. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2001; 10.

Corvino MPF. **Desenvolvimento Profissional no Sistema de Saúde: Re/velando processos de Educação e Trabalho**. São Paulo; 1996. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Cotran R S et.al. **Patologia Estrutural e Funcional**. 5.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.

Cox S. How I coped emotionally with diabetes in my family. **Professional care of mother & child**. 1994; 5: 139-141.

Creswell JW. **Qualitative Inquiry and Reserch Design**. New Delhi: Sage,;1998.

Dale M .M, et.al. **Farmacologia**. 3.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.

Edelman D, Olsen M, Dudley TK, Harsiş AC, Oddone EZ. Impact of diabetes screening on quality of life. **Diabetes Care**. 2002; 25: 1022-1026.

Figuerola D. **Diabetes**. 2.ed., Barcelona: Salvat; 1990.

Foss MC. Diabetes no Brasil. In: **Anais dos simpósio Avanços recentes sobre o papel do açúcar na dieta moderna**; 1989, São Paulo, Brasil. São Paulo: World Sugar Research Organization – Coperçucar; 1990. p.127-133.

Franco LJ, Mameri C, Pagliaro H, Iochida LC, Goldenberg P. Diabetes como causa básica ou associada de morte no estado de São Paulo, Brazil, 1992. **Revista de Saúde Pública**. 1998; 3: 237-45.

Frisancho R. New Standards of weight and body composition by frame size and height for assesment of nutricional status of adults and elderly. **The American Journal of Clinical Nutrition**. 1984; 40: 808-819.

Gagliardino JJ, Hera M, Siri F et al. Avaliação da qualidade da assistência ao paciente diabético na América Latina. **Diabetes Clínica**. 2002; 1: 46-54.

Galisa MS, Pustiglione. Critérios de avaliação antropométrica em geriatria. **O Mundo da Saúde**. 1997; 21: 199-203.

Garcia R , Suárez R. Diabetes education in the elderly: a 5-year follow-up of an interactive approach. **Patient Education and Counseling**. 1996; 19: 87-97.

Geil P B, Ross T A . **Diabetes meals**. Alexandria: American Diabetes Association, 1999.

Gilman A G. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 9.ed. Rio de janeiro: Mc Graw Hill; 1996.

Gimeno SG, Ferreira SRG, Franco LJ, Iunes M, Osiro K. Incremento da mortalidade associada à presença de diabetes mellitus em nipo brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, 1998; 32: 118-124.

Graça LAC, Burd M, Filho JM. Grupos com diabéticos. In: Filho JM, supervisor. **Grupo e corpo: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Gross JL, Ferreira SRG, Franco LJ, Schmidt MI, Motta DG, Quintão E, Pimazoni Neto A. Diagnóstico e classificação do Diabetes Mellito Tipo 2: Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Arquivo brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. 2000; 44: 9-35.

Guia RGP. **O elo partido: O relacionamento médico paciente na era tecnológica**. São Paulo; 1995. [Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Guyton AC, Hall JE. **Tratado de fisiologia Médica**. 9ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.

Hansen B C, Roberts S S. **The commonsense guide to weight loss**. Alexandria: American Diabetes Association; 1998.

Hansen JR, Fulop MJ, Hunter MK. Type 2 diabetes mellitus in youth: A growing challenge. **Clinical Diabetes**. 2000; 18: 52-56.

Herbert CP, Visser A. Improving sel-management in patients with diabetes: knowledge is not enough. **Patient Education and Counseling**. 1996; 29: 1-3.

Hillman N, Herranz L, Grande C, Villaroel, A Pallardo L. Is HbA1c influenced more strongly by preprandial or postprandial glycemia in type 1 diabetes? **Diabetes Care**. 2002; 25: 1100-1001

Holzmeister LA. **The diabetes carbohydrate and fat gram guide**. 2ed. Alexandria: ADA; 2000.

Joint Comitee on Standards for Educacional Evaluation. **The program evaluation standards**. 2ed. London: Sage, 1994.

Kilo C, Williamson JR, Richmond D. Diabetes: **The facts that let you regain control of your life**. New York: Publications Development Company; 1987.

King H, Aubert R, Herman W. Global Burden of diabetes, 1995-2025. **Diabetes Care**. 1998; 21: 1414-1430.

Lábbate S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Caderno de Saúde Pública**. 1999; 15.

Laganá MTC. A educação em Saude: O cliente como sujeito da ação. **Revista da**

Escola de Enfermagem da USP. 1989; 23: 149-152. Lefèvre F, Lefèvre AMC. **Recuperando a fala do social.** . São Paulo; 1998.[Série Monográfica No. 9 – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Lefèvre F, Lefèvre AMC. **O discurso do sujeito coletivo.** Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. **Discurso do sujeito coletivo: passo a passo.** Cantinhos. [curso de verão 2000]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/~flefevre> [2002 janeiro].

Leite SAO, Costa PAB, Guse P, Dorociaki JG, Silveira MC, Teodorovicz R, Martinatto JS, Niclewicz. Enfoque multidisciplinar ao paciente diabético: Avaliação do impacto do “Staged Diabetes Management” em um Sistema de Saúde privado. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia.** 2001; 45.

Lessa I. Doenças Crônicas Não transmissíveis: Bases Epidemiológicas. In: Rouquaryol MZ, Filho NA. **Epidemiologia e Saúde.** 5ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.

Lima RT, Barros JC, Melo MRA, Sousa MG. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Revista de Nutrição de Campinas.** 2000; 13: 29-36.

Litwak LE, Vaglio RM, Alvarez A, Ungierowicz M, Caffaro N, Gutman AR. Alcances e Limitaciones en la educación de pacientes diabéticos. **Revista da Sociedade Argentina de Diabetes.** 1995; 29.

Lundstron E, et.al. **Manual Guia para personas con Diabetes;** 1998.

Maldonato A, Bloise D, Ceci M, Fraticelli E, Faluca F. Diabetes mellitus: lessons from patient education. **Patient Education and Counseling.** 1995; 26: 57-66.

Malerbi PA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalency of diabete *mellitus* and impaired glucose tolerance in the urban brasilian population aged 30-69yr. **Diabetes Care.** 1992; 15(11):1509-16.

Marsiglia RMG. Recursos humanos em Saúde. In: Spínola et al., coordenadores. **Pesquisa Social em Saúde.** São Paulo: Cortez; 1992.

Martinez FJM. Diabetes: cultura y sociedad. **Cuadernos Médicos.** 1992; 61: 50.

Minayo MCS. **A Saúde em estado de choque.** Rio de Janeiro: Fase; 1986.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1996.

Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Ministério da Saúde; 2001.

Motta DG. **A educação participante no controle metabólico e qualidade de vida de mulheres com diabetes mellitus tipo 2.** São Paulo; 1998. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública – USP].

Motta DG, Lima ALL. **Subsídios para educação em diabetes: Conhecimentos, atitudes e práticas de estudantes e profissionais de saúde.** Piracicaba; 1999. [Relatório final realizado na UNIMEP relativo à bolsa de Iniciação Científica liberada pelo PIBIC/CNPq].

Motta DG, Portero KCC. **Subsídios para educação em diabetes: Aspectos epidemiológicos.** Piracicaba; 1998 [Relatório final realizado na UNIMEP relativo à bolsa de Iniciação Científica liberada pelo PIBIC/CNPq].

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública.** 2000; 34:547-59

Nurymberg K, Kreitler S, Weissler K. The cognitive orientation in short-and long-term type 2 diabetic patients. **Patient Education and Counseling.** 1996; 29: 25-39.

OMS. **El estado físico: uso e interpretación de la antropometria.** Ginebra: OMS; 1995.

Oppenheim R. **Fiquei diabético e agora?** São Paulo: Saraiva; 1996.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública.** 2001; 35: 103-9.

Perrasse A. O planejamento de um programa de educação em diabetes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação em Diabetes.** Brasília: Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas; 1989.

Piccolomini AF. **Caracterização de Pessoas Com Diabetes em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Piracicaba.** São Paulo: 2000 [Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Pinheiro ABV et al. **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras.** Rio de Janeiro: Produção independente; 1996.

Roucaryol MV. **Epidemiologia & Saúde.** 4.ed. Rio de Janeiro: Médici; 1994.

Sidorov j, Shull R, Tomcavage J, Girolomi S, Lawton N, Harris R. Does Diabetes save money and improve outcomes? **Diabetes Care.** 2002; 25: 684-689.

Soares FFTP. **Abordagem de Nutrição no curso de graduação de médicos residentes de cirurgia: subsídios para o ensino.** Campinas; 2001. [Tese de mestrado – Universidade Estadual de Campinas].

Sociedade Brasileira de Diabetes – (SBD). **Consenso Brasileiro de Conceitos e Condutas para o diabetes mellitus**. São Paulo; 1997.

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). **Diagnóstico, Classificação e Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2.**, 1999. Disponível em: <URL <http://www.diabetes.org/Diabetes/cons.1.html>. [1999 outubro 15]

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). **Consenso**. 2002. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/consenso/index.html>. [2002 fevereiro].

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). **Proposta Básica para a Assistência ao diabético no município**. 2002

Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Hiper ativo**. 1998; 6:67-106.

Tähkä V. **O relacionamento médico paciente**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

Tarride MI. **Saúde Pública: Uma complexidade anunciada**. 20ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

Touchette N. **The diabetes problem solver**. . Alexandria: American Diabetes Association; 1999.

UNIFESP. **Programa de Apoio à Nutrição**. versão 2.5. do Centro de Informática em Saúde da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).

Vásquez FM, Monroy OV, Martín MA, Pratt UP, Marín ECC, Esqueda AL, Figueroa IG. Comunicación perspectiva de audiencias: Una investigación cualitativa para la diabetes. **Revista de Endocrinología e Nutrición**. 2000; 8: 5-13.

Vigiano C E. Participação do nutricionista na equipe multidisciplinar de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação em Diabetes**. Brasília: Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, 1989.

Warshaw HS, Webb R. **The diabetes food and nutrition Bible**. Alexandria: ADA; 2001.

Warshaw HS. **Guide to helthy restaurant eating**. 2ed. Alexandria: American Diabetes Association; 2002.

Westphal M, Lefèvre F. **As estratégias de promoção de Saúde no Brasil: possibilidades de fortalecimento e investimento na formação de pessoal**. São Paulo; 2000. [Relatório de pesquisa – Faculdade de Saúde Pública da USP].

WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO; 1997.

WHO/FAO. **Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: WHO/FAO; 2002.

Willians R S. **Fundamentos de Nutrição e Dietoterapia**. 6.ed., Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Zabotto CB, et al. **Registro fotográfico para inquéritos dietéticos**. Goiânia: UFG; 1996.

Zaicaner R. **Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo Serviço Público de Saúde**. São Paulo; 2001. [Tese de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Zimmerman B R, Walker E A . **American Diabetes Association Complete Guide to Diabetes**. 2ed. Alexandria: American Diabetes Association; 1999.

ANEXOS

ANEXO 1

- 1 Qual é a função do médico na atenção às pessoas com diabetes na UBS?
- 2 Qual é a função da técnica de enfermagem na atenção às pessoas com diabetes na UBS?
- 3 Qual é a função da enfermeira na atenção às pessoas com diabetes na UBS?
- 4 A equipe oferece um trabalho multiprofissional (com integração dos profissionais e discussão sobre os casos)?
- 5 Existe diferenciação no atendimento (quanto a frequência) dependendo do grau de evolução do diabetes?
- 6 Existe trabalho com grupos de pessoas com diabetes? Com quais tipos de orientações? Com que frequência ocorre?
- 7 Os familiares participam de alguma forma da assistência oferecida às pessoas com diabetes? De que forma?
- 8 Qual é a frequência de visitas que uma pessoa com diabetes faz rotineiramente por ano na UBS?
- 9 Quantos clientes são atendidos por dia pelo médico para casos gerais?
- 10 A equipe já passou por algum tipo de treinamento? Se sim quais?
- 11 A Unidade recebe algum apoio, como por exemplo de estágios de Universidades? Em qual área de atuação?
- 12 Houve alguma mudança na atenção às pessoas com diabetes no período de 1999 a 2002? Quais?
- 13 Houve alguma alteração na equipe de saúde no período de 1999 a 2002? Se sim, quantos profissionais foram substituídos ou contratados?

ANEXO 2

Introdução falada pelo pesquisador antes da entrevista:

Essas perguntas serão realizadas com o objetivo de identificar as representações dos profissionais de saúde diante da atenção às pessoas com diabetes. Elas não têm por objetivo avaliar os profissionais, mas sim enriquecer a discussão dos aspectos relacionados com a atenção em saúde.

- 1- Fale como você, enquanto profissional de saúde, considera a atuação da sua equipe na atenção dos clientes com diabetes.
- 2 – Você acha que existe um vínculo entre os profissionais e as pessoas com diabetes (nesta Unidade Básica de Saúde)?
- 3 – Fale, em termos de educação em saúde, qual é a sua opinião sobre o que é realizado na Unidade de Saúde em que trabalha.
- 4 – Fale o que acha das atividades em grupo realizadas com pessoas com diabetes na sua Unidade de Saúde.
- 5 – Fale o que acha das atividades que visam educar e melhor capacitar os profissionais da área da saúde.
- 6 – Fale como você se sente diante de um atendimento a uma pessoa com diabetes.
- 7 – Você já pensou a respeito da necessidade de mudanças de hábitos (como o plano alimentar e a prática de exercícios) que a pessoa deve ter quando descobre o diabetes? Se sim o que acha?
- 8 - Você acha que poderia fazer algo para melhorar a assistência às pessoas com diabetes?

ANEXO 3

A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DE DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO PIRACICABA – SP NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1999 A MAIO DE 2002

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Dados pessoais

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Número do prontuário: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Cor: (1) (2) (3) (4) *

Aspectos Sócio-Econômicos:

Situação profissional (ocupação atual):

(1)do lar (2)aposentado (3)diarista (4)outra

Qual(is)? _____

Renda Familiar mensal (em salários mínimos): _____

(1) <1 (2) 2-3 (3) 4-5 (4) 6-7 (5) 8 ou mais

Número de pessoas que residem no domicílio: _____ crianças _____ adultos

Quantos trabalham: _____ Quantos estão desempregados: _____

Escolaridade:

Nenhuma (0)

Primeiro grau – 1ª(1) 2ª(2) 3ª(3) 4ª(4) 5ª(5) 6ª(6) 7ª(7) 8ª(8)

Segundo grau – 9ª(1) 10ª(2) 11ª(3)

Terceiro grau – 12ª(1) 13ª(2) 14ª(3) 15ª(4) 16ª ou +(5)

Estado conjugal: (1)solteiro (2)casado (3)separado (4) amasiado

(5)desquitado (6)divorciado (7)viúvo

Sua casa é:

(1) própria (2)alugada (3)cedida (4)outro _____

(0)não sabe informar

Tipo de construção:

(1)Alvenaria

(2)Madeira

(3)Plástico

(4)Mista

(5)Outro

(0)não sabe informar

* 1- (branco) 2- (amarelo) 3- (negro) 4- (pardo)

Hábitos

Tabagismo? Sim(1) Não, e nunca fumou(0) Não, mas já fumou(2)

Se sim, quantidade (cig/dia): ____ (1) até 5 (2)6-11 (3) 12 ou mais

Frequência: ____ (1)t.d (2)6-4x/sem (3)3-2x/sem (4)≤1x/sem

Duração(anos): ____ (1)≤1 (2)2-6 (3)7ou+

Consome bebida alcoólica?

Sim(1) (0)Não e nunca bebeu (2)Não, mas já bebeu

Se sim, tipo: (1)fermentada (2)destilada Qual? _____

Quantidade(copo): ____ (1)≤1 (2)2-6 (3)7ou+

Frequência: ____ (1)t.d (2) 6-4x/sem (3) 3-2x/sem (4)≤ 1x/sem

Duração(anos): ____ (1)≤1 (2)2-6 (3)7ou+

Prática de exercícios físicos? (1)sim (2)não

Se não, por que? _____

Já foi orientado? (1)Sim (2)Não

Atividades físicas habituais:

	Tipo	Duração	Frequência	Categoria
Laborativa				(1) S (2) L (3) M
Recreativa ou lazer				
Terapêutica				

*S=sedentária L=leve M=moderada

Sintomas	Muitas vezes *	Algumas vezes *	Rara Mente *	Nunca *
Polifagia	1	2	3	4
Polidipsia	1	2	3	4
Poliúria	1	2	3	4
Nictúria	1	2	3	4
Sonolência	1	2	3	4
Cansaço físico	1	2	3	4
Visão turva	1	2	3	4
Fraqueza	1	2	3	4
Tontura	1	2	3	4
Dor de cabeça	1	2	3	4
Fome súbita	1	2	3	4
Sudorese	1	2	3	4
Tremores	1	2	3	4
Taquicardia	1	2	3	4

* **Muitas vezes:** 5 a 6x/semana ou mais **Algumas vezes:** 1 a 4x/semana **Raramente:** menos que 1x/semana **Nunca:** nunca

Alguma complicação crônica?(verificar no prontuário) (1) Sim (2) Não

Se sim, qual? _____

Dados dietéticos – Recordatório de 24 horas

Período	Alimento ou preparação	Quantidade
Desjejum		
Colação		
Almoço		
Lanche da tarde		
Jantar		
Ceia		

DADOS ANTROPOMÉTRICOS E BIOQUÍMICOS

Data colet	Peso Kg	Alt m	IMC kg/m ²	Circ Cintu ra	P.A mmHg	Glic. Jejum mg/dl	Colst. mg/dl	Triglic mg/dl	HbA1c %

O tratamento medicamentoso mudou nos últimos meses? (1)Sim (2)Não

Se sim, o que mudou? _____

Qual a frequência que vem ao Posto de Saúde ? (1)1x/mês (2) 1x/bimestre
(3)1x/trimestre (4)1x/semestre (5)1x/ano (6)>1x/ano

ANEXO 4

Roteiro para o grupo focal

- Primeiramente será feita uma dinâmica para integração do grupo, com a apresentação de cada participante

Questões a serem discutidas:

1-O que é o diabetes para vocês?

2-Como vocês se sentem em lidar com o diabetes.

3-Quais são as maiores dificuldades que vocês encontram para conviver e para controlar a doença?

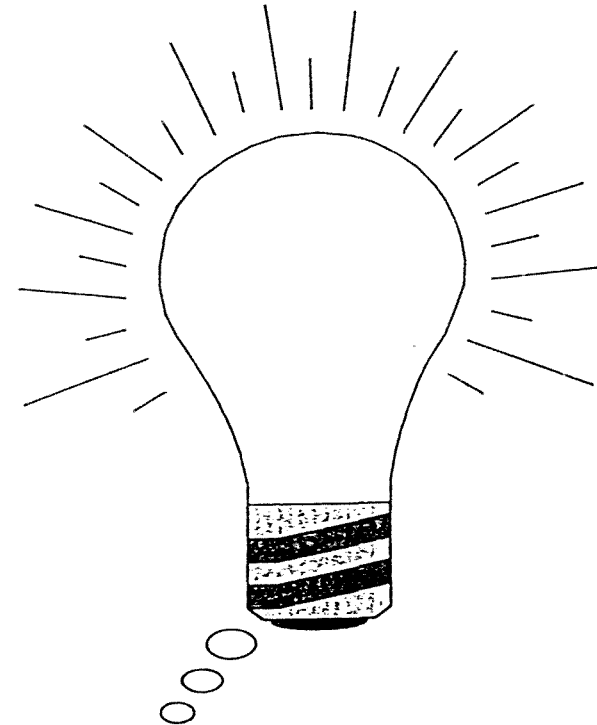
4-Falem o que acham e sentem em relação ao atendimento que vocês têm aqui na Unidade.

ANEXO 5

Recomendações gerais:

- Evite ficar um tempo muito longo sem se alimentar, coma menos mas mais vezes ao dia
- Evite o consumo excessivo de sal
- Prefira as carnes de peixe e frango do que as carnes de vaca e porco
- Beba pelo menos oito copos de água por dia
- Pratique alguma atividade física, pelo menos meia hora por dia
- Diminua ao máximo o óleo na preparação dos alimentos
- Evite o consumo de frituras e alimentos gordurosos
- Evite ao máximo consumo de doces
- Utilize adoçantes artificiais
- Aumente o consumo de verduras e legumes

Conhecendo o diabetes e o seu tratamento



O que é o diabetes?

Diabetes é um problema de saúde que se manifesta pela elevação da taxa de açúcar no sangue

Tipos de diabetes:

Tipo 1: É o diabetes que geralmente aparece em crianças e jovens e que necessita da aplicação de insulina para o seu controle.

Tipo 2: É o tipo mais freqüente de diabetes. Aparece geralmente após os 30 anos de idade e é mais comum em pessoas obesas e sedentárias. Na maioria dos casos pode ser controlado sem a utilização da insulina e até mesmo sem a utilização de medicamentos

Tratamento:

Os principais objetivos do tratamento são:

- aliviar os sintomas
- melhorar a qualidade de vida
- prevenir complicações agudas e crônicas
- tratar as doenças associadas

O tratamento implica no equilíbrio de vários fatores,



em mudanças de estilo de vida que incluem a suspensão do fumo,



aumento da atividade física,



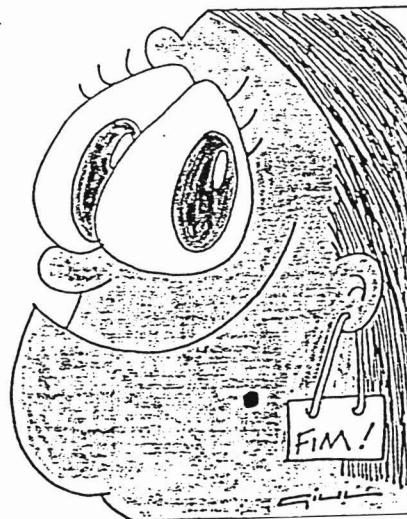
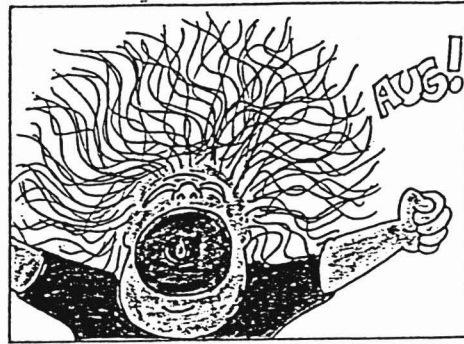
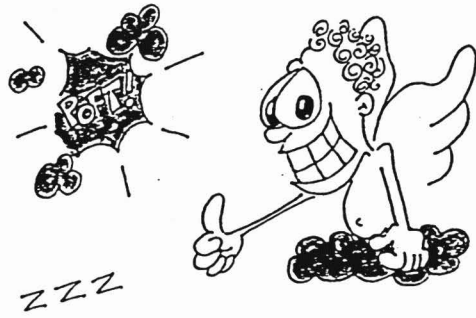
reorganização dos hábitos alimentares e



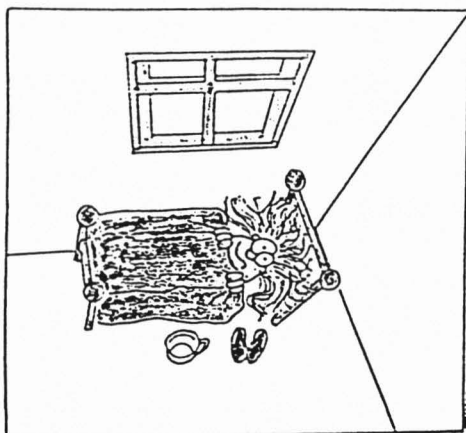
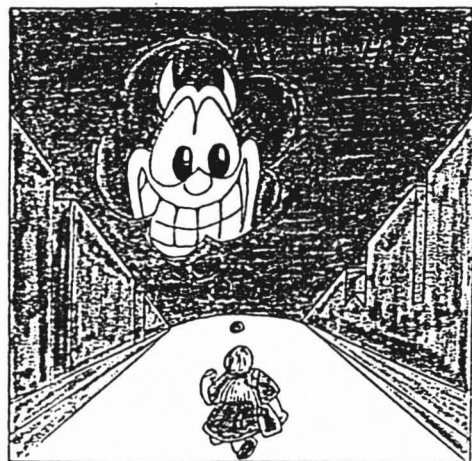
se necessário o uso de medicamentos

A alimentação saudável irá lhe ajudar no controle do diabetes e fará com que você e sua família possam desfrutar de uma saúde melhor!!!!

ANEXO 6



DIABETES
TIPO 2 ?!?



ANEXO 7

Termo de consentimento para a participação dos usuários na pesquisa “A atenção às pessoas com diabetes *mellitus* de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Piracicaba, SP no período de janeiro de 1999 a maio de 2002”

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa “A atenção às pessoas com diabetes *mellitus* de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Piracicaba, SP no período de janeiro de 1999 a maio de 2002” sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Lúcia Lovadino de Lima, nutricionista, aluna do curso de pós graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Fui informado (a) sobre o seguinte:

Objetivo da pesquisa: Avaliar a assistência dada às pessoas com diabetes *mellitus* atendidas nas Unidades Básicas de Saúde 1 e 2, no município de Piracicaba, SP

Participação: Responder as perguntas necessárias e permitir que sejam feitas medidas de peso, altura, perímetro do punho, circunferência da cintura, além da coleta de sangue para a dosagem de hemoglobina glicosilada.

Riscos: Não haverá riscos para a minha integridade física, mental e moral.

Benefícios: As informações científicas obtidas nesta pesquisa poderão ser úteis cientificamente e de ajuda para todos, principalmente para as pessoas que têm diabetes. Além disso, todos os entrevistados terão orientação nutricional qualitativa.

Privacidade: Os dados individualizados serão confidenciais. Os resultados coletivos serão divulgados nos meios científicos.

Contato com os pesquisadores: Terei acesso ao telefone para esclarecimento de dúvidas ou reclamações.

Assinatura

Local e data

ANEXO 8

Termo de consentimento para a participação dos profissionais de saúde na pesquisa “A atenção às pessoas com diabetes *mellitus* de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Piracicaba, SP no período de janeiro de 1999 a maio de 2002”

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa “A atenção às pessoas com diabetes *mellitus* de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Piracicaba, SP no período de janeiro de 1999 a maio de 2002” sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Lúcia Lovadino de Lima, nutricionista, aluna do curso de pós graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Fui informado (a) sobre o seguinte:

Objetivo da pesquisa: Avaliar a assistência dada as pessoas com diabetes *mellitus* atendidas nas Unidades Básicas de Saúde 1 e 2, no município de Piracicaba, SP

Participação: Responder a perguntas relacionadas com a atenção a pessoa com diabetes

Riscos: Não haverá riscos para a minha integridade física, mental e moral.

Benefícios: As informações científicas obtidas nesta pesquisa poderão ser úteis cientificamente e de ajuda para todos, principalmente para as pessoas que têm diabetes.

Privacidade: Os dados individualizados serão confidenciais. Os resultados coletivos serão divulgados nos meios científicos.

Contato com os pesquisadores: Terei acesso ao telefone para esclarecimento de dúvidas ou reclamações.

Assinatura

Local e data