

O DIABÉTICO NUMA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DE SAÚDE

The diabetic from the health promotion perspective

El diabético en la perspectiva de la promoción de la salud

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Verificar as condições de vida e saúde de diabéticos, os principais fatores de risco para a doença, as complicações, dificuldades, expectativas e os problemas relacionados ao acompanhamento pelo serviço de saúde, numa perspectiva do modelo “Campo de Saúde”. **Métodos:** Estudo transversal descritivo com 187 diabéticos de ambos os sexos, residentes na zona urbana e cadastrados nas cinco Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município de Minas Gerais. Os dados foram obtidos em visita domiciliária, utilizando um formulário de entrevista elaborado para diabéticos e sustentado em dados da biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde, elementos do modelo adotado. Submeteram-se os dados à análise descritiva e apresentados por meio de frequências, médias e porcentagens. **Resultados:** O diabetes mellitus tipo 2, o sexo feminino, a idade acima de 60 anos, o estado civil casado, o ensino fundamental incompleto e a renda mensal inferior a três salários mínimos foram prevalentes. Dos diabéticos, 71 (41,5%) apresentaram alterações glicêmicas; 103 (55,1%), pressão arterial acima do recomendado; e 131 (70,1%) usavam hipoglicemiantes orais. Dos participantes, 138 (73,8%) não praticavam atividade física regularmente e 133 (71,1%) apresentavam sobrepeso ou obesidade. A vida em família foi confirmada por 141 (75,4%) diabéticos e a participação em reuniões, por 100 (53,5%). A família representou a principal fonte de apoio social para 96 (65,8%) deles. **Conclusões:** Os resultados levantaram reflexões sobre as condições clínicas, expectativas e dificuldades enfrentadas pelos participantes, e ressaltaram o desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde para a manutenção da adesão dos usuários do serviço ao tratamento de longo prazo, comum nas condições crônicas como o diabetes.

Descritores: Diabetes Mellitus; Promoção da Saúde; Doença Crônica.

ABSTRACT

Objective: To identify the overall health and living conditions of diabetes patients, the main risk factors for the disease as well as the complications, difficulties, expectations and problems relating to health service monitoring, from the perspective of “Health Field” model. **Methods:** Descriptive, cross-sectional study conducted with 187 diabetes patients of both sexes, living in the urban area and enrolled at five Primary Healthcare Units of a municipality of Minas Gerais. Data was collected during home visits, applying an interview form created for diabetes patients, based on data from human biology, environment, lifestyle and health services’ organization, elements of the adopted model. Data was analyzed descriptively and presented as frequencies, averages and percentages. **Results:** Type 2 diabetes mellitus, female gender, age above 60, married status, incomplete elementary school education, and monthly income of less than three minimum wages were prevalent. Of the participants, 71 (41.5%) had abnormal glucose levels, 94 (55.1%) had blood pressure higher than recommendations and 131 (70.1%) were using oral hypoglycemic agents. Also, 138 (73.8%) did not exercise on a regular basis and 133 (71.1%) were overweight or obese. Living with family was reported by 141 (75.4%) participants and 100 (53.5%) reported participating in meetings. The family was the main source of support for 96 (65.8%) of them. **Conclusions:** The results raised discussions on the clinical conditions, expectations and difficulties experienced by the participants, and highlighted the challenge to be faced by healthcare professionals in order to maintain the compliance of healthcare users with the long-term treatment, typical of chronic conditions such as diabetes.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Health Promotion; Chronic Disease.

Cleide Chagas da Cunha Faria⁽¹⁾
Mônica de Andrade Morraye⁽²⁾
Branca Maria de Oliveira Santos⁽²⁾

1) Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM - Patos de Minas (MG) - Brasil

2) Universidade de Franca - UNIFRAN - Franca (SP) - Brasil

Recebido em: 29/03/2012

Revisado em: 10/07/2012

Aceito em: 30/07/2012

RESUMEN

Objetivos: Verificar las condiciones de vida y de salud de los diabéticos, los principales factores de riesgo para la enfermedad, las complicaciones, dificultades, expectativas y los problemas relacionados con el seguimiento por el servicio de salud, en una perspectiva del modelo “Campo de la Salud”. **Métodos:** Estudio transversal descriptivo con 187 diabéticos de ambos sexos, residentes en la zona urbana y registrados en las cinco Unidades de Atención Primaria en Salud de un municipio de Minas Gerais. Los datos fueron obtenidos a través de visitas domiciliarias, utilizando un formulario de entrevista elaborado para diabéticos y sustentado con datos de la biología humana, ambiente, estilo de vida y organización de los servicios de salud, elementos del modelo adoptado. Se sometieron los datos a un análisis descriptivo y se presentaron como frecuencias, medias y porcentajes. **Resultados:** La diabetes mellitus tipo 2, el sexo femenino, la edad superior a 60 años, el hecho de estar casado, la escuela primaria incompleta y el ingreso mensual inferior a tres salarios mínimos fue prevalente. De los diabéticos, 71 (41,5%) presentaron alteraciones de la glucosa, 103 (55,1%) la presión arterial por encima de lo recomendado y 131 (70,1%) utilizaron hipoglucemiantes orales. De los participantes, 138 (73,8%) no practicaban actividad física regularmente y 133 (71,1%) tenían sobrepeso u obesidad. La vida en familia fue confirmada por 141 (75,4%) diabéticos y la participación en reuniones, por 100 (53,5%). La familia representó la principal fuente de apoyo social para 96 (65,8%) de ellos. **Conclusiones:** Los resultados mostraron reflexiones sobre las condiciones clínicas, las expectativas y las dificultades afrontadas por los participantes, y resaltaron el desafío de ser afrontado por los profesionales sanitarios para la manutención de la pertenencia de los usuarios de los servicios para el tratamiento a largo plazo, común en las condiciones crónicas como la diabetes.

Descriptor: Diabetes Mellitus; Promoción de la Salud; Enfermedad Crónica.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM), doença crônica, de evolução lenta e progressiva, que afeta milhares de indivíduos mundialmente, constitui um sério problema de saúde pública pelos altos índices de morbimortalidade e custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações^(1,2).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número mundial de indivíduos com a doença, em 2000, era de 177 milhões, com expectativa de atingir 350 milhões em 2025. A mortalidade mundial, que está em torno de 800 mil por ano, pode estar subestimada pelo fato de a maioria das declarações de óbitos atribuírem a causa de morte a algumas de suas complicações, como as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Uma estimativa mais realista sugere cerca de quatro milhões de óbitos anuais em

todo o mundo, correspondendo a aproximadamente 9% do total mundial⁽³⁾.

No Brasil, o DM atinge cerca de seis milhões de diabéticos e se encontra entre as dez principais causas de mortalidade atribuíveis às doenças não transmissíveis, mesmo considerando a alta prevalência de indivíduos não diagnosticados e a grande proporção de casos que, quando diagnosticados, já apresentam complicações^(4,5).

A exemplo de grande parte das condições crônicas, o DM pode ser evitado e muitas de suas complicações devem ser prevenidas nos diferentes níveis de atendimento à saúde⁽⁶⁾.

A prevenção e o controle do DM no Brasil são desenvolvidos prioritariamente na atenção básica e englobam um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. A prevenção busca a isenção do indivíduo à doença através de ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco, enquanto a promoção de saúde apresenta enfoque mais amplo, procurando identificar os macrodeterminantes do processo saúde-doença, na tentativa de intervenções que favoreçam a saúde e a qualidade de vida. A ideia de promoção envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes. Sua proposta é claramente social, política e cultural, e implica na articulação de saberes técnicos e populares e na mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, através de um amplo arco de medidas políticas, legislativas, fiscais e administrativas⁽⁷⁾.

Diante de desafios sociais, políticos e culturais dessa natureza, da mudança no perfil epidemiológico da população e da falência do paradigma biomédico nas últimas décadas, a promoção de saúde surge como uma nova forma de pensar e na prática sanitários, desenvolvendo-se a partir da divulgação do Relatório Lalonde, passando a exercer uma crescente influência no desenvolvimento das políticas públicas de saúde⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, destaca-se o modelo conceitual “Campo de Saúde”, que preconiza ações de saúde, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade, recomendando a mudança no foco das ações sanitárias ao afirmar que não há dúvidas de que futuros aprimoramentos no nível de saúde dependem, principalmente, da análise mais ampla dos problemas da área, por considerar, além dos aspectos biológicos, outros fatores que podem contribuir para a determinação de doenças e o agir por políticas concretas⁽⁹⁾.

O modelo conceitual “Campo de Saúde” é definido como um conjunto de práticas e saberes que extrapolam

os serviços de saúde, realçando o papel da biologia humana, do ambiente, do estilo de vida e da organização dos serviços de saúde na determinação do processo saúde-doença, superando aqueles que negligenciam os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação^(8,10).

Vale considerar, no entanto, que, apesar da abordagem inovadora e do potencial para mudança, os princípios da promoção de saúde ainda não são plenamente compreendidos e praticados, o que têm levado a uma assistência ao diabético, na maioria das vezes, focada, basicamente, no tratamento medicamentoso. As ações de promoção e prevenção, quase sempre, são esquecidas até mesmo dentro das Unidades de Saúde de Atenção Básica.

Essas constatações apontam para a impotência das estratégias tradicionais, alertando para a necessidade de se incorporar novas abordagens nos serviços de saúde, capazes de motivar os diabéticos no enfrentamento da doença. Esse desafio, no entanto, requer uma ampla compreensão de múltiplos fatores, de modo a possibilitar o planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral a essa população, possibilitando conhecimentos e práticas promotoras de saúde.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivos verificar as condições de vida e saúde de diabéticos, os principais determinantes dos fatores de risco, as complicações, as dificuldades, os problemas e as expectativas em relação ao tratamento e acompanhamento da doença pelo serviço, numa perspectiva dos quatro elementos do modelo “Campo de Saúde”.

MÉTODOS

Estudo transversal descritivo com diabéticos cadastrados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de um município de Minas Gerais.

Do total de 449 diabéticos cadastrados nas cinco UAPS selecionou-se uma amostra randômica e estratificada por unidade, considerando uma margem de erro de 5%, totalizando 208 diabéticos. A escolha dos participantes por unidade foi feita de forma aleatória, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: portador de DM do tipo 1 e 2 (DM1 e DM2), de ambos os sexos, residir na zona urbana, estar cadastrado em uma das cinco UAPS do município e se dispor a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desse total, fizeram parte do estudo 187 diabéticos, em razão de dificuldades como a ausência no momento da visita ou recusa em participar da pesquisa.

Para a obtenção dos dados, elaborou-se um formulário de entrevista contendo perguntas fechadas e abertas

relacionadas ao DM e estruturado nos quatro elementos que compõem o modelo “Campo de Saúde”⁽⁹⁾, a saber: dados da biologia humana (classificação e tempo de diagnóstico do DM, peso, altura, pressão arterial, glicemia capilar, tratamento farmacológico, fatores de risco e doenças concomitantes, complicações); do meio ambiente (número de residentes no domicílio, renda familiar, grau de instrução, ocupação); do estilo de vida (hábitos alimentares, bebidas alcoólicas, tabagismo, atividade física, atividade sexual, lazer e alterações sociais após o diagnóstico); e relacionados à organização dos serviços de saúde (utilização dos serviços públicos de saúde, uso de medicamentos, participação em reuniões de diabéticos, conhecimento sobre a patologia, dificuldades enfrentadas, uso de redes de apoio social e opinião sobre o serviço de saúde). Os dados foram coletados em visita domiciliária, previamente comunicada pelos Agentes Comunitários de Saúde das UAPS, no período de maio a julho de 2009.

No momento da visita, além da aplicação do formulário de entrevista, aferiu-se peso, altura, pressão arterial e glicemia capilar. Para aferição da estatura e peso, utilizou-se fita métrica e balança portátil analógica para até 120 kg, da marca Geom. A partir dos resultados obtidos, calculou-se o índice de massa corporal (IMC), que consiste na divisão do peso corporal (kg) pelo quadrado da altura corporal (m²), classificando como baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²), normal (IMC 18,5-25 kg/m²), sobrepeso (IMC > 25 kg/m² e < 30 kg/m²) e obesidade (IMC > 30 kg/m²)⁽¹¹⁾.

A pressão arterial foi obtida com esfigmomanômetro aneróide, da marca BD® padrão, calibrado, com manguito adequado à circunferência do braço. Realizou-se a aferição sempre no membro superior esquerdo, com a pessoa sentada e com o braço apoiado. A categorização da pressão arterial foi baseada na recomendação de intensificar seu controle, na presença do DM, a níveis $\leq 130 \times 80$ mmHg^(3,4).

Realizou-se o teste de glicemia capilar com glicosímetros e fitas da marca Accu-Chek Active, disponibilizados pela Secretaria de Saúde local. Considerou-se a glicemia de jejum (quando o diabético referia jejum de pelo menos 8 horas) e casual (quando realizada a qualquer momento do dia, independente do horário das refeições). Nesse caso, os valores de referência foram ≤ 126 mg/dl e ≤ 200 mg/dl, respectivamente⁽¹²⁾.

Os resultados foram armazenados no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 14.0 para Windows, e as variáveis submetidas à análise descritiva por meio de frequências, médias e porcentagens.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde local e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, sob protocolo nº 005/09.

RESULTADOS

Tendo como referência o modelo “Campo de Saúde” e os objetivos propostos pelo estudo, os resultados serão apresentados segundo a sequência dos dados obtidos.

Pelos dados de identificação (Tabela I), observa-se que 154 (82,3%) eram do sexo feminino, com proporção maior em praticamente todas as faixas de idade. A maior parte, 108 (57,8%), tinha idade superior a 60 anos, sendo 81 (43,3%) casados e 76 (40,7%) viúvos.

Em relação aos dados da biologia humana, que incluem todos os aspectos da saúde física e mental, em consequência da biologia básica do homem e da constituição orgânica do indivíduo, que contribuem para todos os tipos de doenças, pôde-se observar que 178 (95,2%) referiram o DM2; 07 (3,7%), o DM1; e 02 (1,1%) não souberam informar. O tempo médio de diagnóstico do DM foi de 9,1 (\pm 6,5) anos.

Os resultados apontaram 103 (55,1%) diabéticos com valores de pressão arterial acima dos recomendados e 133 (71,1%) com sobrepeso ou obesidade, fatores que

Tabela I - Diabéticos cadastrados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo faixa etária, estado civil e sexo. Minas Gerais, 2009.

	Sexo				Total n
	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
Faixa etária					
- 20 anos	01	0,5	02	1,0	03
20 - 40 anos	11	5,9	-	-	11
40 - 60 anos	45	24,0	20	10,8	65
> 60 anos	97	51,9	11	5,9	108
Estado civil					
Casado	60	32,0	21	11,3	81
Viúvo	70	37,5	06	3,2	76
Solteiro	15	8,0	05	2,7	20
Divorciado	09	4,8	01	0,5	10
Total	154	82,3	33	17,7	187

Tabela II - Tratamento farmacológico utilizado por diabéticos cadastrados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Minas Gerais, 2009.

Tratamento farmacológico	n	%
HO*	131	70,1
HO* + Insulina	24	12,8
Insulina	22	11,8
Nenhum	10	5,3
Total	187	100

*Hipoglicemiante Oral

Tabela III - Opinião dos diabéticos sobre o acompanhamento e tratamento do DM nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município de Minas Gerais, 2009.

Opinião	n	%
Satisfeitos	116	62%
Insatisfeitos	57	30,5%
Não opinaram	14	7,5%
Total	187	100%

contribuem para o aumento do risco de complicações cardiovasculares, principalmente quando associados ao DM.

Dos 171 testes de glicemia capilar realizados, 09 foram em jejum e 162 casual, dos quais 04 (44,4%) e 67 (41,4%) apresentaram valores acima dos níveis preconizados⁽¹²⁾ (> 126 mg/dl e > 200 mg/dl, respectivamente).

Pela Tabela II, 131 (70,1%) referiram fazer uso de hipoglicemiantes orais para controle da glicemia, o que pode ser justificado pela elevada frequência de DM2; 24 (12,8%) já necessitavam da associação entre hipoglicemiantes orais e insulina, revelando o comprometimento progressivo do DM.

Os dados relacionados aos fatores de risco e doenças concomitantes apresentaram frequência relativa maior que 100%, pelo fato de uma mesma pessoa confirmar a presença de mais de um desses. Dentre os mais citados, 127 (70,9%) referiram antecedentes familiares cardiovasculares; 125 (69,8%), hipertensão arterial; 92 (51,4%), sedentarismo; e 43 (24,0%), sobrepeso ou obesidade. As complicações advindas da doença foram referidas por 53 (28,3%) participantes, sendo as mais relatadas: depressão, doença renal, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, pé diabético, retinopatia, glaucoma, catarata, neuropatia e outras relacionadas ao sistema cardiovascular.

Os dados relacionados ao meio ambiente, que inclui os aspectos relacionados à saúde, externos ao corpo humano, pertencentes ao ambiente físico ou social e sobre os quais os indivíduos têm pouco ou nenhum controle, demonstraram que 141 (75,4%) participantes residiam em casa própria, em família, com média de 2,8 (\pm 1,3) pessoas por residência; 134 (71,6%) possuíam renda familiar abaixo de três salários mínimos; 49 (26,6%) eram analfabetos; 108 (57,6%) tinham ensino fundamental incompleto; e 141 (75,4%) estavam aposentados ou afastados do trabalho.

O estilo de vida, outro elemento considerado no modelo adotado, consiste no conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo, que afetam a sua saúde e sobre as quais possui maior ou menor controle. Do ponto de vista da saúde, os hábitos pessoais e decisões ruins podem desencadear riscos originados pelo próprio indivíduo, podendo resultar em atos de saúde destrutivos que contribuam para o aumento do nível de doenças e mortes prematuras.

Ao se avaliar os hábitos alimentares dos participantes, observou-se uma média de quatro (\pm 1,1) refeições/dia. O uso de açúcar diário foi referido por 99 (52,9%), sendo o café o principal responsável pelo consumo.

A adição indiscriminada de sódio nos alimentos foi referida por 78 (41,7%), considerando a limitação aconselhada de 6g/dia⁽³⁾. A dificuldade para o consumo diário de frutas foi justificada pelo valor de compra e

118 (63,1%) afirmaram não seguir qualquer tipo de dieta prescrita pelo médico ou nutricionista.

Dos participantes, 138 (73,8%) não praticavam atividade física regularmente, 17 (9,1%) confirmaram o consumo de bebidas alcoólicas, e 23 (12,3%), de cigarros; 69 (36,9%) desenvolviam atividades de lazer e descanso no seu cotidiano e 27 (14,4%) manifestaram alterações nas atividades sociais após o diagnóstico da doença.

Em relação à vida sexual, 72 (38,5%) afirmaram ser ativa e 06 (5,2%) consideraram a influência do DM na sua sexualidade.

De acordo com o modelo adotado, a organização dos serviços de saúde consiste na qualidade, quantidade, administração, natureza e relações de pessoas e recursos no oferecimento do cuidado de saúde. Geralmente, é definida como sistema de atenção à saúde nos diferentes níveis.

Todos os entrevistados referiram fazer uso dos serviços públicos de saúde para tratamento, ainda que 42 (22,5%) afirmassem possuir plano privado. A informação sobre o diagnóstico da doença foi obtida em alguma instituição pública de saúde por 152 (80,6%). O acompanhamento médico para tratamento do DM foi referido por 139 (74,3%), e 91 (48,75%) afirmaram ter recorrido às UAPS para a última consulta.

Os medicamentos mais utilizados foram os hipoglicemiantes orais, cardiovasculares e diuréticos, com aquisição feita, quase na totalidade, no setor público.

As principais dificuldades para o acompanhamento e tratamento da doença, verbalizadas por 58 (31%) diabéticos, estavam relacionadas a questões financeiras para compra de alimentos e medicamentos e à incompatibilidade da dieta com suas preferências.

A participação em reuniões para diabéticos, agendadas pelas UAPS, foi confirmada por 100 (53,5%) participantes, que atribuíram importância para a aquisição de informações, esclarecimentos e ajuda no controle metabólico. Os que não participavam alegaram falta de tempo e motivação, repetição das informações ou inexistência de reuniões nas unidades em que eram cadastrados. O conhecimento suficiente acerca da doença foi referido por 171 (91,4%) participantes.

A família foi a principal fonte de apoio social informada para o enfrentamento da doença – 96 (65,8%) participantes – seguida pelas UAPS, igreja e diferentes grupos de apoio.

Quando questionados sobre o serviço de saúde no qual estavam cadastrados (Tabela III), dos 57 (30,5%) entrevistados que confirmaram algum tipo de insatisfação, a maioria sugeriu contratação e menor rotatividade dos médicos nas UAPS, bem como maior agilidade no atendimento dentro das unidades e no agendamento das consultas especializadas. A maioria, 116 (62%), que se

mostrou satisfeita, destacou a forma positiva como eram tratados pela equipe de saúde, a realização de exames e a distribuição de medicamentos.

DISCUSSÃO

A maior ocorrência de DM em mulheres corrobora com dados de outras pesquisas^(13,14), ainda que já tenha sido ressaltado o desaparecimento da diferença de prevalência total do DM entre os sexos, diante de resultados que evidenciaram uma maior prevalência de DM pré-diagnosticado entre mulheres e maior prevalência de DM recém-diagnosticado entre os homens, aproximando a prevalência total entre os sexos. Outro estudo ainda evidenciou um maior desconhecimento da doença entre os homens e maior acesso aos serviços de saúde para diagnóstico por parte das mulheres⁽¹⁵⁾. As mulheres se cuidam mais e estão mais presentes nos serviços de saúde, facilitando o diagnóstico e sugerindo uma maior preocupação com a própria saúde⁽¹⁶⁾.

A predominância da faixa etária superior a 60 anos, observada no presente estudo, tem sido associada ao envelhecimento populacional no Brasil, que iniciou a configuração de um novo perfil de usuários nos serviços de saúde e a necessidade de planejamento de uma assistência que priorize a atenção multidimensional e integral^(14,17).

A maior ocorrência de casados e viúvos no atual estudo pode ser justificada pela predominância de pessoas com idades acima de 20 anos. Acredita-se que o apoio do cônjuge seja imprescindível no processo de adaptação à doença e na adesão aos cuidados necessários, com vistas a minimizar as complicações decorrentes. A perda do companheiro, no entanto, pode interferir no manejo da doença, já que, em alguns casos, pode desencadear depressão, desânimo e perda da vontade de viver⁽¹⁸⁾.

A partir da contribuição dos dados da biologia humana no desenvolvimento de doenças crônicas como o DM – considerado, hoje, uma epidemia, podendo ser diagnosticado em qualquer idade, geralmente associado ao aumento das taxas de sobrepeso e obesidade e às alterações do estilo de vida –, estima-se que 90% a 95% de todos os casos sejam do tipo 2⁽³⁾. Os resultados do estudo confirmam essa assertiva.

A hipertensão arterial acomete ambos os sexos e sua prevalência aumenta com a idade. Quando associada ao DM, a manutenção de níveis pressóricos acima do recomendado torna os diabéticos mais susceptíveis a complicações, como o desenvolvimento de lesões micro e macrovasculares, reforçando a importância da prevenção contra a doença cardiovascular, renal e a retinopatia diabética^(3,19,20). Acredita-se que a educação de indivíduos

com doença crônica seja o melhor caminho para a redução desses agravos⁽¹⁹⁾.

O sobrepeso e a obesidade observados entre os participantes avaliados no presente estudo contribuem para o aumento do risco de complicações cardiovasculares, principalmente quando associados à hipertensão, uma vez que representam um estado pré-mórbido do DM2⁽²¹⁾. A assistência, nesses casos, deve centrar nas causas e complicações e, uma vez estabelecido o risco associado, a motivação para a perda de peso deve ser abordada e baseada em intervenções na dieta e na prática de atividade física⁽³⁾.

Ainda que a maioria dos resultados da presente pesquisa sobre a glicemia capilar tenha ficado dentro dos níveis aceitáveis, é importante considerar a elevada proporção daqueles que apresentaram níveis fora das metas preconizadas. Essa situação pode favorecer a instalação e o desenvolvimento de complicações crônicas, micro e macrovasculares, principalmente nos indivíduos com obesidade e hipertensão arterial, aumentando o risco de múltiplas anormalidades que caracterizam a síndrome metabólica⁽³⁾.

Mesmo que as medidas medicamentosas e não medicamentosas façam parte do tratamento do DM, de forma isolada ou em conjunto, levando-se em consideração as características individuais do paciente e o estágio da doença⁽²²⁾, especialmente do DM2, o controle glicêmico pode ser obtido por mudanças no estilo de vida, que incluem a suspensão do fumo, o aumento da atividade física e a alimentação adequada. Contudo, em função da dificuldade de adesão ao tratamento não medicamentoso e da perda gradual da capacidade secretória da célula beta pancreática, que geralmente ocorre com o evoluir da doença, torna-se necessária a introdução da terapia medicamentosa⁽²³⁾.

Ao se considerar os fatores de risco e as doenças concomitantes para o agravamento das complicações micro e macroangiopáticas do DM, torna-se importante destacar o tempo de evolução da doença no desencadeamento dessas complicações. As macroangiopáticas (doença vascular aterosclerótica, doenças coronarianas, arterial periférica e vascular cerebral) podem ocorrer mesmo em estágios precoces e apresentar-se de forma difusa e severa. São as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos diabéticos, que têm uma propensão duas a quatro vezes maior de morrer por doença cardíaca em relação aos não diabéticos, e quatro vezes mais chance de desenvolver doença vascular periférica e acidente vascular encefálico. As complicações microangiopáticas, como problemas de visão, doença renal e neuropatias, podem se desenvolver ao longo do tempo^(3,4,24).

A depressão, como fator de risco, exerce um impacto direto no controle metabólico e reforça a necessidade de seu tratamento, com vistas a alcançar efeitos benéficos na adesão

às orientações médicas, melhorando o controle glicêmico e, indiretamente, diminuindo o risco de complicações crônicas da doença⁽²⁵⁾.

A retinopatia diabética é a principal causa de cegueira e é uma complicação comumente encontrada após 20 anos de doença em mais de 90% das pessoas com DM1 e em 60% das com DM2. O controle da glicemia e da pressão arterial dentro dos níveis recomendados são, comprovadamente, fatores de proteção à visão em diabéticos⁽³⁾.

Os resultados encontrados na pesquisa em relação à influência de aspectos do meio ambiente no comprometimento da saúde, na adesão ao tratamento e no desenvolvimento de complicações crônicas corroboram com os de outros autores^(14,26). Eles reforçam a influência da família como instituição central no manejo e tratamento da doença, fortalecendo a necessidade de sua inclusão nas atividades educativas⁽²⁷⁾.

O desenvolvimento do DM não está associado à escolaridade e pode acometer pessoas de todos os níveis socioeconômicos. Entretanto, não se pode deixar de considerar a influência da baixa renda e escolaridade na vida dos diabéticos, principalmente em relação à aquisição de medicamentos, manutenção da dieta, acesso à informação e tecnologia para o controle da doença, entendimento das orientações terapêuticas e, conseqüentemente, ao seguimento e adesão ao tratamento^(14,28).

Essas considerações reforçam o desafio para os profissionais de saúde a fim de oferecerem uma abordagem sobre a doença de maneira compreensível, de acordo com as necessidades de cada indivíduo⁽²⁸⁾.

Outro fato observado em estudo que buscou compreender as mudanças que ocorrem na vida de diabéticos após a aposentadoria foi a alta taxa de utilização dos serviços de saúde por parte dessa população, sugerindo dificuldade no controle metabólico da doença. Nesse momento, é importante o incentivo para um maior convívio social, por acreditar que a troca de experiências resultantes desse convívio contribua para a melhoria da autoestima, do controle de agravos e do risco evolutivo da doença⁽²⁷⁾.

Pelos dados do estilo de vida, relacionados ao conjunto de decisões individuais que afetam a saúde dos diabéticos e que podem exercer certo grau de controle é possível exercer certo grau de controle, observa-se um consenso sobre a influência da alimentação, obesidade, do consumo de álcool, tabagismo e sedentarismo. As modificações desses fatores podem prevenir ou delongar o aparecimento da doença ou retardar as complicações decorrentes dela, favorecendo a melhoria na qualidade de vida e a redução dos custos para o sistema de saúde^(3,20).

Os diabéticos apresentam resistência às mudanças alimentares, mesmo com conhecimento sobre a importância das limitações necessárias ao controle metabólico, insistindo

em hábitos construídos ao longo da vida e influenciados pelo convívio social e familiar. A família é imprescindível nessa mudança, que pode acontecer de forma lenta e com retrocessos, e seus membros precisam rever suas práticas alimentares em função de uma alimentação mais adequada ao diabético⁽²⁹⁾.

As necessidades nutricionais variam de pessoa para pessoa e não existe um plano alimentar padrão para o indivíduo com diabetes. A ingestão dos nutrientes deve ser baseada na avaliação nutricional, perfil metabólico, peso e objetivos do tratamento, e ser ajustada à prática de exercícios e terapia medicamentosa. Tal prática tem como objetivo reduzir as oscilações glicêmicas significativas e o risco de hipoglicemia, favorecendo o controle metabólico e a melhor qualidade de vida⁽²⁰⁾.

O álcool, em quantidade exagerada, pode intensificar o desenvolvimento de alterações vasculares, e o tabagismo, isolado ou associado a outros fatores de risco, também constitui importante causa de mortalidade cardiovascular, podendo aumentar o risco de complicações macrovasculares do DM e a incidência de doença vascular periférica⁽²⁰⁾.

O exercício regular pode prevenir o aparecimento de DM2 em indivíduos de risco elevado, sendo o aeróbico o mais recomendado^(3,4,20). Infelizmente, a prática desse exercício não faz parte da rotina de vida da maioria dos diabéticos avaliados nesta pesquisa, mesmo diante do reconhecimento de seus benefícios, como melhor controle glicêmico, independente da redução do peso corporal, diminuição do risco cardiovascular, da necessidade de hipoglicemiantes e melhora da autoestima e qualidade de vida. A elevada frequência de sedentarismo entre os participantes (73,8%) do atual estudo foi justificada por desânimo, cansaço, falta de tempo, dores nas pernas, dentre outros, e a caminhada foi a atividade mais referida pelos que praticavam atividade física.

A disfunção erétil é uma condição comum entre os diabéticos, com aumento da prevalência em função da idade e o aparecimento precoce em relação à população geral. Aproximadamente 30% a 75% apresentam e desses, metade não sabe da existência do problema e apenas 10% se tratam. Ela comumente acontece em consequência de comprometimento vascular, neurológico, hormonal e psicológico⁽³⁰⁾. A saúde sexual da mulher é menos investigada, aumentando a importância da abordagem e o encorajamento para falar de seus problemas sexuais durante as consultas, principalmente pelo quadro comum de depressão⁽³¹⁾. Pelas respostas da presente pesquisa, pode-se perceber que muitos participantes demonstraram constrangimento e desconforto ao serem questionados sobre o assunto.

As atividades de lazer, que também influenciam positivamente o tratamento do DM, retratam um conjunto

de atividades realizadas após os afazeres e as obrigações diárias, abrangendo diversas formas de expressão, representando uma entrega voluntária, com liberdade de escolha, criatividade, satisfação, diversão e diminuição do estresse⁽³²⁾. As mais referidas pelos participantes da atual investigação foram: assistir televisão e passear na casa de parentes, amigos e vizinhos; as justificativas para os que referiram não ter esse tipo de atividade foram: falta de tempo, cansaço ou não gostar de sair de casa.

Os resultados do presente estudo mostraram ainda que quase todos os participantes utilizava as UAPS para diagnóstico e tratamento da doença. Tal constatação reforça a ideia de que, ainda que o atendimento ao diabético possa ser realizado nos diversos níveis de atenção à saúde, ele tem se concentrado na atenção básica à saúde. Para o tratamento do DM, é imprescindível a vinculação do paciente às unidades de atendimento, a garantia do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados, de modo a assegurar o controle das complicações e o progresso das já existentes⁽⁴⁾.

Na presente pesquisa, o elevado número de diabéticos em uso de medicamentos se assemelha ao encontrado em outra pesquisa realizada em Minas Gerais⁽¹³⁾, na qual foi ressaltada a necessidade de capacitação da equipe de saúde das UAPS para fornecer orientações adequadas quanto ao uso correto e efeitos adversos dos medicamentos, e a necessidade de adesão ao tratamento.

As dificuldades verbalizadas pelos participantes dessa pesquisa em relação ao seguimento e tratamento da doença também se parecem com outras já encontradas^(13,33). A forma como os diabéticos percebem a doença não é sempre igual para todos, e grande parte apresenta resistência às mudanças exigidas pelo tratamento. Uma das estratégias para se trabalhar as percepções são as reuniões em grupo, que permitem a troca de experiências, favorecendo a interação, o aprendizado e a capacidade de se perceberem e se modificarem. O processo educativo requer o conhecimento da realidade e o planejamento das atividades participativas, mas a abordagem não deve ser reduzida à transmissão de conhecimentos; ela deve englobar os aspectos emocionais, sociais e culturais que influenciam no seguimento do tratamento^(14,22,34).

A influência da baixa renda, a dificuldade de aceitação da doença, a rejeição e negação da condição crônica, o sofrimento, a revolta devido às restrições impostas pela doença e a necessidade da adoção de hábitos saudáveis que permitam lidar com as limitações também devem ser levados em consideração^(13,35).

A maior parte dos diabéticos do atual estudo afirmou ter conhecimento suficiente acerca do DM, ainda que os resultados evidenciassem a presença de comorbidades e

complicações decorrentes da doença e apontassem para o fato de que o conhecimento não se traduz necessariamente em práticas a favor da saúde.

Num estudo em que foi avaliado o conhecimento dos pacientes diabéticos acerca da doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes, foi observado que, após a execução do programa, houve aumento significativo do conhecimento sobre a doença, sem, no entanto, levar a mudanças no estilo de vida dos pacientes, concluindo que, apesar de o conhecimento do diabético acerca de sua doença ser a base do autocuidado, ele não implica, necessariamente, em mudança de comportamento⁽³⁶⁾.

A família como principal fonte de apoio referida pelos participantes corrobora com estudos de avaliação do apoio social de adultos com doenças crônicas, sendo um deles realizado em uma população de brasileiros com doenças cardíacas⁽³⁷⁾.

Quanto mais se sabe a respeito da complexidade do DM, mais se reconhece a importância do envolvimento do indivíduo diabético, de sua família e da equipe de saúde para assegurar o controle metabólico, indispensável para a longevidade, qualidade de vida e prevenção das complicações crônicas da doença⁽³⁾.

As opiniões dos diabéticos investigados em relação às unidades de saúde onde faziam acompanhamento do DM demonstraram que os elogios e as reivindicações estavam voltados para uma atenção moldada no modelo biomédico, em detrimento das ações de promoção de saúde. Essa visão corrobora com as considerações⁽³⁸⁾ de que o modo como os serviços e as ações de saúde se organizam ainda é caracterizado pela centralidade nas ações curativistas, individuais, centradas no médico, e com grande demanda para a utilização de métodos diagnósticos e terapêuticos de custo elevado.

As ações de promoção da saúde no âmbito da atenção básica devem estar voltadas para os indivíduos e suas famílias, para os grupos vulneráveis e para o ambiente físico e social do território, com a responsabilidade de dar respostas no campo da saúde e mobilizar parcerias e articulações intersetoriais. Inserir a promoção de saúde na linha de cuidado voltada para patologias crônicas como o DM implica, necessariamente, em propiciar ao sujeito autonomia para a escolha de modos mais saudáveis de vida.

CONCLUSÃO

Os resultados possibilitaram a constituição de um panorama da realidade estudada e levantaram algumas reflexões acerca das condições de vida e saúde dos diabéticos; dos principais determinantes dos fatores de

risco; das dificuldades; dos problemas e das expectativas enfrentados por essa parcela da população, fortalecendo a convicção de que uma abordagem integral para a detecção precoce do DM e a minimização de complicações, através de ações que incluam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, são de extrema importância.

Essa tarefa não é fácil, pois requer a mudança de paradigma na forma de abordagem aos diabéticos, capaz de promover o seu empoderamento, através de um modelo de educação em saúde centrado não só no conhecimento profissional, mas no conhecimento e nas experiências deles próprios, valorizando, sobretudo, a participação no controle da doença e na modificação do estilo de vida.

O desafio enfrentado pelos profissionais em relação à baixa adesão ao tratamento de longo prazo, comum no DM, faz sobressair a necessidade de capacitação para responder a um plano de ação vigilante, sustentado por uma ação multiprofissional, com vistas a lidar com a complexidade da atenção primária no seu contexto pessoal, familiar e social, atentando para a prevenção e promoção de saúde sem, contudo, descuidar da atenção curativa e reabilitadora.

Para tanto, faz-se necessário o conhecimento dos recursos internos (materiais, emocionais, culturais, valores), externos (redes de apoio, base de dados), do contexto profissional, da organização do trabalho, dos resultados esperados, das necessidades a serem atendidas, dos critérios de desempenho, dentre outros. Tal conhecimento poderá favorecer o desenvolvimento de uma consciência crítica e o planejamento de um programa que conte com a participação da equipe, do paciente e de sua família.

Toda mudança exige tempo e, nesse caso, formação, desenvolvimento e capacitação das equipes envolvidas, bem como da população, que traz arraigada consigo padrões do modelo biomédico em detrimento da promoção de saúde.

Parte da dissertação de mestrado intitulada "O portador de diabetes mellitus do município de Coromandel-MG numa perspectiva da promoção de saúde". Universidade de Franca, 2010, 120 p.

REFERÊNCIAS

1. Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16,(1):105-11.
2. Pilger C, Abreu IS. Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. *Cogitare Enfermagem.* 2007;12(4):494-501.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD. Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora; 2007.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção básica. *Diabetes Mellitus.* Brasília; 2006.
5. Georg AE, Duncan BB, Toscano CM, Schmidt MI, Mengue S, Duarte C, Polanczyk C. Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(3):452-60.
6. Ministério da Saúde (BR). A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília; 2005.
7. Buss PM. Uma prática ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.
8. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(3):669-78.
9. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document: health and Welfare Canada.* Ottawa; 1974.
10. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Nutrição.* 2002; 15(1):37-44.
11. World Health Organization - WHO. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic.* Geneva: World Health Organization; 2000.
12. American Diabetes Association - ADA. *Diagnosis and classification of diabetes mellitus.* *Diabetes Care.* 2007;30(1):42-7.
13. Tavares DMS, Rodrigues FR, Silva CGC, Miranzi SSC. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(5):1341-52.
14. Gandra FPP, Silva KC, Castro CF, Esteves EA, Nobre LN. Efeito de um programa de educação no nível de conhecimento e nas atitudes sobre o diabetes mellitus. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2011;24(4):322-31.
15. Goldenberg P, Schenkman S, Franco LJ. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev Bras Epidemiol.* 2003;6(1):18-28.
16. Batista MCR, Priore SE, Enriqueta L, Rosado FPL, Tinôco ALA, Franceschinis SC. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev Nutr.* 2005; 18(2):219-28.

17. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;49(3):548-54. Rossi VEC, Pace AE, Hayashida M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciência et Práxis*. 2009;2(3):41-6.
18. Silva DB, Souza TA, Santos CM, Jucá MM, Moreira TMM, Frota MA, Vasconcelos MMV. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2011; 24(1):16-23. American Diabetes Association - ADA. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32(Suppl 1):13-61.
19. Feldstein AC, Nichols GA, Smith DH, Stevens VJ, Bachman K, Rosales GA, Perrin N. Weight Change in Diabetes and Glycemic and Blood Pressure Control. *Diabetes Care*. 2008;31:1960-5.
20. Rêgo MAB, Nakatani AYC, Bachion MM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. *Rev Gaúcha Enfermagem*. 2006;27(1):60-70.
21. Lyra R, Oliveira M, Lins D, Cavalcanti N. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006;50(2):239-49.
22. Santos VP, Caffaro RA, Pozzan G, Saieg M, Júnior VC. Comparative histological study of atherosclerotic lesions and microvascular changes in amputated lower limbs of diabetic and non-diabetic patients. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008;52:1115-23.
23. Katon W, Russo J, Lin EHB, Heckbert SR, Karter AJ, Williams LH et al. Diabetes and Poor Disease Control: Is Comorbid Depression Associated With Poor Medication Adherence or Lack of Treatment Intensification? *Psychosomatic Medicine*. 2009;71:965-72.
24. Otero LM, Zanetti ML, Teixeira CRS. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(Esp):768-73.
25. Ríz PML. Aposentadoria e as mudanças de vida das pessoas com diabetes mellitus do tipo 2 [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.
26. Oliveira KCS. Conhecimento e atitudes de usuários com diabetes mellitus do tipo 2 e hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2009.
27. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):151-60.
28. Moreira Jr ED, Abdo CHN, Torres EB, Lobo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology*. 2001;58(4):583-8.
29. Bitzer J, Alder J. Diabetes and female sexual health. *Women's Health*. 2009;5(6):629-36.
30. Marcelino NC. Estudos do lazer. 2ª Ed. Campinas: Autores Associados; 2000.
31. Tavares DMS, Drumond FR, Pereira GA. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):342-9.
32. Silva ASB. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto-SP [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2009.
33. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors. *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(6):1105-12.
34. Otero LM, Zanetti ML, Ogrízio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(2):231-7.
35. Moraes TPR, Dantas RAS. Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(2):323-9.
36. Moraes Neto OL, Castro AM. Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Família*. 2008;9(17):6-9.

Endereço para correspondência:

Cleide Chagas da Cunha Faria
Av. Francisco de Paula Ferreira, 959
Bairro: Residencial Gramado
CEP: 38706209 - Patos de Minas - MG - Brasil
E-mail: cleide@unipam.edu.br