



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

THAIS SILVA PEREIRA CAMPOS

**PERCEPÇÕES DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS
ACERCA DA DOENÇA E DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS**

FLORIANÓPOLIS
2014

THAIS SILVA PEREIRA CAMPOS

**PERCEPÇÕES DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS
ACERCA DA DOENÇA E DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em cumprimento a requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas situações agudas e crônicas de saúde

Orientadora: Prof. Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Florianópolis

2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Campos, Thais Silva Pereira

Percepções das Pessoas com Diabetes Mellitus Acerca da Doença e das Complicações Crônicas / Thais Silva Pereira Campos; orientadora, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva – Florianópolis, SC, 2014.

144 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui Referências

1. Enfermagem. 2. Doença Crônica. 3. Diabetes Mellitus. 4. Doença Renal. 5. Conhecimento. I. Da Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

THAIS SILVA PEREIRA CAMPOS

**PERCEPÇÕES DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS
ACERCA DA DOENÇA E DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em sua versão final em 18 de Dezembro de 2014, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação e Enfermagem, área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Presidente

Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles – Membro

Dra. Soraia Dornelles Schoeller - Membro

Dra. Sabrina da Silva de Souza - Membro

*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais
voltará ao seu tamanho original”*

(Albert Einstein)

Dedico este trabalho...
aos meus pais, Durval e Marleide, por todo amor e principalmente por
acreditarem em mim.
e ao meu esposo e eterno amor, Leonardo, meu companheiro de todos os
momentos e grande incentivador dessa realização.

AGRADECIMENTOS

Durante esses dois anos muitos foram os desafios, as angústias, as vitórias, as tristezas, as alegrias e superações. Agradeço às pessoas que estiveram comigo nestes momentos e que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho.

Inicialmente agradeço a Deus e a Nossa Senhora Aparecida! Minhas fontes de iluminação diária para seguir em frente.

Aos meus pais, Durval e Marleide, minhas “bússolas”, responsáveis pelos meus valores, por toda educação, amor e apoio, e ao meu irmão Thiago. Obrigada pelos incentivos em todos os momentos da minha vida e por entenderem a minha ausência em alguns momentos. Amo muitos vocês!!

Ao meu amado esposo, Leonardo Campos, por ser o meu maior incentivador e companheiro nesta jornada. Agradeço a Deus todos os dias por ter você em minha vida. Obrigada por apoiar-me incondicionalmente, por todo seu amor, por tantas idas e vindas para acalantar meu coração e minhas angústias e, sobretudo por acreditar que sempre posso mais. Obrigada por ter feito o meu sonho o nosso sonho. Esta conquista também é sua! Te amo muito!

À minha querida orientadora, Prof.^a Denise Guerreiro, pela pessoa que és e que consegue aglutinar muitas virtudes: generosa, acolhedora, humana, sábia. Obrigada por me acolher tão bem, pelo apoio, por todo encorajamento e por sempre me receber com alegria e disposição! Muito obrigada pela confiança depositada e por acreditar que tudo seria possível.

Aos meus familiares que proporcionam grandes alegrias na minha vida. Obrigada por tudo!

Aos meus sogros, Eliane e Geraldo, aos meus cunhados Guilherme e Francisco, e ao filho emprestado Luis Eduardo, no qual me acolheram como parte da família. Agradeço o carinho e as palavras de incentivos durante toda esta trajetória.

Aos meus amigos baianos, que mesmo distante fisicamente, sempre estiveram comigo. Obrigada por estarem ao meu lado sempre!

Aos meus amigos que fiz em Florianópolis e que permitiram que essa longa jornada tornasse mais suave e prazerosa. Obrigada Vanessa Silveira, Carine Ferreira, Andrelise Tomasi e Lúcia Heineck pelas quais tenho um carinho imenso e eterna gratidão.

Às minhas colegas da turma de mestrado, especialmente Rafaela Baptista, Luana Aires e Mayessi Dabbous. Obrigada pela acolhida, por compartilhar e dividir momentos de descobertas durante as disciplinas cursadas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e a todos os professores, pelo ensino de excelência, conhecimento e troca de saberes compartilhado nestes dois anos.

À Secretaria de Saúde do município de Florianópolis/SC, especialmente às enfermeiras dos Centros de Saúde pela receptividade e apoio na realização da pesquisa.

Às pessoas com diabetes mellitus, que com disponibilidade e interesse, aceitaram em participar, permitindo a concretização da pesquisa. Cada um com a sua história me fez uma pessoa melhor. Sou grata por cada um de vocês!

Às colegas do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoa em Condição Crônica – NUCRON, por me acolherem tão bem!!! Em especial, Júlia Boell, Soraia Rozza, Elisângela Franco e

Cecília Arruda pelos momentos de discussões e reflexões, pelo carinho, apoio e por todos os bons momentos de convivência. E um agradecimento especial a Priscila Romanoski pela amizade, pelos momentos de incentivo e apoio durante o segundo ano do mestrado.

Às professoras Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Dra. Silvia Maria Azevedo Dos Santos, Dra. Sabrina da Silva de Souza e a Doutoranda Soraia Geraldo Rozza Lopes pelas maravilhosas contribuições e sugestões no exame de qualificação, as quais foram imprescindíveis na constituição desta pesquisa.

Aos membros da banca de sustentação, Dra. Soraia Dornelles Schoeller, Dra. Angela Maria Alvarez, Dra. Sabrina da Silva de Souza, Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles, e a Dda. Soraia Geraldo Rozza Lopes, pela leitura atenta e valiosas contribuições.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro que possibilitou maior dedicação para a realização deste trabalho.

Às bolsistas de iniciação científica, Manuella Albino, Francieli Rocha e Carine Ferreira pelo apoio. E à bolsista de apoio técnico, Andrea Grumann.

Agradeço a todos pela compreensão da minha ausência, em vários momentos. A vocês, dedico meu eterno amor, respeito e gratidão por tudo que vocês representam para mim.

RESUMO

O diabetes mellitus traz mudanças importantes na vida das pessoas, pois requer cuidados, tratamentos e modificações permanentes no estilo de vida. No entanto, as pessoas com diabetes mellitus têm dificuldade para realizar o autocuidado aderindo ao tratamento. Essa situação favorece a evolução da doença podendo levar ao desenvolvimento de sérias complicações agudas e/ou crônicas, como a nefropatia diabética. Com a intenção de contribuir para a maior compreensão sobre como as pessoas percebem sua condição, foi realizado o estudo que objetivou conhecer a percepção de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, atendidas na atenção básica em centros de saúde de Florianópolis/SC, acerca da doença e das complicações crônicas decorrentes da mesma. Para elucidar o objetivo desta pesquisa, realizou-se um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa dos dados. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho a setembro de 2014. Para tanto, entrevistas com roteiro semiestruturado foram aplicadas nos domicílios e em quatro centros de saúde de Florianópolis/SC. Participaram do estudo vinte pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acompanhadas em centros de saúde do município. Para a organização e codificação dos dados utilizou-se o *software Ethnograph 6.0*. Além disso, para análise do material coletado, foi utilizada a análise qualitativa de conteúdo convencional, o que possibilitou identificar três categorias: conhecimento das pessoas com diabetes mellitus sobre a doença; conhecimento das pessoas com diabetes mellitus sobre as complicações crônicas; e barreiras no controle do diabetes mellitus. Os resultados do estudo apontaram que o conhecimento que as pessoas possuem acerca do diabetes mellitus e das complicações é limitado às suas próprias experiências ou de pessoas próximas. As principais fontes de informações sobre a doença apresentadas pelos participantes da pesquisa foram televisão, revistas e internet. Os profissionais de saúde foram raramente apontados como fonte de informação. Além disso, foram identificadas algumas barreiras no controle do diabetes mellitus, como: emocionais, econômicas e de acesso aos serviços de saúde. As barreiras emocionais foram relacionadas a situações de estresse e sentimentos de tristeza, desamparo, abandono, ansiedade e preocupação causados pela falta de apoio familiar, por situações cotidianas e mudanças no estilo de vida. Nas barreiras econômicas, os principais relatos referem-se a limitação orçamentária para aquisição de alguns alimentos e/ou medicamentos que não são disponibilizados pelos serviços de saúde. Por fim, em relação ao

acesso aos serviços de saúde, os participantes relataram dificuldade de marcação de consultas para acompanhamento e consultas especializadas. Diante do exposto, para melhorar sobremaneira o conhecimento e as atitudes das pessoas com diabetes mellitus, este estudo evidencia a importância de ter um processo de educação em saúde convergente às necessidades de cada pessoa, que utilize abordagens mais dialógicas e que favoreça o acesso das pessoas aos serviços de saúde. Além disso, para contribuir com a diminuição das barreiras no controle da doença, este estudo ressalta a importância de ações como o envolvimento dos familiares no tratamento; ações coordenadas entre profissionais de saúde que valorizem as especificidades de cada pessoa; políticas públicas que capacitem continuamente os profissionais de saúde e melhorem o acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde, bem como, campanhas informativas que abranjam o maior número de pessoas possível. Por fim, ressaltamos a necessidade de estudos futuros de intervenção educativa focados nas complicações do DM, principalmente, a doença renal crônica.

Palavras-chave: Enfermagem. Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Doença Renal. Conhecimento. Barreiras.

ABSTRACT

Diabetes mellitus brings relevant changes in people's lives, since it requires care actions, treatment and permanent modifications in lifestyle. Nonetheless, people with diabetes mellitus find difficulty to perform self-care when adhering to treatment. This situation favors the evolution of the disease and may lead to the development of serious acute and/or chronic complications, such as diabetic nephropathy. With the purpose of contributing to greater understanding of how people perceive their condition, we performed this study that aimed to examine the perception of people with type 2 diabetes mellitus, served in the primary care of health centers in Florianópolis/SC, about the disease and the chronic complications resulting from it. In order to elucidate the aim of this research, we performed a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach of data. Data collection took place from June to September 2014. To that end, interviews with semi-structured script were applied in households and in four health centers in Florianópolis/SC. The study had the participation of twenty people with type 2 diabetes mellitus monitored by local health centers. In order to organize and encode data, we used the software Ethnograph 6.0. Furthermore, in order to analyze the collected stuff, we made use of qualitative analysis of conventional content, which allowed us to identify three categories: knowledge of people with diabetes mellitus about the disease; knowledge of people with diabetes mellitus about the chronic complications; and barriers in the control of diabetes mellitus. The results of the study indicated that the knowledge that people have about diabetes mellitus and its complications is limited to their own experiences, or experiences of closer people. The main sources of information about the disease presented by the research participants were television, magazines and internet. On the other hand, healthcare professionals were rarely mentioned as a source of information. Furthermore, some barriers have been identified in the control of diabetes mellitus, such as: emotional barriers, economic barriers and barriers in accessing health services. Emotional barriers were related to situations of stress and feelings of sadness, helplessness, abandonment, anxiety and concern caused by the lack of family support, everyday situations and changes in lifestyle. In economic barriers, the main reports refer to budget limitations for the acquisition of some foods and/or medications that are not made available by health services. Lastly, regarding the access to health services, the participants reported

difficulty to schedule consultations for monitoring and specialized examinations. In light of the foregoing, in order to significantly improve the knowledge and attitudes of people with diabetes mellitus, this study emphasizes the importance of having a health education process convergent with the needs of each person, which is able to make use of more dialogic approaches and favor the access of people to health services. Furthermore, with a view to contributing for the reduction of barriers in controlling the disease, this study highlights the importance of actions such as the involvement of relatives in the treatment; coordinated actions among health professionals that enhance the specificities of each person; public policies that continually empower health professionals and improve access to medications and health services, as well as information campaigns that encompass the highest possible number of people. Finally, we highlight the need for further studies of educational intervention focused on the DM complications, mainly chronic kidney disease.

Keywords: Nursing. Chronic Disease. Diabetes Mellitus. Kidney Disease. Knowledge. Barriers.

RESUMEN

La diabetes mellitus trae cambios importantes en la vida de las personas, pues requiere cuidados, tratamientos y cambios permanentes en el estilo de vida. Sin embargo, las personas con diabetes mellitus tienen dificultades para realizar el auto cuidado adhiriéndose al tratamiento. Esa situación favorece la evolución de la enfermedad desarrollando otras complicaciones agudas y/o crónicas, como la nefropatía diabética. Con la intención de contribuir para la mayor comprensión sobre como las personas perciben su condición, fue realizado el estudio que objetivó conocer la percepción de personas con diabetes mellitus tipo 2, atendidas en la atención básica en unidades de salud de Florianópolis/SC, sobre la enfermedad y de sus complicaciones crónicas decurrentes de la misma. Para elucidar el objetivo de esta investigación, se realizó un estudio descriptivo, exploratorio, con abordaje cualitativo de los datos. La colecta de datos fue realizada en los meses de junio a septiembre de 2014. Por lo tanto, entrevistas con guión semiestructurado fueron aplicadas en los domicilios y en cuatro unidades de salud de Florianópolis/SC. Participaron del estudio veinte personas con diabetes mellitus tipo 2 acompañadas en unidades de salud del municipio. Para la organización y codificación de los datos se utilizó el *software Ethnograph 6.0*. Además, para análisis del material colectado, fue utilizada el análisis cualitativo de contenido convencional, lo que permitió identificar tres categorías: conocimiento de las personas con diabetes mellitus sobre la enfermedad; conocimiento de las personas con diabetes mellitus sobre las complicaciones crónicas; y barreras en el control de diabetes mellitus. Los resultados del estudio apuntaron que el conocimiento que las personas poseen sobre la diabetes mellitus y sus complicaciones es limitado a sus propias experiencias o de personas próximas. Las principales fuentes de informaciones sobre la enfermedad presentadas por los participantes de la investigación fueron la televisión, las revistas e internet. Por otro lado, los profesionales de salud fueron raramente apuntados como fuente de información. Además, fueron identificadas algunas barreras en el control de diabetes mellitus, como: barreras emocionales, barreras económicas y barreras en el acceso a los servicios de salud. Las barreras emocionales fueron relacionadas a situaciones de estrese y sentimientos de tristeza, desamparo, abandono, ansiedad y preocupación causados por la falta de apoyo familiar, por situaciones cotidianas y cambios en el estilo de vida. En las barreras económicas, los principales relatos se refieren a

limitación presupuestaria para adquisición de algunos alimentos y/o medicamentos que no son disponibles por los servicios de salud. Por fin, en relación al acceso a los servicios de salud, los participantes relataran dificultad de marcación de consultas para acompañamiento y consultas especializadas. Teniendo en cuenta lo anterior, para mejorar el conocimiento y las actitudes de las personas con diabetes mellitus, este estudio evidencia la importancia de tener un proceso de educación en salud convergente a las necesidades de cada persona, que utilice abordajes más dialógicas y que favorezca el acceso de las personas a los servicios de salud. Además, para contribuir con la disminución de las barreras en el control de las enfermedades, este estudio resalta la importancia de acciones como el involucramiento de los familiares en el tratamiento; acciones coordinadas entre profesionales de salud que valoran las especificidades de cada persona; políticas públicas que capaciten continuamente los profesionales de salud y mejoren el acceso a los medicamentos y a los servicios de salud, así como, campañas informativas que incluyen el mayor número de personas posible. Por fin, resaltamos la necesidad de estudios futuros de intervención educativa centradas en las complicaciones del DM, principalmente, la enfermedad renal crónica.

Palabras-clave: Enfermería. Enfermedad Crónica. Diabetes Mellitus. Enfermedad Renal. Conocimiento. Barreras.

LISTA DE QUADROS

| | | |
|--------------------|--|----|
| Quadro 01 - | Distritos Sanitários e Centros de Saúde do Município de Florianópolis..... | 54 |
| Quadro 02 - | Caracterização dos participantes do estudo..... | 64 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|--------------------|--|----|
| Figura 01 - | Categorias que emergiram dos dados do primeiro manuscrito..... | 62 |
| Figura 02 - | Categorias que emergiram dos dados do segundo manuscrito..... | 63 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| ADA | <i>American Diabetes Association</i> |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEPSH | Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CS | Centro de Saúde |
| DAC | Doença Arterial Coronariana |
| DAOP | Doença Arterial Obstrutiva Periférica |
| DCNT | Doença Crônica Não Transmissível |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DM1 | Diabetes Mellitus Tipo 1 |
| DM2 | Diabetes Mellitus Tipo 2 |
| DRC | Doença Renal Crônica |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HbA1c | Hemoglobina Glicada |
| HIPERDIA | Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos |
| IDF | <i>International Diabetes Federation</i> |
| IMC | Índice de Massa Corpórea |
| IRCT | Insuficiência Renal Crônica Terminal |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MEDLINE | <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> |
| MS | Ministério da Saúde |

| | |
|----------------|---|
| NUCRON | Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoa em Condição Crônica |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAMGC | Programa de Monitoramento de Glicemia Capilar |
| SBD | Sociedade Brasileira de Diabetes |
| SC | Santa Catarina |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 29 |
| 2 OBJETIVOS | 35 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 35 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 35 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 37 |
| 3.1 CONHECIMENTO E ATITUDES DAS PESSOAS SOBRE O DIABETES MELLITUS | 38 |
| <i>3.1.1 Fontes de acesso da informação</i> | <i>40</i> |
| 3.2 CONHECIMENTO DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS ACERCA DAS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA | 42 |
| <i>3.2.1 Conhecimento das pessoas com diabetes mellitus acerca da doença renal crônica</i> | <i>45</i> |
| 3.3 BARREIRAS PARA O CONTROLE DO DIABETES MELLITUS..... | 46 |
| <i>3.3.1 Barreiras emocionais</i> | <i>47</i> |
| <i>3.3.2 Barreiras econômicas</i> | <i>49</i> |
| <i>3.3.3 Barreiras de acesso aos serviços de saúde</i> | <i>50</i> |
| 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA | 53 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 53 |
| 4.2 LOCAL DO ESTUDO..... | 53 |
| 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 56 |
| 4.4 COLETA DOS DADOS | 57 |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS..... | 58 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS | 59 |
| 5 RESULTADOS | 61 |
| 5.1 MANUSCRITO 1 – PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: CONHECIMENTOS SOBRE A DOENÇA E AS COMPLICAÇÕES . | 66 |
| 5.2 MANUSCRITO 2 – PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: BARREIRAS QUE DIFICULTAM O CONTROLE DA DOENÇA | 95 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 119 |
| REFERÊNCIAS | 123 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO | 133 |
| APÊNDICE B – TELAS CAPTURADAS DO SOFTWARE ETHNOGRAPH 6.0 | 136 |
| APÊNDICE C – CÓDIGOS ORIGINADOS DO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO | 137 |

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 139 |
| ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA..... | 142 |

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tornaram-se um problema de saúde global e tem direcionado ações da Organização Mundial de Saúde (OMS) no controle e na prevenção dessas doenças (WHO, 2013). Segundo Lozano et al. (2013) o número de mortes causadas pelas DCNT aumentou em aproximadamente oito milhões entre 1990 e 2010, sendo responsáveis nesse período, por duas em cada três mortes em todo o mundo.

O crescente número de mortes decorrentes das DCNT deve-se, sobretudo, pela modificação no estilo de vida como pouca atividade física; uso nocivo do álcool; uso do tabaco; exposições ambientais; dieta insalubre; hábitos alimentares – deficiência ou excessos; nível socioeconômico; e as condições sociais que afetam os aspectos de comportamento de muitas doenças (SINGER, 2014).

Entre as DCNT de maior abrangência em todo o mundo está o diabetes mellitus (DM). Segundo a OMS, o DM juntamente com as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias crônicas, representam as principais causas de morte por DCNT (WHO, 2014). No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2014, mostraram que o diagnóstico de DM aumentou de 5,5% para 6,8% da população, entre 2006 e 2013. Dados desta pesquisa revelaram também, que entre os jovens (de 18 a 24 anos) menos de 1% convivem com o DM, já entre os idosos (com mais de 65 anos) 22% convivem com a doença (BRASIL, 2014).

Com relação aos dados regionais da mesma pesquisa, a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico prévio de diabetes na cidade de Florianópolis/SC alcançou 5,5% da população (VIGITEL, 2014). Esse levantamento colocou a capital catarinense ao lado da capital paulista na, incômoda, quinta posição do *ranking* entre as vinte e sete capitais estaduais do Brasil em número de casos. Foi observada também uma prevalência maior da doença entre as pessoas do sexo feminino (61%) em relação a pessoas do sexo masculino (49%) (BRASIL, 2014).

De acordo com a *American Diabetes Association* (ADA), o DM configura-se como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose sanguínea (hiperglicemia) resultante de defeitos na secreção e/ou ação da insulina (ADA, 2014). O DM está

classificado em: (i) diabetes mellitus tipo 1 (DM1), (ii) diabetes mellitus tipo 2 (DM2), (iii) diabetes gestacional e (iv) outros tipos específicos como: defeitos genéticos das células beta, defeito genético da ação da insulina, endocrinopatias, infecções, dentre outros. A forma mais comum é o DM2, representando cerca de 90% a 95% do total de pessoas com DM e ocorre frequentemente em adultos e idosos, no qual acontecem defeitos na ação e secreção na insulina (SBD, 2014).

Independentemente do tipo da doença, pessoas com DM necessitam realizar algumas modificações permanente no estilo de vida, incluindo práticas regulares de exercícios físicos, hábitos alimentares saudáveis, medição periódica da glicemia e uso contínuo de medicações. No entanto, vários estudos têm mostrado as inúmeras dificuldades que as pessoas nessa condição enfrentam para realizar essas modificações (ADA, 2014; SBD, 2014; TORRES; SANTOS; CORDEIRO, 2014; LESSMANN, 2011).

Dessa forma, se o tratamento do DM não for realizado de forma adequada, as pessoas podem desenvolver complicações agudas, como por exemplo, a hipoglicemia ou a cetoacidose diabética e complicações crônicas (microvasculares e macrovasculares). As complicações macrovasculares mais prevalentes são a Doença Arterial Coronariana (DAC), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP).

Dentre as complicações microvasculares destacam-se a retinopatia, a neuropatia e a nefropatia (SBD, 2014). A nefropatia é definida como uma taxa de excreção de albumina elevada em uma pessoa com DM. Esta complicação tem sido motivo especial de nosso interesse pelas inúmeras repercussões na vida das pessoas. Ela ocorre em 20-40% das pessoas com DM e é umas das principais causas de Doença Renal Crônica (DRC) e Insuficiência Renal Crônica terminal (IRCT) (REDON, 2010; USRDS, 2010).

Em todo mundo, um número crescente de pessoas com DM são afetadas pela DRC (LYSAGHT, 2002; MAHBUB et al., 2013). A DRC é definida como resultado das lesões renais irreversíveis e progressivas provocadas por problemas que tornam os rins incapazes de realizarem suas funções glomerular, tubular e endócrina (ROCCO; BERNS, 2012). O aumento da prevalência da DRC é explicado, na maioria dos casos, pelo aumento da prevalência de DM e de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (SESSO et al., 2012; LUGON, 2009; COUTINHO; TAVARES, 2011).

Além do crescente número de casos, as complicações do DM têm contribuído para ampliar expressivamente o ônus do DM nos gastos com saúde em todo o mundo. Estimativas mostram que em 2013, 11% do gasto mundial com saúde foi provocado pelo DM, o que representou 548 milhões de dólares (IDF, 2013). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2002, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao DM. O principal objetivo deste sistema é cadastrar e acompanhar as pessoas com DM e HAS, por meio da atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Entretanto, o DM e a HAS ainda são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS, de amputações de membros inferiores e representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013a). Essa evolução do DM com complicações vem sendo questionada, no sentido de saber o porquê, mesmo tendo um programa amplo de acompanhamento dessas doenças no Brasil, elas progredem para complicações graves da doença, como a DRC.

Nesse aspecto, vários autores afirmam que a redução na instalação de complicações crônicas decorrentes do DM está associada ao conhecimento das pessoas sobre as características da doença e a detecção precoce de suas complicações (POLICARPO et al., 2014; BRASIL, 2013; CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013). Por outro lado, estudos atestam um baixo conhecimento das pessoas com DM acerca da sua condição e das complicações da doença. (ZUHAID; ZAHIR; DIJU, 2012; GUL, 2010; AL SHAFEE et al., 2008). Este evento está associado principalmente com o tempo de diagnóstico do DM, histórico familiar de diabetes, idade, orientações dos profissionais de saúde, bem como a fragilidade dos programas de atenção às pessoas com diabetes que promovam a prevenção da doença (HU et al., 2013b).

Dessa forma, estudos realizados com abordagem quantitativa, sugerem explorar os aspectos subjetivos de viver com o DM, a fim de compreender as barreiras e elementos comportamentais, psicológicos, estruturais e de gestão que contribuem para a pequena adesão ao tratamento (CALVIN et al., 2011; HU et al., 2013b; ZUHAID; ZAHIR; DIJU, 2012; GUL, 2010; AL SHAFEE et al., 2008).

Nesse contexto, o presente estudo se propôs conhecer a percepção de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, acerca da doença,

das complicações crônicas e as barreiras no controle da doença. Portanto, destacamos os dois conceitos que orientaram a realização do estudo: percepção e conhecimento. Compreendemos que Percepção é a representação sobre a realidade, elaborada por cada ser humano. Influencia seus comportamentos, pois representa a consciência que se tem dos ambientes ou do mundo ao seu redor (KING, 1981). A percepção relaciona-se com experiências passadas, com o conceito de si mesmo, com a herança biológica, com os antecedentes educacionais e com os grupos socioeconômicos. É o processo de organização, interpretação e transformação dos dados sensitivos e da memória (KING, 1981).

A percepção é universal, porque todas as pessoas percebem a outros indivíduos e objetos no meio ambiente e essas experiências proporcionam informações a respeito do mundo. É subjetiva, pessoal e seletiva, porque se baseia em experiências passadas que as fazem excepcionalmente pessoais até que se comunique com outros. As percepções são interações, porque todos os indivíduos entram em uma situação como participantes ativos. É um processo de interação humana com o meio ambiente (KING, 1981).

Para Stork e Echevarría (2005), as sensações não ocorrem isoladas, mas sim, relacionadas umas com outras, integradas na percepção. A percepção é, portanto, uma atividade cognitiva que realiza a unificação das sensações mediante uma síntese sensorial.

O conceito de conhecimento é bastante complexo e difícil de definir. Tomamos Morin (2001, p. 20) como referência em sua compreensão do conhecimento como fruto de uma tradução/reconstrução por meio da linguagem e do pensamento e, por conseguinte, está sujeito ao erro. Esse conhecimento, ao mesmo tempo tradução e reconstrução, comporta a interpretação, o que introduz o risco do erro na subjetividade do conhecedor, de sua visão do mundo e de seus princípios de conhecimento.

Porém, inegavelmente, o senso comum produz o conhecimento popular, também denominado conhecimento vulgar, ou ainda empírico. Este provém do dia a dia, obtido por meio de, segundo Cervo e Bervian (2007) interações, de experiências vivenciadas pela pessoa em seu cotidiano e de investigações pessoais feitas ao sabor das circunstâncias da vida; é sorvido do saber dos outros e das tradições da coletividade ou, ainda, tirado da doutrina de uma religião positiva. Dessa forma, a tradição é também uma forma de conhecimento empírico, transmitido de

geração a geração pela família e comunidade, representada por autoridades (religiosos, professores, médicos, em instituições como igrejas, escolas e hospitais). Quem recebe o conhecimento, no entanto, deve crer naquele que o transmite, para assimilar e dar continuidade a esse saber.

A intenção desse estudo foi de apreender as diferentes maneiras como as pessoas constroem seu conhecimento sobre a doença que vem de suas próprias experiências; da observação/aproximação com outras pessoas com DM; do conhecimento popular acerca da doença, compartilhado culturalmente; do conhecimento construído a partir do que foi dito/orientado pelos profissionais da saúde; do conhecimento divulgado ou disponível na mídia ou em meios eletrônicos, em livros, folhetos. A proposta foi, portanto, reunir diferentes fontes de informações e de vivências, de como as pessoas constroem seu próprio conhecimento orientando-as na interpretação que fazem da realidade e nas decisões que tomam frente sua condição de saúde.

Desta forma, conhecer a percepção de pessoas com diabetes mellitus sobre a doença e as complicações permitiu avanço na produção do conhecimento e poderá contribuir para o fortalecimento do cuidado em diabetes, com práticas de saúde e de enfermagem mais sensíveis e condizentes com as necessidades de cada indivíduo.

Além disso, contribuirá para que os profissionais da enfermagem repensem e reforcem as ações de educação em diabetes, especialmente, com relação às complicações que as pessoas podem desenvolver, caso não seja realizado o tratamento de maneira correta.

Os resultados deste estudo poderão, ainda, constituir novos pontos para discussão e contribuir com reflexões e discussões sobre políticas públicas no âmbito da atenção em diabetes.

Destacamos que a presente pesquisa integra o macroprojeto intitulado “Diabetes Mellitus e a sua inserção com a Doença Renal Crônica”, que vem sendo desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônicas – NUCRON¹. Este macro projeto visa melhorar o controle da progressão

¹ Grupo de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) integra a linha de pesquisa “Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas

do DM a fim de evitar a falência renal e promover a qualidade de vida de pessoas que já desenvolveram a DRC. Um dos elementos motivadores para sua proposição foi um estudo anterior realizado pelo NUCRON com pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico onde foi constatado que 30% das pessoas entrevistadas tinham o DM como causa para o desenvolvimento da IRCT (LOPES et al., 2013).

O NUCRON, há tempos vem contribuindo com a produção de conhecimento sobre DM e DRC. Estudos envolvendo a qualidade de vida, o autocuidado, a adesão ao tratamento, o processo de aceitação do viver com DM, o itinerário terapêutico, a avaliação da atenção em saúde, o estresse e a resiliência apontam a dimensão do problema e reafirmam a complexidade desses agravos no que se refere à progressão da doença, elucidando as complicações graves envolvendo a pessoa, a família, os profissionais e o sistema de saúde, no qual estão inseridos (BOELL, 2013; LESSMANN, 2011; MATTOSINHO; SILVA, 2007; MELLO, 2006; FRANCONI, 2002; SANDOVAL, 2003).

Além disso, ao longo da minha formação acadêmica, principalmente durante estágios da graduação em Unidades Básicas de Saúde (UBS), tive a oportunidade de vivenciar experiências valiosas em projetos de extensão com pessoas em condições crônicas de saúde e em grupos de HIPERDIA. Isto possibilitou o desenvolvimento de práticas educativas juntamente a essas pessoas e seus familiares. Desta forma, surgiu o interesse de compreender um pouco mais as pessoas que vivenciam esta condição, sobretudo o DM. Portanto, ao me inserir no NUCRON tive a oportunidade de aprofundar sobre o processo de viver das pessoas com diabetes.

Diante do exposto, justifica-se a realização deste estudo para conhecer o que pessoas com DM sabem sobre sua a doença e as complicações, focando a doença renal crônica e as barreiras no controle da mesma. Para isso, este estudo foi orientado pela questão de pesquisa: Qual a percepção das pessoas com diabetes mellitus tipo 2, acerca da doença, das complicações crônicas e das barreiras no controle da doença?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer a percepção de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, atendidas na atenção básica em centros de saúde de Florianópolis/SC, acerca da doença e das complicações crônicas decorrentes da mesma.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os conhecimentos das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca da doença e suas complicações, focando a doença renal crônica.
- Identificar as barreiras que as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 enfrentam para controlar sua doença.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O diabetes mellitus é uma das doenças crônicas não transmissíveis mais comuns em todo o mundo. Segundo dados divulgados pela Federação Internacional de Diabetes (*International Diabetes Federation – IDF*), estima-se que, em 2013, existiam 382 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos de idade com diabetes em todo o mundo (IDF, 2013). Para Guariguata et al. (2014), a prevalência mundial de pessoas com diabetes aumentará, passando de 8,3% em 2013 para 8,8% até o ano de 2035, um acréscimo de aproximadamente duzentos milhões de pessoas.

No Brasil, quarto país com maior número de casos de diabetes no mundo, a prevalência tem aumentado exponencialmente em grupos de pessoas na faixa etária de 65 anos de idade ou mais (ISER et al., 2014). Além disso, o número de casos diminui significativamente a medida que cresce o número de anos de escolaridade. Para Monteiro e Cannon (2012), a crescente prevalência do diabetes em países de baixa ou média renda como o Brasil deve-se a globalização de hábitos não saudáveis, sobretudo os padrões alimentares baseados no consumo de produtos processados.

No contexto de enfrentamento permanente ao avanço das DCNT, torna-se importante identificar quais são as barreiras encontradas pelas pessoas com diabetes para que o controle e adesão ao tratamento sejam mais eficientes. Com essa motivação, foi realizada a revisão da literatura com o objetivo de identificar estudos que mostram o conhecimento das pessoas com diabetes acerca das causas, controle e complicações da doença, bem como, as barreiras para o controle da mesma.

Os estudos foram selecionados de acordo com a relevância, o número de citações e anos mais recentes de publicação, nas seguintes bases de dados: LILACS², MEDLINE/PUBMED³, CINAHL⁴ e WEB

² Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde – índice bibliográfico da produção científica e técnica em ciências da saúde publicada na América Latina e Caribe.

³ Versão gratuita do banco de dados Medline.

OF SCIENCE⁵. Foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chave: diabetes mellitus, doença renal (*kidney disease*), complicações (*complications*), conhecimento (*knowledge*) e barreiras (*barriers*). Por fim, os estudos foram categorizados em três subseções descritas a seguir, são elas: (i) Conhecimentos e atitudes das pessoas sobre o diabetes mellitus: estudos que abordam o conhecimento, as percepções e as atitudes das pessoas com DM acerca dos fatores de riscos, prevenção e controle desta doença; (ii) Conhecimento das pessoas com diabetes mellitus acerca das complicações da doença: estudos que relatam o conhecimento das pessoas com DM em relação a suas complicações, entre elas, a doença renal crônica; e (iii) Barreiras para o controle do diabetes mellitus: estudos que mencionam possíveis barreiras de pessoas com DM que possam impedir o autocuidado e a conhecerem as prevenções e complicações do DM.

3.1 CONHECIMENTO E ATITUDES DAS PESSOAS SOBRE O DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus é uma doença crônica cujo controle está diretamente relacionado ao conhecimento das suas causas, do tratamento, das suas complicações, atitudes de modificação do estilo de vida como dieta equilibrada, exercícios físicos regulares, abandono ao tabagismo e diminuição na ingestão de álcool, entre outras (JARVIS et al., 2010). Porém, estudos ao redor do mundo apresentam dados preocupantes sobre o conhecimento e as atitudes das pessoas com DM que contribuam para impedir seu crescimento e desenvolvimento de complicações (AL SHAFEE et al., 2008; GUL, 2010; GULABANI; JONH; ISAAC, 2008; HOQUE et al., 2009).

Recentemente, em 2012, uma pesquisa realizada no Paquistão com caráter transversal descritivo, buscou avaliar o conhecimento e as percepções acerca do DM em uma população da cidade de Peshawar (ZUHAID; ZAHIR; DIJU, 2012). Foram entrevistadas 305 pessoas com DM. Ao analisar os dados obtidos, os pesquisadores verificaram que o conhecimento e as percepções sobre as complicações da doença eram baixos, sendo o nível de escolaridade um fator significativo na relação

⁴ *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* – indexador de artigos de periódicos de língua inglesa sobre a enfermagem, saúde e biomedicina.

⁵ Plataforma que permite o acesso integrado a bases de dados referenciais.

entre conhecimento e prevenção do DM. A ingestão excessiva de açúcar foi identificada como o principal fator de risco para 46,2% pessoas. Por outro lado, obesidade (42,3%), falta de atividades físicas (33,4%) e estresse (31,8%) foram fatores de risco pouco citados entre os entrevistados. Os autores enfatizam que há necessidade de sensibilizar as massas através da educação em saúde, ajudando no controle, promovendo o rastreamento, diagnóstico precoce e início efetivo do tratamento resultando na prevenção das complicações e incapacidades associadas ao diabetes.

Com objetivo semelhante, Al Shafae et al. (2008) realizaram estudo em Omã envolvendo 563 pessoas adultas em duas aldeias semiurbanas com a finalidade de avaliar as associações entre os elementos de conhecimento, percepção e fatores sociodemográficos. Os resultados também mostraram déficit no conhecimento sobre DM. Os percentuais de respostas corretas para as perguntas sobre definições, sinais e sintomas clássicos foram baixos. Somente 55,1% das pessoas entrevistadas souberam responder sobre as complicações do DM, por exemplo. Observou-se que um maior nível de educacional e renda familiar, bem como, a presença de um familiar com história de DM foram características associadas positivamente ao maior conhecimento da doença.

Em achados publicados por Gul (2010), a falta de informação também está relacionada como um fator preponderante para o desconhecimento do DM e suas complicações. O estudo descritivo realizado no Paquistão objetivou determinar conhecimento, atitudes e práticas entre as pessoas com DM2. Foram entrevistadas 100 pessoas com DM2 e diagnóstico superior a um ano, por meio de questionário estruturado. A pesquisa mostrou que a média de respostas corretas para as complicações do DM foi de apenas trinta e nove por cento. Além disso, metade das pessoas entrevistadas não tinha recebido qualquer orientação educacional sobre DM. Dessa forma, os autores concluíram que o conhecimento, as atitudes e a prática obtiveram pontuações baixas na maioria das questões relacionadas ao cuidado com o DM, enfatizando a necessidade de esforços educacionais adicionais à população com esta patologia.

Tão importante quanto identificar as diferentes fontes de informações sobre o diabetes é compreender como o conhecimento do DM pode interferir no controle e percepção da mesma. No Kuwait, Al-Adsani et al. (2009), realizaram uma pesquisa de abordagem transversal

com o objetivo de investigar o nível de conhecimento do DM em uma população com DM2 e identificar lacunas deste conhecimento. O estudo foi realizado em 24 clínicas de DM e contou com uma amostra de 5.114 adultos com DM2. Os autores apontam que o *deficit* de conhecimento era evidente nas questões relacionadas à dieta e ao autocuidado, podendo contribuir para o aparecimento de complicações da doença. Dessa forma, os autores enfatizaram a necessidade de um olhar focado em programas educativos como estratégias para ajudar as pessoas com DM2 a gerir sua doença de forma mais eficaz, prevenindo o aparecimento de complicações e o aparecimento de outras doenças.

Outro estudo quantitativo foi realizado em 2013 nas Filipinas, contou com 203 pessoas com DM2, mostrou um aumento significativo dos conhecimentos e atitudes das pessoas com diabetes, na capacidade para controlar a glicemia, aderência à medicação e aos exercícios físicos após participarem de um projeto de educação em diabetes. Dessa forma, os autores evidenciaram que o aumento do conhecimento leva ao aumento da capacidade percebida para controlar a glicose no sangue e para aderir à dieta e exercícios, levando a um aumento na adesão a medicamentos e na prática de exercícios físicos. Neste sentido, ressaltaram a importância de execução de projetos de educação em saúde para melhorar o conhecimento, atitudes e adesão de pessoas com DM (KU; KEGELS, 2014).

3.1.1 Fontes de acesso da informação

Tornar as pessoas com DM mais conscientes da sua patologia, complicações e mudanças de hábitos que favoreçam o tratamento é um objetivo amplo e que envolve desde a família, passando pelos profissionais de saúde até alcançar as políticas públicas. Um estudo realizado por Rhee et al. (2005) envolvendo 605 pessoas com DM nos Estados Unidos mostrou a importância de informar as pessoas com diabetes sobre os cuidados e complicações da doença. Além disso, os autores enfatizaram a necessidade de observar as múltiplas características dos indivíduos receptores das informações, pois, deve ser considerado o conhecimento prévio adquirido por cada pessoa.

Porém, é importante identificar e avaliar a reputação das fontes de informações, tais como, profissionais da área de saúde, televisão, internet, redes sociais, outras pessoas com DM, etc. Nesse sentido, um estudo qualitativo realizado no Brasil buscou conhecer as fontes de

informação sobre DM e a influência dessas fontes nas atitudes de autocuidado das pessoas com diabetes (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009). O estudo apontou que os meios de comunicação, principalmente a televisão, foram considerados pelos participantes como forte incentivadores para prática de autocuidado do diabetes. Para os autores do estudo, a televisão apresenta forte influência cultural para o conhecimento e cuidado com o diabetes. No entanto, ressaltaram que as campanhas da televisão ainda são insuficientes para que as pessoas com diabetes incorporem hábitos saudáveis. Destacaram também a importância do profissional de saúde na orientação para práticas de autocuidado do DM.

Outro estudo realizado no Brasil, dessa vez na cidade de Pelotas/RS, avaliou a percepção populacional referente à influência da mídia sobre o estilo de vida. O estudo qualitativo analisou quatro fatores comportamentais: atividade física, tabagismo, consumos de álcool e alimentação. Os resultados mostraram que 80% das pessoas entrevistadas referiam acreditar que a mídia influenciava no estilo de vida individual. Contudo, a minoria dos participantes relatou ter modificado seu comportamento em consequência de alguma abordagem midiática. Dessa forma, os autores deste estudo destacam a importância de que as informações vinculadas na mídia sejam planejadas com múltiplas ações para que todos os grupos populacionais sejam atendidos, permitindo uma relação mais direta entre a forma de intervenção e a mudança do comportamento (COLL; AMORIM; HALLAL, 2012).

Em relação à busca de informações das pessoas com DM com os profissionais de saúde, o trabalho de Chaves, Teixeira e Silva (2013) mostrou que os ensinamentos e orientações realizados por enfermeiros foram fundamentais para o aprendizado na realização do autocuidado. O trabalho ressalta a importância de ações educativas em grupo e conclui que os participantes do estudo elevaram sua qualidade de vida e a percepção do autocuidado após assimilarem as informações sobre os cuidados com o DM repassados por uma equipe de enfermagem.

Em estudo realizado no Paraná por Gil, Haddad e Guarientes (2008) os autores reforçam a importância e a necessidade da atividade educativa em saúde com a finalidade de ampliar o conhecimento e controle do DM. O trabalho objetivou avaliar os conhecimentos adquiridos por pessoas com diabetes atendidas em ambulatório interdisciplinar, acerca de temas relativos ao DM. Os resultados foram comparados com aqueles obtidos num estudo com o mesmo objetivo

realizado em 1995. Dessa forma, os autores concluíram que após a reformulação da atividade educativa, os pacientes passaram a conhecer mais sobre a sua doença.

Porém, convém destacar que na última década, as fontes de informações sobre o DM sofreram o incremento da Internet. A Internet é um ambiente inerentemente interativo que transcende fronteiras, regulamentos e distinções entre profissões e competências. Nesse contexto, onde as pessoas possuem autonomia para decidir o quê e como o conteúdo disponível na Internet será acessado e usado, o estudo qualitativo de Greene et al. (2011) buscou avaliar o conteúdo das comunicações em comunidades do *Facebook* dedicadas ao diabetes. Quatro temas importantes emergiram dos dados codificados, foram eles: compartilhamento de informações; gestão centrada na pessoa com diabetes; comunidade-construção; e as funções de coleta de marketing e dados de grupos de diabetes do *Facebook*. Em um dos tópicos, os participantes alegaram que a busca de uma “cura para o diabetes” tem mais avanço por meio de vias de comunicação da Internet do que por meio dos conteúdos e orientações de profissionais. Os resultados mostraram que as pessoas com diabetes, seus familiares e amigos usam o *Facebook* para compartilhar informações clínicas pessoais, solicitar orientações específicas para a doença e receber apoio emocional. Dessa forma, os autores concluíram que os médicos e os gestores devem estar cientes dessas novas fontes de informações. Além disso, orientam que as políticas públicas considerem utilizar as redes sociais para aumentar a transparência das atividades promocionais e que existam informações disponíveis em *websites* e redes sociais coordenadas por profissionais de saúde para promover a troca de informações precisas e imparciais.

3.2 CONHECIMENTO DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS ACERCA DAS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA

Para prevenir as complicações causadas pelo diabetes é essencial que as pessoas com esta doença mudem permanentemente seus hábitos comportamentais. Porém, a maioria dos estudos encontrados na literatura mostra justamente o oposto, ou seja, o baixo conhecimento das complicações do DM implica na manutenção de uma rotina pouco saudável e que não contribui para o controle glicêmico e metabólico da pessoa com a doença. Em um recente estudo realizado na Índia, por exemplo, somente metade dos quinhentos participantes de uma pesquisa

quantitativa respondeu que o diabetes, se não controlada, afeta os pés e os olhos. De maneira geral, o melhor conhecimento sobre as complicações do diabetes estava entre aqueles que tinham uma educação universitária ou superior, aqueles com histórico familiar de diabetes e idade abaixo de 50 anos (MATHEW et al., 2014).

Nesse mesmo sentido, Calvin et al. (2011) desenvolveram estudo em Chicago com 143 pessoas afro-americanas com DM2, na faixa etária de 18 a 75 anos e que tinham menos de cinco anos com o diagnóstico da doença. O estudo descreveu a percepção dos riscos para as complicações do DM e explorou a percepção dos riscos relacionados com medidas fisiológicas. Foram selecionadas as seguintes variáveis para abordar o risco: DM, hemoglobina glicosada (HbA1c), pressão arterial e microalbuminúria. Foram realizadas medidas fisiológicas incluindo pressão arterial, urina para microalbuminúria e sangue capilar para HbA1c. Os resultados mostraram que um terço dos participantes acreditava ser de alto risco para o desenvolvimento de todas as complicações do DM, com exceção de problemas de visão (39%). Os autores apontaram que a percepção do risco foi associada com o bem-estar, percepções de consequências negativas, sintomas e emoções negativas relacionadas com o DM. Ainda abordaram que a percepção de risco não estava em conformidade com o risco indicado por medidas fisiológicas e enfatizaram a necessidade de aumentar a percepção dessa população acerca do risco de desenvolver complicações do DM (CALVIN et al., 2011).

Os mesmos autores mostraram a importância de uma discussão continuada sobre complicações do DM e a necessidade de um bom controle da pressão arterial. Ressaltaram que através da compreensão de uma teoria ou da percepção da doença integrado com o conhecimento sobre a ameaça para a saúde, as pessoas podem aumentar a percepção do risco. Ou seja, entender e aceitar o risco pessoal facilita à adoção de comportamentos de proteção à saúde. Ressaltaram ainda a necessidade de explorar o papel da educação dos profissionais de saúde em relação às informações prestadas sobre o risco de complicações do DM. Por fim, o estudo sugeriu que pesquisas futuras com abordagem qualitativa devem ser realizadas, com o objetivo de entender porque houve uma baixa percepção do risco para complicações do DM, facilitando o desenvolvimento de intervenções que ajudem a corrigir percepções incorretas (CALVIN et al., 2011).

Resultado semelhante foi encontrado em estudo descritivo realizado na China, com 108 idosos com diagnóstico de DM2. Para Hu et al. (2013a) é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam maneiras mais eficazes para educar e informar os idosos sobre a gestão do DM e seus riscos, bem como, certificar se as informações foram bem compreendidas. O estudo objetivou explorar as relações entre a participação de idosos conhecedores do DM em programas de educação em saúde para DM e as variáveis demográficas e clínicas. Os autores apontaram que fatores como: estar acima dos 65 anos de idade, ter ensino médio ou superior e uma história familiar de DM pode interferir no conhecimento do DM. Contudo, o conhecimento sobre o DM e suas complicações, incluindo suas causas e administração, foi limitado entre os participantes do estudo. Dessa forma, os autores ressaltaram a necessidade de pesquisas futuras que abordem a educação em saúde com pessoas com DM, incluindo membros da família para uma melhor compreensão do processo da doença e cuidado.

No Brasil, Ceolin e De Biasi (2011) realizaram estudo qualitativo com o objetivo de verificar o conhecimento das pessoas com diabetes a respeito da doença, das formas de tratamento e complicações, bem como, identificar o conhecimento dos mesmos em relação ao autocuidado, investigando suas ações para o controle glicêmico com relação à alimentação e à atividade física. Com relação aos conhecimentos das complicações do diabetes, a retinopatia diabética foi citada por dez dos doze participantes dos estudos. Somente 50% dos entrevistados lembraram a neuropatia diabética e a cardiopatia como complicações do diabetes. Somente uma pessoa citou o acidente vascular cerebral como possível complicação da doença. Em relação à nefropatia diabética somente cinco pessoas referiam conhecer como uma complicação do DM. Os autores do estudo concluíram que várias complicações foram citadas, porém não foram observados a existências dos cuidados por parte das pessoas entrevistadas a fim de evitá-las.

Na região do nordeste do Brasil, um estudo de natureza quantitativa realizado em 2012, com amostra de 101 pessoas com diabetes, obteve resultados mais satisfatórios sobre o conhecimento das pessoas em relação às complicações crônicas inerentes ao DM. A maioria dos entrevistados (99%) referiu como complicação do diabetes problemas nos olhos, 81% afirmaram saber que o diabetes pode causar problemas nos pés. Por outro lado, apenas 25% das pessoas afirmaram não saber que problemas nos nervos pode ser uma complicação da doença. Desta forma, os resultados do estudo apontaram que o

conhecimento das pessoas com DM em relação às complicações e os fatores de riscos para o surgimento dessas complicações foi satisfatório. Os autores do estudo salientam a necessidade de estudos que correlacionem o conhecimento dessas pessoas ao controle adequado da doença. Além disso, reforçam a importância dos profissionais de saúde atuarem por meio de intervenções em todos os níveis de atenção, principalmente em programas de educação em diabetes, através de grupos, visitas domiciliares e atividades educativas (ALMEIDA et al., 2014).

3.2.1 Conhecimento das pessoas com diabetes mellitus acerca da doença renal crônica

O aumento da prevalência do DM como causa da DRC tem ocorrido a nível mundial (MAHBUB et al., 2013). Em uma pesquisa recente realizada na cidade de Bangladesh, Mahbub et al. (2013) entrevistaram 118 pessoas com insuficiência renal que estavam em tratamento hemodialítico. Eles constataram que, assim como em outros países desenvolvidos, o DM foi a principal causa de insuficiência renal incidindo sobre 44% das pessoas pesquisadas, seguida pela glomerulonefrite com aproximadamente 30% dos casos. Dessa forma, os autores recomendaram rigor no controle do DM, a partir da sua fase inicial, a fim de prevenir a progressão para a IRCT.

Na Índia, um estudo de caráter transversal objetivou quantificar em uma população de pessoas com DM o nível de conhecimento em diferentes áreas relativas à prevenção, tratamento e complicações associadas à doença. Por meio de um questionário estruturado foram entrevistadas 101 pessoas com DM atendidas na Clínica de Diabetes Integrada Christian Medical Ludhiana. Os resultados evidenciaram que 50,5% desconheciam que os testes de função renal deveriam ser realizados em pessoas com DM e 93% desconheciam a existência da HbA1c. O estudo mostrou também que 26,7% das pessoas desconheciam a relação entre DM e doenças renais. O conhecimento com relação ao tratamento e complicações do DM mostrou sérias deficiências, embora a maioria tivesse o DM há anos (GULABANI; JONH; ISAAC, 2008).

O desconhecimento da DRC como uma complicação do DM também ficou evidenciado no trabalho realizado em Bangladesh por Hoque et al. (2009). O estudo transversal objetivou avaliar o

conhecimento individual das complicações das pessoas com DM e encontrar a associação de conhecimentos para o nível educacional e outros perfis sócios demográficos. Os resultados do estudo realizado com 184 pessoas com DM mostraram que 91 pessoas (48,9%) disseram ser a doença cardíaca a mais importante complicação diabética seguida de doença cerebrovascular, entretanto, somente 13% das pessoas disseram que a doença renal é uma complicação do DM. Os autores concluem de forma enfática mostrando a necessidade urgente de um programa em massa de educação sobre o DM.

No Brasil, estudo quantitativo realizado em 2011 na cidade maranhense de Imperatriz, teve como objetivo verificar o conhecimento que essas pessoas acompanhadas pelo programa HIPERDIA possuíam sobre a DRC. Das 110 pessoas com diabetes e hipertensão que participaram do estudo 63,6% afirmaram desconhecer a DRC e a eficácia do tratamento do DM na prevenção da DRC. Além disso, 58,2% não souberam que a realização do tratamento adequado é medida eficaz para prevenção da instalação/progressão da DRC. Desta forma, os autores ressaltam que a educação em saúde representa uma ferramenta importante para o conhecimento e prevenção da DRC entre a população de risco, contribuindo assim para o desenvolvimento de melhoria do autocuidado (DE FARIA; TEIXEIRA; NUNES, 2014).

3.3 BARREIRAS PARA O CONTROLE DO DIABETES MELLITUS

Além da importância de conhecer melhor o DM, as pessoas com esta doença devem aderir ao tratamento para conter o avanço da doença e evitar suas complicações. Porém existem muitas barreiras para o controle. Para Nam et al. (2011), vários são os fatores relacionados ao paciente que podem dificultar o controle do DM, entre eles: crenças, atitudes, conhecimentos, etnia/cultura, capacidade de linguagem, recursos financeiros, comorbidades, e apoio social. Portanto, a pessoa com DM está exposta a influências que operam não só dentro do indivíduo como também dentro da família, de outros grupos e em nível da comunidade, incluindo influências organizacionais, culturais, governamentais e políticas. (FISHER et al., 2002).

Desta forma, Pun, Coates e Benzie (2009) realizam uma revisão sistemática da literatura sobre as barreiras que as pessoas com DM e os cuidadores possuem para o controle do DM. Eles avaliaram um total de 16 trabalhos de pesquisa originais, usando vários métodos, incluindo

pesquisas de métodos misto e qualitativo exploratório. As principais barreiras identificadas nestes estudos foram relacionadas aos aspectos psicossociais, sócio econômico, físico, ambiental e cultural. O estudo ressalta a importância dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, melhorarem a capacitação para as pessoas com DM, a fim de explorar as barreiras para o controle da doença.

Neste sentido, além do conhecimento sobre o DM e suas complicações, alguns estudos têm se dedicado a acompanhar pessoas para mapear as barreiras que impedem as atitudes adequadas de pessoas com essa condição.

3.3.1 Barreiras emocionais

Entre as diversas barreiras existentes no enfrentamento do DM, muitas estão relacionadas a fatores emocionais impostas pelo estilo de vida moderno – desafios familiares, exigências do trabalho, problemas de saúde, conflitos de relacionamento, mudanças nos hábitos alimentares. Em estudo recente, Nash (2014) descreve o impacto do estresse sobre o diabetes e oferece algumas sugestões práticas e uma estratégia que os clínicos não psicólogos podem usar para apoiar as pessoas com diabetes que estão experimentando estresse relacionado ao diabetes. O trabalho destaca que as reações ao estresse dependem do indivíduo, por isso uma situação que se apresenta estressante para uma pessoa pode ser motivador e desafiador para outra pessoa.

Outro estudo, dessa vez realizado por Daly et al. (2009), teve como objetivo identificar quais as barreiras e os comportamentos das pessoas com DM para o controle da doença. Foram entrevistados 253 indivíduos que haviam medido a HbA1c no máximo há 3 meses da data da pesquisa. Os resultados mostraram que existiam barreiras significativas para os comportamentos de autocuidado do DM que estavam associados com os níveis de HbA1c mais elevados. Para os comportamentos de autocuidado, “a depressão interfere”, foi outra barreira associada com níveis de HbA1c mais elevados para três comportamentos de autocuidado. Portanto, os autores mostraram a importância dos profissionais de saúde tomarem medidas para tratar ou aliviar a depressão.

Em Ribeirão Preto–SP, Péres et al. (2007) realizaram estudo qualitativo com 24 pessoas com DM com objetivo de identificar as dificuldades das pessoas em relação ao tratamento para o controle da

doença. Os resultados do estudo apontaram que são inúmeras as dificuldades relacionadas ao seguimento do tratamento e controle do DM. Em relação aos aspectos emocionais, o estudo apontou dados relevantes, tais como o sofrimento e a revolta dos participantes devido às restrições impostas pela alimentação, atividade física e medicamento. Dessa forma, os autores ressaltam a importância de uma melhor compreensão dos sentimentos e comportamentos das pessoas com diabetes por parte dos profissionais da saúde. Evidenciam que esta compreensão poderá contribuir para redimensionar o modelo de atenção à saúde com essas pessoas, incorporando os pressupostos do cuidado integral que incluem as dimensões do bem-estar biológico, psicológico, social e espiritual entre outros, preconizadas no modelo de atenção primária à saúde.

Em estudo realizado na Índia por Balhara e Sagar (2011) cujo objetivo foi avaliar a prevalência de ansiedade/depressão entre indivíduos com DM em tratamento em ambulatórios indianos, percebeu-se a relação entre o Índice de Massa Corpórea (IMC) e a prevalência de depressão/ansiedade. Ou seja, encontraram uma taxa mais elevada de ansiedade e depressão entre os indivíduos com maior IMC. No trabalho de Krook et al. (2003) os participantes relataram um melhor estado psicológico após reduzir a ansiedade e reduzirem o peso. Assim, incentivando o exercício físico para pessoas com diabetes tipo 2, não só ajuda a controlar o peso corporal, os níveis de glicose no sangue e controle de diabetes, como também contribuir para o controle da ansiedade neste grupo populacional.

Além dos aspectos emocionais relacionados a ansiedade, depressão e estresse, estudo mostra a importância do apoio familiar na elevação da autoestima da pessoa com DM. O estudo realizado nos EUA por Hu et al. (2013b), objetivou explorar a percepção das barreiras entre os imigrantes latino-americanos com DM e seus familiares. Estudo de caráter qualitativo utilizou cinco grupos focais com 73 pessoas as quais tiveram que relatar suas percepções e barreiras ao autocuidado com DM. O estudo revelou que as barreiras identificadas pelos participantes do estudo emergiram em três grandes temas, categorizados como: sofrendo de DM, dificuldades em controlar a doença e falta de recursos/apoio. Dois temas principais emergiram pertencentes aos membros das famílias: nós podemos dar apoio, porém nos falta o conhecimento. Desta forma, os autores ressaltaram que as barreiras que foram percebidas pelos entrevistados indicavam falta de estratégias e intervenções para satisfazer as reais necessidades. Ressaltam ainda, que

as intervenções deveriam incluir recursos culturalmente relevantes, apoio familiar e educação em saúde, a fim de evitar complicações da doença.

3.3.2 Barreiras econômicas

Além dos aspectos emocionais, o custo de medicamentos não fornecidos gratuitamente pelos centros de saúde, o acesso à alimentação de melhor qualidade e consultas com especialistas, significam mais barreiras no tratamento do diabetes, particularmente em pessoas com baixo nível socioeconômico.

Em um estudo qualitativo realizado na região metropolitana de Sacramento, os pacientes relataram a necessidade de cortar comprimidos ao meio para reduzir os custos de medicamentos e que não podiam se dar ao luxo de tomar medicamentos prescritos (JERANT; FRIEDERICHS-FITZWATERB; MOOREC, 2005). Outros pacientes relataram faltar às consultas devido à falta de transporte e falta de recursos necessários para tomar o ônibus ou um táxi.

Rendle et al. (2013) realizaram estudo qualitativo com o objetivo de explorar barreiras do cotidiano para prática dos cuidados em pessoas com DM de baixa renda. Os participantes relataram que o cuidado com a doença era limitado, devido à indisponibilidade de recursos financeiros para o tratamento. Os participantes relataram a necessidade de priorizar certas despesas, como pagamento de contas ou aluguel, ao invés de comprar alimentos que eram prescritos pelos profissionais, e que geralmente eram mais caros.

Em estudo realizado na cidade norte-americana de West Virginia, os pesquisadores Tessaro, Smith e Rye (2005) objetivaram, entre outros, determinar as barreiras para o desenvolvimento de intervenções para a prevenção e detecção de complicações do DM. Foram realizados treze grupos focais em 16 municípios, sendo que sete dos grupos foram feitos com 61 pessoas com DM e seis grupos com 40 pessoas da comunidade sem DM. Os resultados do estudo mostraram que as principais barreiras encontradas foram as culturais e as econômicas para a detecção e tratamento do DM. Dessa forma, os autores enfatizaram a necessidade de educação em saúde pública e intervenções no âmbito da comunidade que possuía DM para a prevenção primária, além de mudança de comportamento para melhorar

a gestão do DM, sendo necessárias para reduzir as disparidades de saúde relacionadas ao DM.

3.3.3 Barreiras de acesso aos serviços de saúde

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde encontrada da literatura não é motivada apenas pelas barreiras econômicas, mas também a realização de exames e consultas. Em estudo realizado por Souza et al. (2008) em três capitais do nordeste brasileiro, as pessoas atendidas em unidades básicas e unidades de saúde da família referiram barreiras como: dificuldade de acesso a exames e as consultas com médicos especialistas, demora em ser atendido na unidade, falta de medicamento das farmácias, descontentamento com a forma de marcação das consultas, reclamações com a acolhida na recepção, reclamação do não atendimento médico imediato e formas de acolhimento por diferente profissionais. Dessa forma, os autores sugerem incluir análises qualitativas para avaliar melhor os aspectos subjetivos dos atores envolvidos.

Estudo realizado na Bahia por Cunha e Silva (2010) buscou avaliar a implantação de ações voltadas para a melhoria da acessibilidade à atenção básica. Em relação à análise da organização dos serviços, os resultados mostraram que persistiam problemas de acessibilidade tanto em relação às características do atendimento quanto pela existência de barreiras organizacionais e geográficas, nas quatro unidades de saúde investigadas. Os resultados mostraram que em todas as unidades de saúde investigadas havia dificuldades para a marcação de consultas e deficiências no sistema de referência e contra referência, além dos longos tempos de espera para o atendimento. Os autores do estudo destacaram a importância da elaboração de projetos de ações voltadas para as melhorias da acessibilidade, no qual, poderá reduzir a variabilidade na condução das ações.

Para Oliveira et al. (2012) o tempo de agendamento constituiu-se como uma das principais barreiras apresentada aos usuários que procuraram a unidade de saúde de referência. Eles realizaram estudo em 2010 com objetivo de caracterizar a acessibilidade e a utilização de serviços de saúde em duas Unidades de Saúde da Família em um município da Bahia, caracterizando o perfil de utilização e identificando fatores relacionados à acessibilidade, sócio organizacional e geográfica. Os resultados dos estudos mostraram que em relação à acessibilidade

organizacional encontraram-se problemas como longo tempo de espera pela consulta. Os autores chamam a atenção para a necessidade de se conhecer melhor os usuários e os fatores que interferem no uso dos serviços.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa.

Para Minayo (2010) o método qualitativo do tipo exploratório-descritivo contribui para responder questões particulares acerca do fenômeno de interesse (MINAYO, 2010). As pesquisas qualitativas podem contribuir na construção do conhecimento na área da saúde, uma vez que permitem ao pesquisador colocar os significados das suas experiências e como este compreende o mundo. Ou seja, pesquisas qualitativas trabalham com significados (POPE; MAYS, 2009).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade ao problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses (GIL, 2008). Gil (2008) ressalta que os estudos exploratórios têm a finalidade de contribuir para o desenvolvimento, o esclarecimento e a modificação de conceitos e ideias para formular problemas mais precisos ou hipóteses que possam ser elucidadas por meio de pesquisas posteriores. Para Polit, Hungler e Beck (2011), a pesquisa é descritiva enquanto investiga, observa e descreve os fatos que se pretendem compreender.

Portanto, a opção pela pesquisa do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa decorre do fato de entendermos que tal abordagem facilitaria uma aproximação com o fenômeno selecionado para o estudo, uma vez que há poucos estudos qualitativos que abordam o conhecimento das pessoas com DM acerca do DM e das complicações crônicas, focando a doença renal.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Florianópolis, junto à Rede de Atenção Básica à Saúde vinculada ao SUS. O município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, está localizado na região centro-leste do estado e é banhado pelo Oceano Atlântico. Possui população de 421.240 habitantes e área total de 675,409 km², com 97,23% do seu território situado na Ilha de Santa Catarina (IBGE, 2012).

No que se refere à estrutura organizacional dos serviços de saúde, o município de Florianópolis conta com Centros de Saúde (CSs) distribuídos em cinco distritos de saúde: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. Além dos CSs, o município dispõe de quatro policlínicas para atendimento médico e odontológico especializado; duas Unidades de Pronto-Atendimento que prestam atendimento 24h de urgência e emergência médica e odontológica; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento de adultos, dois CAPS Álcool e Drogas e um CAPS para atendimento de crianças e adolescentes (PMF, 2014).

A estruturação dos distritos sanitários tem a finalidade estabelecer um gerenciamento da rede de saúde em âmbito regional. Dessa forma, cada distrito sanitário conta com uma equipe com a seguinte configuração: um coordenador regional, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e um auxiliar administrativo. O quadro 01 apresenta os distritos sanitários e suas respectivas unidades.

Quadro 01 – Distritos Sanitários e Centros de Saúde do Município de Florianópolis

| Distrito de Saúde | Centros de Saúde |
|--------------------------|--|
| Centro | Agronômica, Centro, Monte Serrat, Prainha e Trindade. |
| Continente | Abraão, Balneário, Capoeiras, Coloninha, Continente, Coqueiros, Estreito, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Morro da Caixa, Sapé e Vila Aparecida. |
| Leste | Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Córrego Grande, Costa da Lagoa, Itacorubi, João Paulo, Lagoa da Conceição, Pantanal e Saco Grande. |
| Norte | Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Ratonas, Rio Vermelho, Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande e Vargem Pequena. |

| | |
|-----|---|
| Sul | Alto Ribeirão, Armação, Caeira da Barra do Sul, Campeche, Carianos, Costeira do Pirajubaé, Fazenda do Rio Tavares, Morro das Pedras, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Rio Tavares, Saco dos Limões e Tapera. |
|-----|---|

Fonte: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#> Acesso em: 06 de Outubro de 2014.

Os CSs escolhidos para a realização desta pesquisa foram os seguintes: Córrego Grande, Saco dos Limões, Trindade e Coloninha. Essa escolha foi efetuada, considerando diferentes realidades da atenção à saúde desenvolvida pelas equipes dos CSs e por contarem com um número expressivo de pessoas com DM.

O CS Trindade possui 107 pessoas cadastradas como insulino dependentes. De acordo com enfermeira do CS, as atividades realizadas com essas pessoas são voltadas ao Programa de Monitoramento de Glicemia Capilar (PAMGC) por conta do protocolo para dispensação do glicosímetro e das fitas de glicemia. Para que as pessoas façam parte do PAMGC é necessário que seja insulino dependente com a prescrição realizada pelo município, haver o acompanhamento semestral com médico da família ou endocrinologista da rede e participar em grupo ou consulta de enfermagem mensalmente para avaliação e entrega de fitas. As pessoas com DM2 que fazem uso de apenas hipoglicemiantes orais devem passar por consulta de acompanhamento semestral com o médico da família, onde a prescrição para dispensação da medicação é renovada. O CS possui o grupo de insulino dependentes, coordenado pela enfermeira e as reuniões são realizadas quinzenalmente. Nas reuniões do grupo, sempre que possível, são ofertadas atividades educativas por profissionais de saúde convidados e ao término ocorre o fornecimento das fitas de glicemia capilar.

Enquanto isso, de acordo com enfermeira, o CS Córrego Grande⁶ não possui grupo específico para realização de ações educativas para as pessoas com DM. Segundo a mesma, já houve tentativa de

⁶ O CS Córrego Grande não dispõe do quantitativo de pessoas com diabetes mellitus acompanhadas no CS.

compor um grupo, mas não houve participação das pessoas. As orientações sobre os cuidados com o DM são passadas no momento da consulta com o médico ou com a enfermeira.

O CS Saco dos Limões possui um quantitativo de 558 pessoas com DM cadastradas e acompanhadas neste centro. O CS possui grupo para pessoas com DM onde com práticas de atividades educativas são realizados três vezes por mês. Os temas discutidos pelos profissionais nos grupos são escolhidos pelos participantes, prevalecendo o tema com mais dúvida entre eles. As pessoas com DM também fazem consultas periódicas com os profissionais de saúde onde recebem orientações, realização de exames e renovação da receita para entrega da medicação utilizada.

O CS Coloninha possui um quantitativo de aproximadamente 377 pessoas com diabetes, sendo 80 insulino dependentes. O acompanhamento destas pessoas no CS é realizado por meio de consultas médicas e de enfermagem, e em casos mais críticos, por meio de acompanhamento domiciliar. O CS possui grupos de educação em saúde destinados somente para os insulino dependentes.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo constou com uma população de 20 indivíduos, respeitando os critérios de saturação de dados pelos estudos qualitativos (MINAYO, 2010). Esse número de participantes foi definido a partir do momento que os relatos não trouxeram novas informações relevantes para a pesquisa. Os participantes da pesquisa foram selecionados a partir de uma amostragem por conveniência.

O acesso aos participantes se deu por realização de convites em sala de espera dos CSs, nos grupos de ginásticas, grupos de insulino dependentes e grupos de idosos. O primeiro contato com as pessoas foi para apresentar a pesquisa, seus objetivos, a relevância das coletas e formalizar o convite. As pessoas que demonstraram interesse em participar do estudo tiveram seus contatos (telefone e endereço) solicitados para posterior marcação do local e do horário de realização das entrevistas.

Para a escolha dos participantes foram observados os seguintes critérios de inclusão: (i) homens ou mulheres com idade inferior a 70

anos, (ii) ter diagnóstico médico de diabetes tipo 2 há mais de cinco anos, e (iii) fazer uso de hipoglicemiantes ou insulina.

Estes critérios foram estabelecidos com a intenção de incluir pessoas que já possuíam experiências de viver com a sua condição crônica nas quais, possivelmente, as complicações poderiam começar a se manifestar, e mesmo incluindo idosos, esses ainda estivessem numa faixa etária não muito avançada, possibilitando melhor interação na entrevista. Segundo a ADA (2014), o rastreamento para a doença renal diabética deve ser iniciado logo após o diagnóstico em pessoas com DM2. Então, tomamos como pressuposto que essas pessoas haviam, em algum momento de seu contato com os profissionais, sido orientados acerca dessa complicação e ter realizado algum exame de rastreamento.

Como critérios de exclusão adotados foram: (i) estar em tratamento dialítico (hemodiálise ou diálise peritoneal), (ii) ter doença renal anterior ao diagnóstico de DM e (iii) que tivesse sofrido alguma cirurgia renal prévia. Tais critérios de exclusão foram estabelecidos para evitar que as pessoas já tenham conhecimento da DRC por terem alguma experiência relacionada.

4.4 COLETA DOS DADOS

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) iniciou-se a coleta dos dados. A coleta de dados ocorreu no período de junho a setembro de 2014, sendo realizada no domicílio das pessoas com DM e nos CSs, conforme preferência dos participantes, no dia e horário agendado.

Como técnica para pesquisa optou-se por utilizar a entrevista semiestruturada (Apêndice A). Segundo Polit, Beck, Hungler (2011), a entrevista semiestruturada permite ao pesquisador abordar o seu tema de forma participativa e tendo um instrumento de coleta que o auxilie para a condução das questões pertinentes ao seu estudo. A entrevista semiestruturada é flexível e oferece um conjunto de questões de ordem específicas que pode ser tratada de várias maneiras.

O roteiro semiestruturado continha informações sobre gênero, idade, profissão, tempo de atendimento no centro de saúde, estado civil, tempo com a doença, e questões norteadoras como: Como o senhor(a) descobriu o diabetes? Como tem sido viver com o diabetes? O que o

senhor sabe sobre o diabetes? Quais as complicações que o senhor(a) sabe que o diabetes pode provocar? Onde e/ou com quem o senhor(a) obteve esta informação? O senhor(a) já ouviu falar ou leu algo sobre doença renal como complicação do diabetes? Se sim, o que ouviu falar? O que acha que pode levar a essa complicação?

Essas questões serviram apenas como uma orientação para a pesquisadora, porém, a entrevista foi conduzida como uma conversa, deixando a pessoa o mais livre possível para falar de seus conhecimentos e práticas sobre o DM. As perguntas eram colocadas somente quando não estavam sendo abordadas.

As entrevistas foram gravadas em áudio digital, com anuência prévia dos participantes da pesquisa. As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos. Logo após a realização das entrevistas, estas foram transcritas, tal qual como as pessoas falaram, em um editor de texto.

Destaca-se, que todas as fases desse processo foram realizadas criteriosamente e conduzidas pela pesquisadora principal. Todos os dados foram arquivados e estão sob a responsabilidade da pesquisadora.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para proceder à análise do material coletado foi utilizada a análise qualitativa de conteúdo convencional (HSIEH; SHANNON, 2005). Segundo Hsieh e Shannon (2005) a análise de conteúdo é definida como um método de pesquisa para interpretação subjetiva do conteúdo do texto por meio do processo de classificação sistemática e codificação e identificação de temas e categorias.

A análise de conteúdo convencional geralmente é estudos cujo objetivo é descrever um fenômeno. Este tipo de análise é recomendado quando a teoria ou literatura de pesquisa sobre o fenômeno é limitado. Neste caso, os pesquisadores evitam o uso de categorias pré-concebidas, permitindo que categorias e subcategorias surjam a partir dos dados (HSIEH; SHANNON, 2005). No caso do presente estudo, apesar de já existir conhecimentos acerca de nosso tema de investigação, procuramos na análise, identificar novas informações que pudessem nos ajudar a compreender melhor o fenômeno, uma vez que, como já colocamos anteriormente, as complicações do DM continuam avançando.

Após as entrevistas serem transcritas pela pesquisadora principal e por bolsistas capacitadas para tal, foram importadas para o *software Ethnograph 6.0*⁷ para organização dos dados e codificação, conforme exemplo que consta do Apêndice B. Inicialmente, foi realizada uma leitura criteriosa de todos os dados repetidamente para atingir imersão e obter uma ampla visão dos relatos. Posteriormente, os dados foram lidos e codificados linha por linha, destacando o conteúdo das falas relativo aos objetivos do estudo. Neste processo foram identificados ao todo aproximadamente 60 códigos. Os códigos foram organizados e reunidos por semelhança, permitindo sintetizar os dados provenientes das 20 entrevistas, de modo a responder aos objetivos do estudo. A relação desses códigos consta no Apêndice C.

Este processo permitiu a identificação de diferentes temas possibilitando a escrita dos manuscritos que compõem os resultados desta dissertação (detalhados no capítulo 5). Em linhas gerais, o primeiro manuscrito refere-se ao conhecimento que as pessoas têm acerca do diabetes e de suas complicações, enfocando a doença renal e o segundo manuscrito sobre as barreiras no controle do DM.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as fases desta pesquisa foram realizadas em consonância com as questões ético-legais da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2013) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, respeitando os princípios de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2013b). A pesquisa teve autorização do CEPESH da UFSC, em oito de julho de 2014, sob o parecer n° 711.982.

Em relação aos participantes do estudo, eles receberam individualmente todas as orientações referentes ao desenvolvimento da pesquisa, foram convidados a participar do estudo sendo facultativa sua participação e desistência sem quaisquer prejuízos para os mesmos. Aos que manifestaram disposição para participar voluntariamente foi

⁷ *Software* de computador projetado para facilitar a organização dos dados coletados qualitativamente.

disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) para que fosse assinado, ficando uma via para o pesquisador e outra com o participante do estudo. Para preservar o anonimato dos participantes, empregamos o sistema alfanumérico para identificação dos seus relatos.

Foi garantido o anonimato e o sigilo das informações fornecidas pelos participantes, ressaltando a utilização apenas em publicações de periódicos, livros ou divulgação em eventos de caráter científico. Foi informado também, que a pesquisa não traria riscos físicos previstos e qualquer alteração no estado físico, mental ou emocional, caso contrário, teria a assistência necessária prestada pelas pesquisadoras, considerando acompanhamento posterior ao encerramento ou a interrupção da pesquisa.

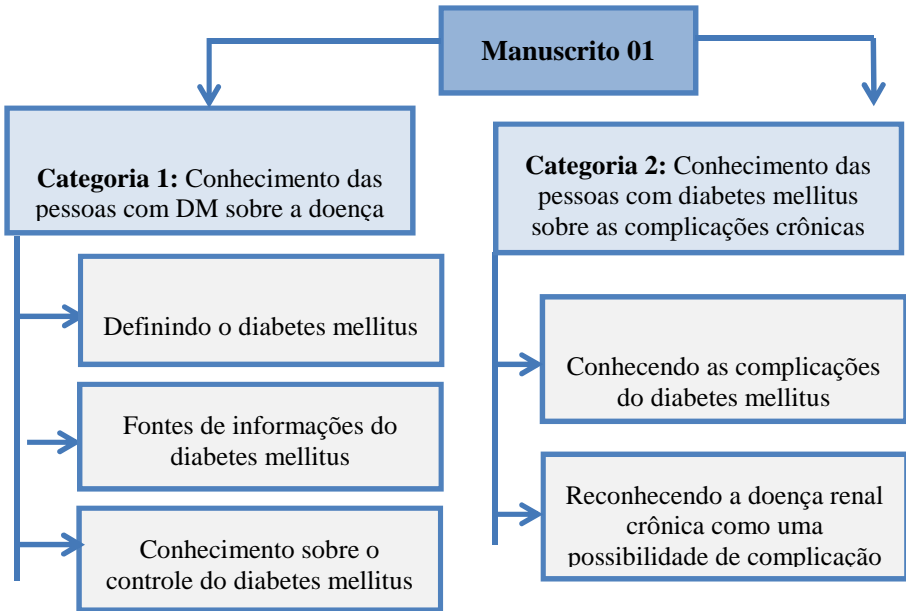
5 RESULTADOS

Diferentes temas emergiram a partir da análise dos dados, tais como: dificuldade da descoberta da doença, adesão ao tratamento, dificuldades encontradas para o controle e realização do tratamento, mudanças no estilo de vida, conhecimentos sobre a doença, apoio social e aspectos emocionais no controle do diabetes, cronicidade da doença, dentre outros. Para uma melhor compreensão do nosso objeto de estudo selecionamos dois temas que consideramos mais relevantes para responder aos objetivos desta pesquisa. Estes temas são apresentados e discutidos em dois artigos científicos que compõem as subseções deste capítulo (seções 5.1 e 5.2).

Este formato de apresentação dos resultados em artigos, além de favorecer a divulgação da produção do conhecimento em saúde e enfermagem, atende a Instrução Normativa 10/PEN/2011, de 15 de Junho de 2011, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que dispõe sobre o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O primeiro manuscrito intitulado: “Pessoas com diabetes mellitus: conhecimentos sobre a doença e as complicações” teve por objetivo identificar os conhecimentos das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca da doença e suas complicações, focando a doença renal crônica. As categorias que emergiram dos dados deste manuscrito estão descritas na figura 01.

Figura 01 – Categorias que emergiram dos dados do primeiro manuscrito.

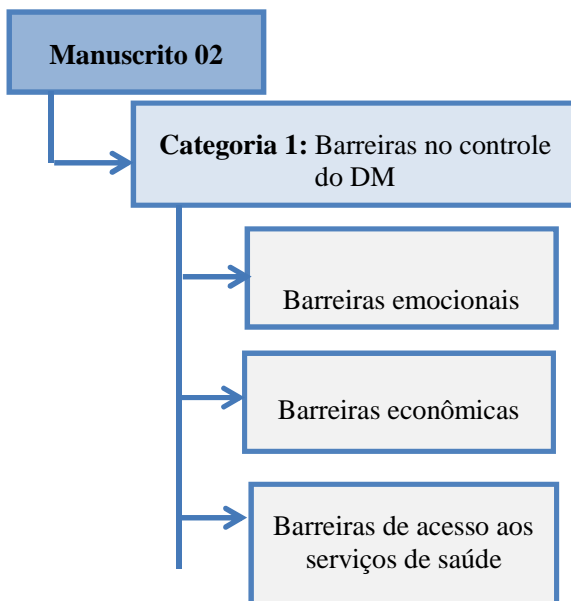


Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, 2014.

Enquanto que o segundo manuscrito intitulado: “Pessoas com diabetes mellitus: barreiras no controle da doença” teve como objetivo identificar as barreiras que as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) enfrentam para controlar sua doença.

As categorias que emergiram dos dados deste manuscrito estão descritas na figura 02.

Figura 02 – Categorias que emergiram dos dados do segundo manuscrito.



Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, 2014.

Além disso, antes de apresentarmos os manuscritos, torna-se relevante caracterizar os participantes do estudo. O quadro 02 mostra esta caracterização, onde os participantes foram identificados com a sigla de P01 a P20 para garantir seus anonimatos.

Quadro 02 – Caracterização dos participantes do estudo.

| PARTICIPANTE | SEXO | IDADE | ESCOLARIDADE | ESTADO CIVIL | PROFISSÃO | TEMPO COM DM | TEMPO NO CS |
|---------------------|-------------|--------------|-------------------------------|---------------------|------------------|---------------------|--------------------|
| P01 | Feminino | 64 anos | Ensino fundamental incompleto | Casada | Do lar | 19 anos | 20 anos |
| P02 | Feminino | 60 anos | Ensino fundamental incompleto | Casada | Aposentada | 10 anos | 10 anos |
| P03 | Feminino | 66 anos | Ensino fundamental incompleto | Casada | Do lar | 30 anos | 20 anos |
| P04 | Feminino | 68 anos | Ensino fundamental incompleto | Viúva | Aposentada | 25 anos | 23 anos |
| P05 | Feminino | 50 anos | Superior completo | Casada | Aposentada | 18 anos | 20 anos |
| P06 | Feminino | 58 anos | Ensino médio completo | Casada | Do lar | 20 anos | 10 anos |
| P07 | Feminino | 56 anos | Ensino fundamental completo | Casada | Do lar | 20 anos | 10 anos |
| P08 | Feminino | 47 anos | Ensino fundamental completo | Casada | Do lar | 26 anos | 10 anos |
| P09 | Feminino | 68 anos | Ensino Médio Completo | Divorciada | Aposentada | 30 anos | 06 anos |

| | | | | | | | |
|-----|-----------|---------|-------------------------------|----------|-------------|---------|---------|
| P10 | Masculino | 58 anos | Ensino fundamental incompleto | Casado | Pedreiro | 10 anos | 15 anos |
| P11 | Feminino | 56 anos | Superior completo | Casada | Aposentada | 22 anos | 30 anos |
| P12 | Masculino | 57 anos | Ensino fundamental completo | Casado | Aposentado | 19 anos | 30 anos |
| P13 | Masculino | 67 anos | Ensino fundamental incompleto | Casado | Aposentado | 12 anos | 10 anos |
| P14 | Feminino | 66 anos | Ensino Médio completo | Viúva | Aposentada | 31 anos | 25 anos |
| P15 | Masculino | 60 anos | Superior completo | Casado | Aposentado | 15 anos | 06 anos |
| P16 | Feminino | 60 anos | Ensino médio completo | Casada | Aposentada | 12 anos | 10 anos |
| P17 | Masculino | 65 anos | Ensino fundamental incompleto | Casado | Aposentado | 10 anos | 10 anos |
| P18 | Feminino | 49 anos | Ensino médio completo | Solteira | Comerciante | 08 anos | 17 anos |
| P19 | Feminino | 53 anos | Ensino fundamental incompleto | Casada | Do lar | 15 anos | 03 anos |
| P20 | Feminino | 62 anos | Ensino fundamental completo | Casada | Aposentada | 06 anos | 06 anos |

Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, 2014.

A caracterização evidencia, entre outros aspectos, que a maioria das pessoas que participou do estudo foi: (i) do sexo feminino; (ii) com idade entre 47 e 68 anos; (iii) com tempo de diagnóstico do DM entre seis e 31 anos; (iv) em sua grande maioria, casada (80%); (v) pouco mais que a metade, aposentada (60%); (vi) a maioria com baixa escolaridade; e (vii) com tempo de atendimento no CS de mais de três anos, com alguns há mais de 20 anos.

5.1 MANUSCRITO 1 – PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: CONHECIMENTOS SOBRE A DOENÇA E AS COMPLICAÇÕES

PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: CONHECIMENTOS SOBRE A DOENÇA E AS COMPLICAÇÕES

RESUMO: A pesquisa teve como objetivo identificar os conhecimentos das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca da doença e suas complicações, focando a doença renal crônica. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com 20 pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acompanhadas em quatro Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC. Para coleta de dados, utilizou-se como técnica a entrevista com roteiro semiestruturado. Os dados foram organizados no *software Ethnograph 6.0* e analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo convencional. Os resultados mostraram que o conhecimento que as pessoas possuem acerca da doença e das complicações são limitados às suas próprias experiências e as de outras pessoas com alguma complicação. Com relação à doença renal poucos reconhecem a possibilidade de desenvolverem essa doença como consequência do diabetes mellitus. Em alguns relatos havia o medo de desenvolver essa doença, mas ao mesmo tempo, mantinham a esperança de que não iria ocorrer com eles. Com relação aos exames para detecção da complicação renal os participantes desconheciam quais devem ser realizados. Entre as fontes de informações sobre o diabetes mellitus a televisão, revista e a internet, foram as mais lembradas. Desta forma, ressaltamos a necessidade do desenvolvimento de educação em saúde mais sistemática, dialógica e que considerem as condições e limitações que as pessoas têm para compreender o discurso dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Conhecimentos. Diabetes Mellitus. Complicações. Doença Renal Crônica

ABSTRACT: This research was aimed to identify the knowledge that people with diabetes mellitus type 2 about the disease and its complications, focusing on chronic kidney disease. It is a qualitative study of 20 people with type 2 diabetes mellitus accompanied in four health centers in Florianópolis/SC. For data collection, was used as technical interview with a semi-structured script. The data were organized in Ethnograph 6.0 software and analyzed according to conventional content analysis technique. The results showed that the knowledge people have about the disease and complications are limited to their own experiences and those of others with any complications. With regard to kidney disease few recognise the possibility of developing this disease as a consequence of diabetes mellitus. In some reports there was the fear of developing this disease, but at the same time, holding out hope that it would not occur to them. Regarding the tests for the detection of renal complications participants were unaware of which must be carried out. Between information sources about diabetes mellitus the television, magazine and internet were the most remembered. In this way, we emphasize the need to develop more systematic health education, dialogue and consider the conditions and limitations that people have to understand the discourse of health professionals.

Keywords: Nursing. Knowledge. Diabetes Mellitus. Complications. Chronic Kidney Disease

INTRODUÇÃO

Entre as doenças crônicas não transmissíveis mais comuns em todo o mundo está o diabetes mellitus (DM) (LOZANO et al., 2008). Atualmente, o Brasil encontra-se em quarto lugar no ranking mundial entre os países com maior prevalência do DM. Segundo a Federação Internacional de Diabetes – IDF (2013) aproximadamente 12 milhões de brasileiros, na faixa etária de 20 a 79 anos, convivem com DM.

Além disso, o DM está associado com complicações a longo prazo, como disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos,

nervos, coração, vasos sanguíneos e rins. Tais complicações podem ser classificadas em macrovasculares (grandes vasos ou aterosclerótica) e microvasculares (pequenos vasos) cujas manifestações são a neuropatia, a retinopatia e nefropatia (ADA, 2014). Esta última, a nefropatia, é umas das principais causas de doença renal crônica (DRC) e insuficiência renal crônica terminal (SBD, 2014; REDON, 2010; USRDS, 2010). Em todo mundo, um número crescente de pessoas com DM são afetadas pela DRC (MAHBUB et al., 2013).

A DRC é definida como resultado das lesões renais irreversíveis e progressivas provocadas por problemas que tornam os rins incapazes de realizar suas funções glomerular, tubular e endócrina (ROCCO; BERNS, 2012). O aumento da prevalência da DRC é explicado, na maioria dos casos, pelo aumento da prevalência de DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (SESSO et al., 2011; LUGON, 2009; COUTINHO; TAVARES, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde a fim de cadastrar e acompanhar as pessoas com DM e HAS possui, desde 2002, o HIPERDIA (Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos). Entretanto, DM e HAS juntas ainda são a primeira causa de mortalidade e hospitalizações por amputações de membros inferiores no Brasil, além de representarem mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas a diálise (BRASIL, 2013b; ROSA, 2008). Essa evolução do DM e da HAS para a DRC vem sendo questionada, no sentido de saber o porquê, mesmo tendo um programa amplo de acompanhamento dessas doenças no Brasil, elas progridem para graves complicações como a DRC.

Segundo Silva (2006), a redução da velocidade de instalação das complicações crônicas e a evolução da doença melhoram sobremaneira quando as pessoas com DM conhecem as características de sua condição e a presença das complicações. Porém, Hu et al. (2013) atesta um baixo conhecimento das pessoas com DM acerca da sua condição e do risco de complicações da doença. O conhecimento sobre o risco da nefropatia diabética é ainda menor do que da retinopatia, neuropatias e das complicações macrovasculares (ZUHAIID; ZAHIR; DIJU, 2012; AL SHAFARIE et al., 2008; GUL, 2010).

Além disso, apenas uma pequena fração da população dos pacientes com DM é avaliada regularmente para a presença de

complicações nas suas fases iniciais e recebe orientação terapêutica apropriada (GUEDES, 2009).

De acordo com Travagim et al. (2010), pedidos de exames que podem detectar precocemente a DRC não são realizados por parte dos profissionais de saúde. Neste sentido, a complicação é detectada somente quando há importantes manifestações da complicação renal, evidenciando o estágio avançado da doença, onde as opções passam a ser a diálise ou o transplante. Curiosamente, o rastreamento para doença renal deve ser realizado, obrigatoriamente, no momento do diagnóstico de DM2 e, no DM1, após cinco anos da doença (SBD, 2014).

Há, portanto, muitos fatores envolvidos com o conhecimento sobre DM, a prevenção da DRC e detecção precoce da mesma. Dessa forma, é importante explorar melhor os aspectos subjetivos de viver com o DM, de forma a compreender os elementos que podem contribuir para o baixo conhecimento acerca das complicações do DM (CALVIN et al., 2011; HU et al., 2013, ZUHAID; ZAHIR; DIJU, 2012; AL SHAFEE et al., 2008; GUL, 2010).

Assim, diante do crescente número de pessoas com complicações da doença nos questionamos acerca do que as pessoas com DM sabem a respeito da doença e das complicações crônicas, focalizando a complicação renal. Este questionamento nos levou a realizar o estudo que teve como objetivo: Identificar os conhecimentos das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca da doença e suas complicações, focando a doença renal crônica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2014, no município de Florianópolis/SC. Os dados foram coletados com pessoas cadastradas em quatro centros de saúde (CSs) do município, cada um deles localizado em um diferente distrito sanitário. Essa escolha foi efetuada a fim de considerar diferentes realidades da atenção à saúde desenvolvidas pelas equipes dos CSs do município.

A seleção dos participantes se deu a partir de convites realizados em sala de espera dos centros de saúde, nos grupos de ginástica, grupos de insulino-dependentes e grupos de idosos. O primeiro contato com as pessoas com diabetes teve a intenção de apresentar a pesquisa, seus objetivos e convidá-los a participarem. Após o aceite, foi

solicitado o telefone e o endereço para posterior marcação de local e horário das entrevistas.

O estudo contou com uma população de 20 indivíduos, respeitando os critérios de saturação de dados em estudos qualitativos. Para a escolha dos participantes foram observados os seguintes critérios de inclusão: (i) homens ou mulheres com idade inferior a 70 anos, (ii) ter diagnóstico médico de diabetes tipo 2 há mais de cinco anos, e (iii) fazer uso de hipoglicemiantes ou insulina. Estes critérios foram estabelecidos com a intenção de incluir pessoas que já possuíam experiências de viver com a sua condição crônica nas quais, possivelmente, as complicações poderiam começar a se manifestar, inclusive idosos que ainda estivessem numa faixa etária não muito avançada.

Como critérios de exclusão foram adotados: (i) estar em tratamento dialítico (hemodiálise ou diálise peritoneal), (ii) ter doença renal anterior ao diagnóstico de DM e (iii) que tivesse sofrido alguma cirurgia renal prévia.

A coleta de dados foi realizada no dia e horário agendado, nos domicílios e nos centros de saúde, conforme a preferência do participante. Utilizou-se um roteiro semiestruturado contendo informações sobre gênero, idade, profissão, tempo de atendimento no centro de saúde, estado civil, tempo com a doença, e questões norteadoras como: Como o senhor(a) descobriu o diabetes? Como tem sido viver com o diabetes? O que o senhor sabe sobre o diabetes? Quais as complicações que o diabetes pode provocar? Onde e/ou com quem o senhor(a) obteve esta informação? O senhor(a) já ouviu falar ou leu algo sobre doença renal como complicação do diabetes? Se sim, o que ouviu falar? O que acha que pode levar a essa complicação?

As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos e foram gravadas em áudio digital, com anuência dos participantes da pesquisa. Logo após a realização das entrevistas, estas foram transcritas pela pesquisadora principal e por bolsistas de iniciação científica capacitadas, tal como as pessoas falaram, em um editor de texto. Posteriormente, foram importadas para o *software Ethnograph 6.0* para organização dos dados.

Para proceder à análise do material coletado foi utilizada a técnica de análise de conteúdo convencional para encontrar as principais categorias a partir dos dados da pesquisa (HSIEH; SHANNON, 2005).

Dessa forma, a análise foi iniciada com uma leitura profunda de todos os dados repetidamente para atingir imersão e obter uma noção do todo. Posteriormente, os dados foram lidos, codificados linha a linha, destacando o conteúdo das falas relativo aos objetivos do estudo. Neste processo foram identificados aproximadamente 45 códigos. Os códigos foram organizados e reunidos por semelhança, permitindo sintetizar os dados provenientes das 20 entrevistas. Este processo permitiu a identificação de diferentes temas, sendo um deles relativo ao conhecimento que tinham acerca de sua doença e das complicações renais, objeto de interesse do estudo. Este processo possibilitou a construção de duas categorias: conhecimento das pessoas com diabetes mellitus sobre a doença e conhecimento das pessoas com diabetes mellitus sobre as complicações crônicas.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi norteada pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), e teve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, em oito de julho de 2014, sob o parecer nº 711.982. Os participantes receberam informações claras e concisas sobre a justificativa e os objetivos referentes à pesquisa da qual participariam. Também foi informado sobre a possibilidade de retirar-se a qualquer momento, sem que isto repercutisse em seu tratamento ou relação com a instituição de saúde na qual recebiam atendimento. Foi explicado também que os dados que permitissem a sua identificação seriam mantidos em sigilos, respeitando a sua privacidade. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado, ficando uma via para o pesquisador e outra com o participante do estudo. Para preservar o anonimato dos participantes, empregamos o sistema alfanumérico para identificação dos seus relatos (P01 a P20).

RESULTADOS

Dos 20 participantes do estudo, quinze foram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. A idade variou entre 47 e 68 anos e o tempo de diagnóstico entre seis e 31 anos. Em relação à ocupação, 12 dos participantes eram aposentados, seis referiam ser do lar, um pedreiro e um comerciante. No que se refere a escolaridade, oito participantes possuíam o ensino fundamental incompleto, quatro ensino fundamental completo, cinco ensino médio completo, e três ensino superior. Em

relação ao estado civil a maioria dos participantes declarou estar casado(a).

A análise dos dados mostrou que as pessoas, em sua maioria, possuem conhecimento limitado em relação ao DM e suas complicações crônicas, especialmente a DRC. Dessa forma, foram definidas duas categorias, apresentadas a seguir, são elas: conhecimento das pessoas com diabetes mellitus sobre a doença e conhecimento das pessoas com diabetes mellitus sobre as complicações crônicas.

Categoria 1: Conhecimento das pessoas com diabetes mellitus sobre a doença

O conhecimento acerca do DM envolveu o conceito da doença, ou seja, o que é o DM para essas pessoas, como tiveram acesso a este conhecimento e o que sabiam acerca do controle da doença que pudesse, de alguma forma, contribuir para prevenir o aparecimento das complicações do DM. Dessa forma, esta categoria foi organizada em três subcategorias: definindo o diabetes mellitus, fontes de informações do diabetes mellitus e conhecimento sobre o controle do diabetes mellitus.

1.1 Definindo o diabetes mellitus

As pessoas com diabetes reconheceram a doença como silenciosa, pois inicialmente não traz sinais e sintomas evidentes, sendo que essas manifestações só ocorrem quando já existe uma complicação, às vezes aguda. Este silêncio é percebido como algo perigoso, que vai evoluindo aos poucos, sem que as pessoas percebam, como mostram algumas falas:

Eu estou te contando tudo. É para alertar também as pessoas, porque às vezes, as pessoas acham que o diabetes não é nada. Mas não é, diabetes é uma doença muito triste e ela é silenciosa, esse é o problema, entendeu? Quando você se dá conta, aí já está com problemas por causa do diabetes (P06).

Eu sei bastante coisa assim. Sei que ela vai corroendo a gente, daí, ela é silenciosa, mas vai, vai, vai acabando com a gente aos pouquinhos (choro) (P07).

Eu sei que o diabetes ele vai comendo pelas beiradas, porque os problemas vão vindo, vão vindo aos poucos, sem você perceber (P05).

Apesar dos participantes já possuírem experiência com a doença, conviverem com ela, em média, há mais de 10 anos e estarem em tratamento com profissionais da saúde, ainda apresentavam dificuldade de defini-la do ponto de vista do conhecimento da biomedicina e apreensão parcial deste conhecimento. O foco do conhecimento era de que havia a falta de insulina no corpo, mas sem um domínio do seu significado, como pode ser percebido nos relatos a seguir:

Não sei mais de nada. Dizem que o diabetes é um açúcar no sangue e o pâncreas ele não aceita mais... Como é que se diz? Ah,, me esqueci agora. Então a gente tem que entrar na insulina, porque a minha estava muito baixa e de repente ela alterou e não baixou mais. Ela ficou três meses em 310, aí foi aonde eu entrei na insulina (P04).

Olha!!! Eu sei que é o pâncreas que para de produzir a insulina, eu não consigo produzir muita insulina, e é a insulina que move o nosso corpo, é uma energia para o nosso corpo, então quer dizer, que quanto vai deixando de produzir a insulina a gente começa...é onde a gente tem que repor essas energias e a gente tem que tomar medicação (P06).

Outro aspecto observado foi em relação ao reconhecimento da cronicidade da doença, no sentido de ter que conviver com ela permanentemente para a vida toda e não possuir cura, comparando-a, por exemplo, ao câncer, numa tentativa de mostrar sua gravidade.

E assim , vai carregar para o resto da vida, é uma doença crônica, e assim, diabetes para mim é tudo igual, não vem com essa que é diferente não, é tudo igual. Mas assim, como eu te disse, tem que cuidar, a doença não é fácil, porque como falei o diabetes para mim, é como se fosse um câncer, é tão perigosa quando um câncer, neste sentido, de perigosa. (...) Então não é uma diabetizinha, é uma doença, você está doente, é uma doença que não tem cura, não é como uma gripe que tu dás hoje e amanhã já sarou, a diabetes não, tu estás ali com ela, mesmo que tu te cuidas, mas escapa um pouquinho, a gente sabe que ela está lá em cima. (...) Porque agora eu tenho a certeza que realmente ela é perigosa porque em março tive um AVC, então eu achava que não tinha problema por causa dela, na verdade, eu até tinha, mas nunca operei de coração, tomava medicamento, sempre acusou uma coisinha assim, mas nada que me preocupasse (P06).

Eu sei que é uma doença que não tem cura... e que a gente sabe que tem uma doença assim que não tem cura, que vai conviver com ela para sempre (P07).

Eu sei que eu tenho que carregá-la comigo a vida toda. É uma amiga que a gente arruma para o resto da vida. Então eu convivo... Eu só sei que ela é uma doença que acompanha a gente o resto da vida (P14).

Apesar do reconhecimento de que é uma doença que não tem cura, permanece a esperança da cura, da expectativa de algo novo possa surgir, como o desenvolvimento de um novo medicamento ou vacina ou da descoberta de uma planta que também possa curar sua doença.

Porque disse que essa doença aí não tem cura. Agora eu assisti na televisão que daqui a dois anos vai vim tipo uma vacina. Já está bem avançada, vão fazer uma pesquisa, já tá quase pronta, pra vim uma vacina para os diabéticos. Aí eles tiram a insulina, tiram a baga e tiram tudo (P04).

Outra coisa que a enfermeira descobriu foi um remédio, uma planta, eu não sei onde é o lugar aqui que disse que apareceu um remédio no meio do mato. Disse que foram com o carro e de lá deixou o carro e foi a cavalo, levaram mais de um dia para chegar onde estava esse remédio. É um erva que não tem doença que não cure, pode curar o diabetes (P13).

1.2 Fontes de informações do diabetes mellitus

A mídia, particularmente a televisão, as revistas e a internet foram fontes de informações para estes participantes, como mostram as falas a seguir.

Eu leio muito. Escuto muito televisão. Nossa, eu gosto de entrevista. Quando eu vou consultar, os médicos explicam tudo! Eles falam: ‘a senhora se cuida, que a diabetes é uma doença silenciosa, ela vai (...). A senhora pensa que ela não está fazendo nada, mas ela vai pegando o órgão, as vistas, sabe?’ E essas coisas assim! (P02).

Eu sei por que eu leio muito sobre isso, eu tenho umas revistas que falam do diabetes, eu leio, a gente procura se informar, então a gente sabe, sabe que tem problemas nos pés que não cicatriza (P6).

É isso assim, a sabe essas coisas da doença por um e por outro, e a televisão, que a gente gosta de assistir muito na televisão, então a gente vê os controle ne, na televisão. É isso aí, as

peças falam (P13).

Eu já busquei nos livros e eu já vi que faz. Não da para bobear com essas coisas. É muito sério. É como eu te disse. Eu vou lá saber o que eu quero na internet. Eu procuro muito, busco no Google coisas que eu tenho dúvida. Nome de medicação que eu não conheço, eu vou lá busco na internet, nome de doenças, da própria diabetes, da própria insuficiência renal, das consequências de tudo que eu busco muito na internet. Quando eu quero saber eu busco, eu vou pesquisar. Eu pesquiso bastante (P14).

Essa informação eu sei muito pela televisão, pelo rádio, mas isso aí a gente só vai levar em conta, prestar atenção quando a gente é um paciente (P17).

Fica claro que há interesse em obter informações sobre a doença, mas que eles precisam buscá-las e que somente, às vezes, os médicos esclarecem sobre alguns aspectos. Os demais profissionais de saúde são raramente apontados como fonte de informação, mas não foi o principal meio de informação da doença, como era esperado.

Há...com os vizinhos e, às vezes, os médico também..eles dizem que a gente tem que evitar um pouco essas coisas ne!?(P03).

Há sim, eu converso muito com a enfermeira no hospital, no HU. Ela me passa algumas informações (P06).

Meu vizinho já transplantou um rim. Ah, também por isso que eu tinha um vizinho, né, que tinha problema. Aí ele fez transplante eu acho que ele tinha uns 30 anos, depois ele perdeu aquele rim, agora ele está na fila de espera por outro transplante. Então eu sempre tive alguém do meu lado que eu ouvi falar (P09).

1.3 Conhecimento sobre o controle do diabetes mellitus

O controle glicêmico é um desafio para as pessoas, pois envolve decisões baseadas em conhecimentos de diferentes aspectos da doença e de como ela se manifesta em cada pessoa. Nem sempre essas pessoas têm o conhecimento necessário e muitas vezes tomam as decisões tendo como referência a situação momentânea, com uma avaliação parcial da sua situação de saúde. Poucas vezes consideram possíveis repercussões dessas decisões em sua vida e saúde em longo prazo.

As decisões acerca da dieta, mesmo quando reconhecem que ela influencia no controle glicêmico, são tomadas no momento em que estão com fome, estão em algum momento especial de comemoração ou têm o desejo de um alimento em especial, deixando de lado, decisões anteriores de realizar a dieta e cedendo com facilidade ao momento.

Não é fácil não. A gente não pode comer muita coisa, mais assim, eu como de tudo, tem hora que não dá para viver assim. Ontem mesmo eu fui e comprei uma carne bem gorda e minha esposa fez e eu comi. Mas assim, é só de vez em quando, quando ela faz uma sopa aqui eu gosto de comer só o macarrão, como muito o macarrão e como muito pão. O café eu tomo um pouco, mas quando tomo às vezes coloco açúcar (P13).

O tratamento farmacológico é considerado de forma mais permanente, com raras decisões de não segui-lo. Aparece como algo mais fácil de lidar, incorporando em seu dia a dia, mesmo quando se trata da insulina. O uso da insulina é associado ao agravamento da doença, porém, não expressam um domínio sobre ajustes na insulina, de acordo com situações diferentes. O conhecimento é de que há uma prescrição que é para ser seguida.

Eu comecei tomando comprimido. Eu não lembro os primeiros quais foram. Eu sei que depois o médico botou um que era muito caro,

ai deu uma controlada, uma abaixada, mas ai era muito caro, ai o médico trocou e não resolveu. Ai sempre eu ia ao médico falava: “Dona Benta..vamos entrar na insulina” . Eu não me controlava. Só que eu recusava. Ai depois não teve jeito. Ai foi a insulina e o metformina. E eu uso até hoje (P01).

Ai o tratamento foi contínuo, né, direto. Eu não posso parar de tomar remédio tanto para as plaquetas, quanto para a diabetes (P10).

Às vezes eu não tomo nem insulina, de manhã, de noite. Ó, hoje de manhã, eu nem tomei insulina.Quando chegar lá pelas 06h30min-07h00min, ai eu furo o dedo de novo. Ai deve tá uns 160, por aí... 150 (P12).

Os participantes expressaram conhecimento sobre a necessidade de realização de exercícios físicos para o controle glicêmico. Porém, não há um conhecimento claro sobre como avaliar o momento de realizar, quando efetivamente há limitação do exercício, e, de certa forma, parecem não ter segurança do efetivo benefício do exercício físico. A priorização de outras coisas em suas vidas os fazem adiar as atividades físicas. De maneira geral, limitações físicas, decorrentes do próprio DM ou de outras doenças são relatadas com bastante frequência.

Não...não faço nada. Há muito tempo já fiz! Mas ai depois eu relaxei, meu pai ficou doente e faz um ano e pouco que ele faleceu...eu que cuidava dele. E agora com esse problema na coluna, também sinto uma dor no joelho, tem muito tempo que sinto muita dor no joelho. E eu tenho muita dificuldade para caminhar e me acomodo, ai fico muito acomodada, se não posso ir muito longe, caminhar pouco, ne?! Quando eu começo a caminhar já começa a dar dor no peito, a falta de ar, não consigo caminhar muito (P01).

Se eu faço uma caminhada, se eu caminho meia hora eu quero voltar de carro pra casa. Eu não quero voltar caminhando. Eu estou evitando as caminhadas por causa disso. Então eu estou fazendo mais exercícios parados. Às vezes, eu vou ali no horto, faço aqueles exercícios de mania e lá perto de casa, eu tenho uma academia dessa, ladinho, perto da casa de praia pertinho eu vou lá dou uma caminhadinha, faço um exerciciozinho, venho embora, mas é muito temporário assim. A caminhada eu faço 20 % do que eu devia fazer (P14).

As pessoas possuem conhecimento acerca da importância do controle e tratamento do diabetes mellitus, porém, por algumas situações do cotidiano não conseguem controlar a alimentação e priorizam outras coisas na vida para não realização de atividade física.

Categoria 2: Conhecimento das pessoas com diabetes mellitus sobre as complicações crônicas

O conhecimento das pessoas com DM acerca das complicações da doença contemplou principalmente a vivência e experiências dessas pessoas com as complicações, entre elas a DRC. Dessa forma, a segunda categoria abrange duas subcategorias: conhecendo as complicações do diabetes mellitus e reconhecendo a doença renal crônica como uma possibilidade de complicação.

2.1 Conhecendo as complicações do diabetes mellitus

Reconheceram como complicações do DM os problemas na visão, nos membros inferiores, nos rins, no coração e a dificuldade de cicatrização. Esse conhecimento também estava restrito às suas próprias experiências e as de outras pessoas que tiveram essas complicações, e nem sempre eram conhecimentos convergentes ao conhecimento da biomedicina. Poucos indicaram as orientações feitas pelos profissionais da saúde, como importantes para prevenir essas doenças, ou mesmo para anunciar a possibilidade de complicações.

Sei que ela causa cegueira, se tu tens um machucado ela custa a sarar. Tanto é que meu marido cortou os três dedos dos pés por causa do diabetes (P02).

Eu sei do coração, que realmente lesa, porque eu tive problema. Eu sei dos rins, que para de funcionar os rins, a pessoa tem que fazer hemodiálise, porque meu vizinho estava com esse problema, e a pessoa pode ficar cega, como disse, que meu irmão está cego por causa do diabetes, são muitas complicações. (P06).

O que eu sei é que ela mata, ela cega, já operei duas vezes das vistas. Já tirei duas cataratas aqui. Eu fechava um olho e estava tudo negro. E estou vendo jeito que vou operar do outro de novo, porque fui à médica de vista e ela disse que tá crescendo a catarata de novo por causa da diabetes (P04).

Sei que pode dar problema no coração, essas coisas. Aí minha irmã internou no HU e foi descobrir o negócio dela era do diabetes, diabetes e coração... já estava atacando o coração, mas o que ataca o coração é o diabetes, diabetes alta. Porque que deu esse problema no meu coração? Me deu por causa do diabetes, se eu não tive a diabetes, não tinha me dado nada no coração (P12).

Os participantes reconheciam que as complicações decorriam da falta de controle do DM, porém sem uma compreensão mais ampla do processo de desenvolvimento, e das possibilidades de controlar essa evolução, com uma visão de fatalidade, de que não havia o que fazer ou mesmo, de não acreditar nessa possibilidade.

Não evidenciaram conhecimentos específicos da prevenção das complicações e do acompanhamento de sua condição de saúde como elemento de controle. A valorização da complicação, somente tomava relevo quando já estava presente, não tendo como meta sua prevenção.

Eu sei tudo que falam... sei tudo que ele prejudica ne?! Mas eu não controlo. A minha mãe era diabética há muito tempo... então ela amputou o dedo, amputou perna. A gente sabe as complicações, mas não leva a sério Sempre acha que acontece com os outros, mas nunca vai acontecer com a gente. É bem complicado (P01).

Eu também não levava muito a sério, eu não vou falar que eu cuidava certinho, até acontecer, a gente precisa passar por certas situações para dá mais valor, porque assim ó: quantas pessoas estão aí fazendo hemodiálise por conta do diabetes, quantas pessoas ai estão cegas por causa do diabetes, e assim ó eu tive problema no coração (P06).

A perda visual foi uma complicação compreendida de maneira um pouco distinta, como algo que podia ser mais controlada pelo fato de perceberem seu avanço, com a diminuição da acuidade visual interferindo no seu dia a dia.

Aí de repente, a visão agora no caso foi de repente e faz uns 20 dias. Dá tipo um facho e ela vira lento, entendeu? E agora de ontem para hoje eu não vejo mais, já marquei para ir ao médico para não piorar (P10).

Tanto fazer hemodiálise, quanto se for amputar, amputa de uma vez, não é bom não é, não vou dizer para ti que é bom, mas a cegueira para mim é pior do que uma amputação, do que problema no rim. A

cegueira é o que meche mais comigo, por isso que cuido e faço direitinho o tratamento (P06).

Eu não corri atrás não, sei que ataca fígado, ataca a pele, a circulação, mas eu não esquento a cabeça, eu não vou prejudicar minha vida por causa disso ai, sou um cara descansado, até demais (P15).

O reconhecimento de P06 da possibilidade da cegueira, ficando abalado e com o medo de manifestar essa complicação, mostra maior cuidado como o tratamento, como pode ser observado numa fala colocada anteriormente. De forma contrária, como mencionado por P15, havia o reconhecimento de possibilidade do desenvolvimento de alguma complicação, porém sem nenhum interesse em se prevenir para o aparecimento.

2.2 Reconhecendo a doença renal como uma possibilidade de complicação

Quando questionados sobre as complicações que o DM poderia ocasionar, somente oito dos participantes citaram, dentre outras, a complicação renal. As outras pessoas só mencionavam algo da complicação renal quando questionadas sobre a mesma.

O conhecimento da doença renal era de uma complicação grave e que transtornava a vida das pessoas, quando elas passavam a realizar a hemodiálise. Sabiam do sofrimento das pessoas que viviam com a doença renal, tendo acompanhado a experiência de algumas pessoas próximas.

Minha irmã ficou 10 anos fazendo hemodiálise, era um sofrimento, ela ia três vezes por semana, e isso tudo por conta que ela não cuidou do diabetes. Não gosto nem de pensar nisso (P07).

Aí ele [vizinho] fez transplante eu acho que ele tinha uns 30 anos. Depois ele perdeu aquele rim, agora ele está na fila de espera por outro

transplante, tudo por causa do diabetes. Então eu sempre tive alguém do meu lado que eu ouvi falar. E eu aprendia com ele né. Aprendi muita coisa também com ele... e essa historia do rim, tudo isso eu sabia por ele (P09).

Então, o renal, profundamente, por eu não ter nada, eu não sei. Não sei te falar assim. Eu sei que tem cuidar da glicemia, que ela causa efeitos colaterais, o meu objetivo é tentar ficar a glicemia o mais normal possível, para não ter efeitos colaterais que fazem ocasionar. Mas do rim mesmo eu não sei (P05).

Olha, eu tenho conhecimento dessa doença renal, porque a ex – esposa do meu marido tem diabetes e ano passado encontraram ela desmaiada em casa e foi em decorrência disso. Ela faz hemodiálise, teve que fazer o transplante do rim, então é esse o conhecimento que eu tenho (P19).

Eu tinha uma filha que fazia hemodiálise. E daí eu levava lá. Lá eu aprendi ver muita coisa. Por isso que me deu medo fiquei apavorada quando descobri que eu tinha diabetes (P20).

Havia um misto de medo de ter a complicação renal e ao mesmo tempo mantinham a esperança de que não iria ocorrer com eles. Desta forma, não era algo que tinham segurança de que estava sob seu domínio, de que podiam impedir a progressão da doença.

Havia desconhecimento sobre os exames que poderiam permitir o acompanhamento do surgimento e da evolução da complicação renal. Alguns sabiam indicar que tinham realizado exames, mas sem saber o resultado e exatamente para o que servia ou o que significava.

Eu só fiz exame de sangue, Eu acho que no exame de sangue dá para saber. Mas outro tipo de exame para o rim eu nunca fiz não. Agora

eu só fiz exame de laboratório!(P01).

Não, eu não sei qual exame. Eu faço uma quantidade de exames. O médico fala que está tudo bem. Os ossos, até da insulina eu faço. Eu sei que eu faço bastante exames (P03).

Ai eu não me lembro agora se faz dois anos que fiz. Talvez, eu acho. Eu faço conforme o endócrino pede. Ele que determina quantas vezes, de quanto em quanto tempo a senhora tem que fazer (P05).

DISCUSSÃO

O conceito do diabetes mellitus é elaborado a partir das experiências das pessoas e/ou como a doença se manifesta e marca seu corpo, de maneira lenta, sorrateira, mas permanente. O diabetes, como foi referido pelos participantes, é uma doença silenciosa, que vai correndo as pessoas aos poucos, sendo de difícil controle.

Isso nos faz pensar que a falta de visibilidade do DM pode explicar a dificuldade das pessoas em concretizarem sua doença e a tomar medidas mais restritivas que afetam o seu dia. Dessa forma, caso não haja um monitoramento e tratamento adequado, com o passar dos anos, as pessoas com DM desenvolverão lesões lentas e progressivas nos órgãos (BRASIL, 2013).

Observamos que o conhecimento que os participantes possuem acerca do diabetes, não é sistemático e, mesmo com algumas aproximações ao conhecimento biomédico, está mais vinculado às percepções de experiências de modificações em seu próprio corpo. As orientações dadas pelos profissionais da saúde são reelaboradas de forma a fazer sentido para eles e são expressadas de maneira assistemática, ou seja, misturando fragmentos do discurso biomédico e das próprias experiências. Em estudo sobre as representações sociais do diabetes, Canesqui (2007) identificou que os participantes, localizam a doença no corpo como uma doença no sangue ou no pâncreas e buscam concretizar as sensações vagas sobre o diabetes, complementando os saberes vindos da biomedicina.

Isto alerta sobre a necessidade de uma educação em saúde que articule mais explicitamente as experiências das pessoas e o conhecimento biomédico. Estudos de intervenção que avaliaram o conhecimento das pessoas sobre o diabetes mellitus indicam que, após a intervenção educativa, esse conhecimento melhorou significativamente (REGÔ, 2008; TORRES; HORTALES; SCHALL, 2005). No entanto, essas intervenções geralmente são avaliadas logo após a atividade educativa, medindo a apreensão da informação e nem sempre como a pessoa elaborou a informação recebida e que mudanças teve em seu comportamento.

Portanto, não basta explicar o que é a doença, mas também que a pessoa com DM compreenda sua condição a partir de suas próprias experiências em seu contexto de vida e saúde. Os profissionais de saúde devem estar cientes de que as técnicas para superar os obstáculos de educação em DM são complexas, devido a necessidade de se concentrar em múltiplas características dessas pessoas (RHEE et al., 2005).

Para Bazata et al. (2008) o comportamento das pessoas está enraizado em uma teia de fatores complexos como personalidade, valores e etnia; e que as exigências da vida cotidiana provocavam mudanças constantes e impedem a mudança em estilos de vida. Diante disso, para elevar a percepção da pessoa sobre o DM, os autores ressaltam que devem ser usadas estratégias de educação individualizadas onde, preferencialmente, profissionais de saúde e pessoas com DM possam trabalhar em equipe.

O diabetes foi considerado uma doença grave, comparada ao câncer. Em contrapartida, estudo realizado por Ceolin e De Biase (2011) revelou que os norte-americanos não consideraram o diabetes como uma doença muito grave, principalmente se comparada com o câncer, por ser uma condição crônica assintomática ou com sintomas pouco significativos nos seus primeiros anos.

Percebemos que para os participantes deste estudo o uso da insulina ou a possibilidade de indicação da mesma, reflete a evolução e agravamento da doença. Assim como em nosso estudo, os participantes do estudo de Faria e Bellato (2009) apontaram o uso da insulina como um termômetro que marca a evolução da doença. A insulina atesta a piora do diabetes, indica negligência do cuidado e falha no controle da doença (BARSAGLINI, 2011). Na opinião de alguns profissionais, o medo pelo uso da insulina é visto como uma barreira para o autocuidado, uma vez que as pessoas com diabetes atribuem a utilização

da insulina ao aparecimento de complicações graves ou ao estágio avançado da doença (CYRINO, 2009).

Neste estudo, a cura da doença é entendida como algo possível de acontecer, com esperança na ciência e em algo que possa ser descoberto. Em contrapartida, estudo realizado com pessoas da mesma faixa etária, mostrou que a cura da doença é entendida como algo mais próximo, desde que realize o tratamento e/ou um transplante de órgão (DA SILVA, 2012).

Para os participantes deste estudo a televisão foi uma das principais fontes de informações sobre o diabetes mellitus. O estudo de Xavier, Biitar e Ataíde (2009), encontrou resultados semelhantes, onde os meios de comunicação, em especial a televisão, foram considerados pelos participantes como incentivadores da prática de autocuidado do diabetes. O estudo indicou a crença de que a televisão fornece informações sobre o autocuidado e para o controle da doença. Para estes autores, particularmente a televisão, influencia os sujeitos, na medida em que produz imagens e significações. No entanto, percebe-se que as campanhas televisivas ainda possuem fragilidades para que a efetiva prática do autocuidado seja incorporada aos hábitos e comportamentos das pessoas com diabetes.

Em nosso estudo, o conhecimento do controle da doença é evidente, porém, há fatores que podem interferir no controle, especialmente na atividade física e na dieta. A “falta de tempo” foi relatado no estudo de Boas et al. (2011) como principal motivo para a ausência de atividade física. O trabalho em período integral, a responsabilidade ao cuidar dos netos e limitações corporais foram fatores relatados pelos participantes do estudo de Chagas et al. (2011) para a não realização de atividade física.

Com relação à dieta estudo corrobora com os nossos resultados, no qual os participantes enfrentaram dificuldades para controlar seus desejos internos, sendo, muitas vezes, difícil deixar de comer, como uma decisão momentânea, especialmente o doce (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

Foi observado que o longo tempo com a doença não foi fator para que as pessoas tivessem mais conhecimento para o controle efetivo da doença. Estudos corroboram com estes resultados, nos quais embora a maioria dos participantes tivesse o DM há anos, o conhecimento com relação a tratamento e as complicações da doença, bem como sua

incorporação no cuidado, mostraram sérias deficiências (GULABANI; JONH; ISAAC, 2008; PACE et al., 2006). O estudo de Rodrigues et al. (2012) indicou que quanto maior o tempo de diagnóstico menor será a adesão ao tratamento e maior será risco de complicações advindas de um pobre controle metabólico. Nesse sentido, em nosso estudo além de um conhecimento parcial sobre o diabetes e seu tratamento, as pessoas tinham longo tempo de doença.

O conhecimento que os participantes deste estudo possuem acerca das complicações do DM está relacionado com suas experiências ou de pessoas próximas e de fontes de informações como a mídia, enfatizando pouco aprendizado com profissionais de saúde. Estudo realizado por Cisneros e Gonçalves (2011), também apontou resultado semelhantes, onde foram identificados conhecimentos das complicações através dos danos provocados por diabetes em terceiros. O referido estudo afirma que não é apenas a própria experiência, mas também o conhecimento de histórias alheias de perdas provocadas pelo diabetes que pode funcionar como forma de reforço à necessidade de programar cuidados de prevenção (CISNEROS; GONÇAVES, 2011). De acordo com Torres et al. (2011), as atividades educativas em saúde não devem ser apenas repasse de informações, mas sim construtoras de saber. Destacam ainda que as experiências compartilhadas em grupos, envolvendo os profissionais e as experiências destas pessoas, têm mais impacto para o paciente do que palestras e explicações.

Com relação à complicação renal, o conhecimento dos participantes deste estudo foi bastante limitado, pois poucos reconheceram a nefropatia como uma complicação do DM. Estes achados são semelhantes a outros estudos realizados em diferentes partes do mundo apontando também que poucas pessoas identificaram as doenças renais como umas das complicações importantes do DM (DA SILVA et al., 2013; ZUHAID; ZAHIR; DIJU, 2012; CEOLIN; DE BIASE, 2011, AL SHAFEE et al., 2008; GULABANI; JONH; ISAAC, 2008; HOQUE et al., 2009). Desta forma, pesquisas reforçam a necessidade de sensibilizar as pessoas através de educação em saúde utilizando abordagens mais dialógicas e participativas, de modo que as pessoas possam compreender as informações necessárias para um melhor controle de sua doença para a prevenção de complicações graves como a nefropatia. Os que possuem conhecimento desta complicação, o expressam como medo, mas também como algo que esperam estar protegidos, sem terem um conhecimento mais específico do que podem

fazer para controlar e, especialmente para acompanhar a evolução de sua condição renal.

Com relação aos exames solicitados para a detecção precoce da doença renal crônica, afirmaram realizar os exames laboratoriais, porém desconheciam quais exames eram esses ou que significam seus resultados. Falavam de exames de sangue, mas não tinham segurança de que estavam avaliando sua função renal. O conhecimento de exames para detecção da função renal como exames de creatinina foram pouco enfatizados pelos participantes do estudo realizado por De Faria, Teixeira e Nunes (2014). Outro estudo que corrobora com este resultado foi realizado por Da Silva et al. (2013) onde poucos participantes relataram conhecer a importância da realização das dosagens de ureia e creatinina visando identificar precocemente possível acometimento das funções renais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo vem agregar novo conhecimento em relação à temática estudada, ao mostrar o conhecimento das pessoas com diabetes acerca do DM e das complicações, focalizando a doença renal crônica.

Os dados apresentados permitem-nos destacar que o conhecimento que as pessoas com DM possuem acerca da doença e das complicações estão relacionadas às próprias experiências e as de pessoas próximas. Os participantes do estudo poucos se reportaram aos profissionais de saúde quando questionados de onde vêm as informações referentes à doença.

Poucos relatos mencionaram a DRC como uma das complicações do DM. Além disso, não realizam ações de prevenção, mas têm medo das complicações renais por conta de experiências de outras pessoas. Não souberam informar os exames solicitados para prevenir a doença renal e mesmo quando referiram que os médicos solicitavam exames, não sabiam dizer à que aspecto eles estavam relacionados.

Entre as fontes de informações sobre o DM a televisão, a revista e a internet, foram as mais lembradas pelos participantes do estudo. Os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, foram pouco mencionados como fonte de informação para conhecimento sobre a doença.

Estes resultados indicam que as ações dos profissionais da saúde ainda são muito limitadas, com atuações que muitas vezes não têm repercussões importantes no conhecimento que as pessoas têm de sua condição crônica. Ressaltamos que o enfermeiro está diretamente ligado com o controle do diabetes mellitus, quando realiza os cuidados e orientações para a automonitorização da doença. Dessa forma, ao proporcionar orientações a estas pessoas, também promovem prevenção, pois estimulam um disseminador de informações.

Neste sentido ressaltamos a necessidade do desenvolvimento de educação em saúde mais sistemática, dialógica e que considerem as condições que as pessoas têm de compreender o discurso dos profissionais de saúde. É necessário que este processo educativo considere a pessoa em seu contexto sociocultural, portanto, levando em consideração o conhecimento da pessoa com DM e as diferentes fontes de informação sobre a doença.

Convém ressaltar, que a atenção à saúde para as pessoas em condições crônicas, necessita avançar no seu referencial, superando a intervenção curativa, adotando um novo modelo assistencial, sobretudo com foco na promoção e prevenção da saúde.

Acreditamos que os resultados desse estudo podem ser considerados como uma avaliação da atuação dos profissionais da saúde, mesmo que parcial por de ter sido realizado com um número limitado de pessoas, porém foram selecionadas pessoas que estavam vinculadas a atenção básica e que falavam daquilo que estavam vivenciando.

REFERÊNCIAS

AL SHAFEE, M. A. et al. Knowledge and perceptions of diabetes in a semi-urban Omani population. **BMC Public Health**, v. 8, n. 1, p. 249, 2008.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 37, n. 1, p. 81-90, 2014.

BARSAGLINI R, A. As representações sociais e a experiência com o diabetes: enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2011.

BAZATA, D. D. et al. Affecting behavior change in individuals with diabetes: Findings from the study to help improve early evaluation and management of risk factors leading to diabetes. **The Diabetes Educator**, v. 34, p. 1025-1036, 2008.

BOAS, L. C. G. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 2, p. 272-279, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2012**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Cadernos de atenção básica**, v: 36,160 P, 2013b.

CANESQUI, A. M. Estudos Antropológicos sobre Adoecidos. Organizadora. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: **Hucite**, 2007.

CEOLIN J. ; DE BIASI, L.S. Conhecimento dos diabéticos a respeito da doença e da realização do autocuidado. **Perspectiva**, v. 129, n. 35, p. 143-156, 2011.

CHAGAS, C. A. et al. As barreiras das práticas de autocuidado: desafios e oportunidades para o empoderamento em grupos de diabetes na atenção primária, **Convibra**, online, 2011. Acesso em 31 de out de 2014 <http://www.convibra.org/upload/paper/2013/58/2013_58_6467.pdf >

CISNEROS, L. de L.; GONÇALVES, L. A. O. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1505-1514, 2011.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M.C.H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.19, n. 2, p. 232-239, 2011.

CYRINO A. P. Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: **Unesp**, 2009.

DA SILVA, M. M. **Experiência com o diabetes mellitus tipo II em uma comunidade rural: contribuições para a enfermagem**, 2012, 137 p. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

DA SILVA, M. C. M. et al. Avaliação do conhecimento dos portadores de diabetes mellitus sobre a importância da manutenção dos níveis glicêmicos para prevenção da nefropatia diabética. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, v. 8, n. 3, p. 49-55, 2013.

DE FARIA, N. V.; TEIXEIRA, C. M. de S.; NUNES, S. F. L. Conhecimento dos pacientes do programa HIPERDIA sobre a Doença Renal Crônica. **JMPHC - Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 4-9, 2014.

FARIA, A. P. S.; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 4, p. 752-759, 2009.

GUEDES, M. F. et al. Prevalência da retinopatia diabética em unidade do Programa de Saúde da Família. **Rev bras oftalmol**, v. 68, n. 2, p. 90-95, 2009.

GUL, N. Knowledge, attitudes and practices of type 2 diabetic patients. **J Ayub Med Coll Abbottabad**, v. 22, n. 3, p. 118-131, 2010.

GULABANI, M; JOHN, M; ISAAC, R. Knowledge of diabetes, its treatment and complications amongst diabetic patients in a tertiary care hospital. **Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine**, v. 33, n. 3, p. 204, 2008.

HOQUE, M. A. et al. Knowledge of Diabetic Complications in a Diabetic Population. **Journal of Medicine**, v. 10, n. 2, p. 90-93, 2009.

HSIEH, H. F; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative health research**, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

HU, J. et al. Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. **Journal of clinical nursing**, v. 22, n.1-2, p. 51-60, 2013.

International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas**: sixth edition [Internet]. 2013. Disponível em:
<http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf.>
Acesso em 31 out. 2014

LOZANO, R. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2095-2128, 2013.

LUGON, J. R. Doença Renal Crônica no Brasil: um problema de saúde pública. **J Bras Nefrol.**, v. 31, n. 1, p. 2-5, 2009.

MAHBUB, T. et al. Diabetes is the Leading Cause of ESRD in Haemodialysis Patients. **Journal of Medicine**, v. 14, n. 1, p. 62-64, 2013.

PACE, A. E. et al. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 728-734, 2006.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006.

REDON, J. Diabetic Kidney Disease. In: (Ed.). **Cardiorenal Syndrome: Springer**, p.319-339, 2010.

RÊGO, M.A.B. Educação para saúde como estratégias de intervenção de enfermagem junto às pessoas portadoras de diabetes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.1, p.263-265, 2008.

RHEE, M. K. et al. Barriers to Diabetes Education in Urban Patients Perceptions, Patterns, and Associated Factors. **The Diabetes Educator**, v. 31, n. 3, p. 410-417, 2005.

ROCCO, M. V.; BERNS, J. S. KDOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD: 2012 Update. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 60, n. 5, p. 850-886, 2012.

RODRIGUES, F. F. L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 284-90, 2012.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede publica do Brasil, 1999–2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008.

SBD, Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes; São Paulo: **AC Farmacêutica**, 2014.

SESSO, R.C. et al. Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. **J. Bras. Nefrol.**, v.33, n.4, p.442-447, 2011.

SILVA, C. A. B. A educação no tratamento das doenças crônico-degenerativas. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, v.19, n.4, p.195-196, 2006.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p.1039-1047, jul/ago. 2005.

TORRES, H. C. et al. Educational intervention for self-care of individuals with diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 514-519, 2011.

TRAVAGIM, D. S. A. et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.18, p. 291-297, 2010.

USRDS 2010 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. Bethesda, M. D: **National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases**; 2010.

XAVIER, A. T.; BITTAR, D. B.; DE ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 124-130, 2009.

ZUHAID, M.; ZAHIR, K. K.; DIJU, I. U. Knowledge and perceptions of diabetes in urban and semi urban population of peshawar, pakistan. **J Ayub Med Coll Abbottabad**, v. 24, n. 1, 2012.

5.2 MANUSCRITO 2 – PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: BARREIRAS NO CONTROLE DA DOENÇA

PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: BARREIRAS NO CONTROLE DA DOENÇA

RESUMO: Trata-se de um estudo qualitativo que teve como objetivo identificar as barreiras que as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 enfrentam para controlar sua doença. O estudo foi realizado com 20 pessoas, em quatro centros de saúde em um município do Sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a setembro de 2014 por meio de uma entrevista semiestruturada. Os dados coletados foram importados para o *software Ethnograph 6.0* para organização e codificação. Para análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo convencional. Como resultados, foram identificadas as seguintes barreiras no controle da doença: barreiras emocionais, barreiras econômicas e barreiras de acesso aos serviços de saúde. As pessoas enfrentaram dificuldades emocionais para o controle da doença, principalmente relacionadas à falta de apoio da família nos cuidados com a doença. O custo da doença foi considerado um ônus para as pessoas, indicando que mesmo estando em um serviço público, há despesas que precisam realizar para dar conta do controle da doença, como ter que comprar alimentos e medicamentos que não são disponibilizados gratuitamente pelo serviço de saúde. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, os participantes relataram dificuldade para a utilização do serviço público relacionadas à dificuldade de marcação de consultas para acompanhamento e consultas especializadas. Dessa forma, os profissionais da saúde, com destaque para a enfermagem, devem orientar as pessoas a encontrarem caminhos para um melhor controle do DM. Neste sentido, estes profissionais devem estar preparados para identificar e superar os obstáculos, desenvolvendo estratégias de acordo a necessidade de cada pessoa, ajudando-a a atingir o controle necessário.

Palavras-chave: Enfermagem. Barreiras. Doenças Crônicas. Diabetes Mellitus. Acesso ao serviço de saúde.

ABSTRACT: This is a qualitative study that aimed to identify the barriers that people with type 2 diabetes mellitus face in managing their disease. The study was conducted with 20 people in four health centers

in a municipality in Southern Brazil. The data were collected out between Jun and September of 2014 through a semi structured interviews. The collected data were imported into the Ethnograph 6.0 software for organizing and coding. For data analysis we used the conventional content analysis technique. As a result, barriers were identified in disease control: emotional barriers, economic barriers and barriers to health service access. People faced emotional difficulties to control the disease, mainly related to the lack of family support in caring for the disease. The cost of the disease was considered a burden to people, indicating that despite being in a public service, there are expenses that need to perform to give disease control account. With regard to access to the health services participants reported difficulty in the use of public services related to the difficulty of appointments for monitoring and specialist consultations. In this way, health professionals, especially nursing, should guide people to find ways to better control of diabetes. Therefore, these professionals should be prepared to identify and overcome obstacles by developing strategies according to the needs of each person, helping to achieve the necessary control.

Keywords: Nursing. Barriers. Chronic Diseases. Diabetes Mellitus. Access to health services

INTRODUÇÃO

Enfrentamos um crescimento epidêmico do número de pessoas com diabetes mellitus (DM) em todo o mundo (IDF, 2013). Estima-se que mundialmente o número de pessoas com DM sofrerá um aumento de 50,7% entre 2011 e 2030, ou seja, uma taxa anual média de crescimento de 2,7% (WHITING et al., 2011). Este aumento tem sido explicado pela intensificação da globalização, consumo crescente de alimentos industrializados, adoção de estilo não saudável, bem como a diminuição da atividade física (SINGER, 2014). No Brasil, o DM representa 5,2% das causas de mortes e, juntamente com outras doenças crônicas, atinge especialmente grupos populacionais vulneráveis, como idosos e aqueles de baixa renda e escolaridade (FREITAS; GARCIA, 2012).

O cuidado e o manejo do DM consistem um desafio para a sociedade e para o sistema de saúde, pois demanda altos custos

financeiros para seu controle e tratamento (SBD, 2014). Se não tratada de forma adequada, o DM pode levar o indivíduo a apresentar, em longo prazo, complicações crônicas e irreversíveis, como disfunção e falência de órgãos, acarretando doenças, como a neuropatia, a nefropatia, a retinopatia, o infarto do miocárdio e acidentes vasculares (BRASIL, 2013a).

O controle do diabetes é complexo e envolve mudanças no estilo de vida, rotinas e hábitos, especialmente relacionados à medicação e alimentação das pessoas que possuem essa doença, provocando grande impacto na vida (BRASIL, 2013a). Os principais componentes para o controle e cuidado adequado com o diabetes envolvem o conhecimento, o controle glicêmico, a alimentação saudável e a atividade física regular (ADA, 2014).

Porém, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adesão ao autocuidado pode ser influenciada por diversos fatores, tais como: características pessoais; condição socioeconômica e cultura; aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe profissional. Desta forma, as pessoas são susceptíveis em encontrar barreiras que podem afetar os cuidados, representando grandes desafios para adesão ao tratamento. Pesquisa mostra que pessoas que encontram essas barreiras possuem baixa aderência aos seus planos de cuidados, contribuindo assim para aparecimento de complicações (RENDLE et al., 2013).

Nesse sentido, pesquisas em toda parte do mundo têm apontado barreiras percebidas pelas pessoas com DM para o controle da doença, entre elas destacaram-se as seguintes: informações confusas passadas pelos profissionais; hábitos culturais; falta de recursos financeiros; falta de apoio; desconhecimento das taxas de glicose; bem como problemas emocionais e psicológicos (WILKINSON; WHITEHEAD; RITCHIE, 2013; WINSTON et al., 2011; SIMMONS et al., 2007; PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

Nesta perspectiva, identificar as barreiras no controle do DM pode contribuir com as práticas de saúde e de enfermagem mais sensíveis e condizentes com as necessidades de cada contexto em que os indivíduos estão inseridos. Apesar do diabetes ser um tema bastante investigado e explorado, percebe-se que ainda há grandes lacunas, especialmente no que se refere ao reconhecimento do que pode dificultar o controle da doença. Dessa forma, a realização do presente estudo se justifica, uma vez que pode fornecer subsídios para adotar novas

estratégias de intervenções, que sejam mais eficazes para o controle do diabetes, dificultando ou retardando o aparecimento das complicações.

Considerando esta situação, desenvolvemos um estudo que teve como objetivo identificar as barreiras que as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) enfrentam para controlar sua doença. O mesmo foi orientado pela questão: quais são as dificuldades que as pessoas com diabete mellitus tipo 2 enfrentam para o controle da doença?

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizado em quatro Centros de Saúde (CSs) de um município do Sul do Brasil, cada um deles localizados em diferentes distritos sanitários. Os participantes do estudo foram 20 pessoas com DM, respeitando os critérios de saturação de dados pelas pesquisas qualitativas.

Para participação na pesquisa foram realizados convites em salas de espera dos CSs, nos grupos de ginásticas, nos grupos de insulinodependentes e grupos de idosos. Aos que aceitaram participar, foi solicitado o telefone e o endereço para posterior contato e definição do dia, horário e local da entrevista.

Elegemos como critérios de inclusão para seleção dos participantes: homens ou mulheres com idade inferior a 70 anos, fazer uso de hipoglicemiantes ou insulina e ter diagnóstico médico de DM2 há mais de cinco anos. Como critérios de exclusão foram adotados: ter dificuldade de comunicação, avaliado subjetivamente pela pesquisadora.

Os dados foram coletados nos meses de junho a setembro de 2014 nos domicílios e CSs, conforme preferência do participante, por meio de roteiro semiestruturado contendo dados sociodemográficos e algumas questões norteadoras como: Como o(a) senhor(a) descobriu o diabetes? Como tem sido viver com o diabetes? O que o(a) senhor(a) sabe sobre o diabetes? O que modificou em sua vida após o diabetes? Quais as facilidades/dificuldade encontradas para o cuidado e tratamento do diabetes? Quais as complicações o(a) senhor(a) sabe que o diabetes pode ocasionar?

Com anuência dos participantes da pesquisa, as entrevistas foram gravadas em áudio digital e tiveram duração média de 50 minutos cada uma. Estas entrevistas foram transcritas de acordo com regras pré-

estabelecidas e para organização dos dados foram importadas para *software Ethnograph 6.0*, onde foram codificadas.

Os dados foram analisados mediante a análise de conteúdo convencional (HSIEH; SHANNON, 2005). A análise foi iniciada com leituras e releituras sucessivas das entrevistas para atingir imersão e obter uma noção do todo, permitindo a elaboração de códigos. Estes códigos foram organizados, buscando identificar as dificuldades relatadas pelas pessoas no cuidado do DM. Deste modo, permitiu-se a elaboração da categoria que indicou as barreiras que no controle do DM.

Quanto aos aspectos éticos, os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa, foram comunicados que poderiam desistir de participar do estudo a qualquer momento sem prejuízos e solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 711.982 e norteado pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b). Para manter o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra P (participantes), seguida de um número sequencial de realização da entrevista (P01 a P20).

RESULTADOS

A maioria dos participantes da pesquisa era do sexo feminino (75%), oito dos vinte possuíam apenas o ensino fundamental incompleto, a idade variou entre 47 e 68 anos e o tempo de diagnóstico variou entre 10 e 30 anos.

A análise dos dados nos permitiu conhecer as barreiras que influenciam no controle do DM. A seguir, é apresentada a categoria formada durante a análise dos dados, com suas subcategorias, as respectivas ideias centrais e o discurso dos participantes.

Categoria 1: Barreiras no controle do diabetes mellitus

1.1 Barreiras emocionais

Os relatos apontaram que o DM gera sentimentos considerados como possíveis barreiras emocionais que, de forma direta ou indireta, afetam o controle da doença. As barreiras emocionais identificadas, a partir dos relatos dos participantes, estavam relacionadas a situações de estresse e a sentimentos, tais como: tristeza, desamparo, abandono, ansiedade e preocupação. Essas situações de estresse advinham de diferentes situações do dia a dia, da lida com seus problemas cotidianos. Havia o reconhecimento de que incomodações, preocupações e estresse acabavam por interferir no controle do DM.

Incomodação, incomodação, por exemplo, assim ó: eu fico nervosa. Isso aí ajuda muito a aumentar o diabetes, a gente ficar nervosa, preocupada, incomodação com o marido, dos filhos, preocupada, isso aí ajuda muito, e quando eu fico eu sinto que o diabetes aumenta. (P02).

Eu não posso me incomodar. Eu não posso me incomodar, se eu discutir ou brigar, ou me incomodar. A gente está acostumada a trabalhar desde guri pequeno, aí a gente fica dentro de casa, a gente fica pensando coisa, cismando. Aí, se eu não saio de casa ou vou na casa de um vizinho ou na casa de um colega meu que tem aqui em cima, quando chego lá, que vou furar o dedo, a diabetes tá, a minha diabetes da alta. Só nisso a minha diabetes já tá alta. Só de ficar nervoso ou me incomodar, que a minha diabete aumenta! (P12).

Mas eu acho que preocupação, o estresse influencia muito para ela aumentar. As nossas emoções atinge o diabetes, e aí ela nem mudava, sabe/ Quando estava preocupada, sempre alta, alta, alta (P08).

Quando a gente tem uma preocupação muito grande mexe com o emocional e daí a glicemia aumenta, mesmo se eu não comi nada pra aquilo, aumenta (P09).

Algumas vezes, essa situação era tão importante para as pessoas, interferindo de forma tão expressiva, que percebiam a necessidade de buscar apoio, como por exemplo, de um psicólogo.

Mas, a ansiedade por causa da doença era uma coisa bem complicada, e não conseguia controlar. Cheguei a fazer tratamento com o psicólogo. Agora, faz alguns anos que eu fiz tratamento psicológico, daí deu uma melhorada (P05).

Situações de preocupações relacionadas à família, tanto em situações rotineiras ou marcantes da vida, afetavam a vida emocional e consequentemente o controle da doença.

Assim, eu tive uma época que fiquei muito triste quando meu filho foi estudar em Lajes, passei uma época muito difícil. Aquilo para mim mexeu e ai descompensou. O emocional mexe com o diabetes, tem pessoa que diz que não, mas mexe sim (P06).

E eu sou muito estressada, muito nervosa. Aí tem dia que vai a 400 e pouco, em jejum 350. Eu acho que depende muito do meu emocional. Porque eu perdi um filho meu faz três anos, ai pronto. Ai pronto... Ai eu não aceito. A gente pensa todos os dias, todos os dias, todas as horas eu penso nele. E eu me incomodo com tudo, fico nervosa, até no pensamento. Bom, não precisa ninguém brigar comigo. Eu me estresso até com o meu pensamento. Penso nele

e fico muito triste, aí meu diabetes vai lá para cima. É difícil (P01).

Eu fui pai e mãe, eu sofri muito na época deles adolescentes porque eu pensava assim que a responsabilidade era toda minha, não era de dois, era de um porque só eu que estava com eles, né. Sofri muito e isso daí me deixou muito triste. Também contribuiu muito para minha diabetes surgir mais rápido. Muita emoção, muita tristeza, e também fiquei com eles, quatro filhos pequenos e eu tinha que dar conta (P09).

A falta de apoio dos familiares e amigos nos cuidados e tratamentos com o diabetes foi considerada como motivo de tristeza, desamparo e abandono. Observa-se nas falas a desvalorização da doença por parte dos familiares, onde muitos não reconheciam o diabetes como uma doença. Dessa forma, não se preocupavam em dar um suporte e apoio para melhor controle da doença, o que repercutia nas pessoas que se sentiam desvalorizadas.

Não tão nem ai para mim!!!! Não, não tão nem ai. Meu marido deu derrame, mas antes dele ter o derrame, ele nunca se preocupou comigo. Ninguém nunca preocupou comigo. Nem os filhos, ninguém! Agora eu tenho uma neta que mora comigo...Mas eu tenho que fazer por mim, porque se for pela a ajuda dos filhos, dos outros e da família...eles não estão nem ai. Não ligam, não ligam, eles não se preocupam. Açam que diabetes não é nada. Acha que diabetes é só na palavra. Eles não levam a sério e eles sabem por que são todos inteligentes né?! Não tem nenhum tolo! Mas eles não tomam o cuidado comigo, não me ajudam, não estão nem aí. [...] Só eu mesma, então eu tenho que fazer por mim, porque se eu não fizer por mim, ninguém faz. Eu tenho que me virar nos meus cuidados com o diabetes, ai

fica mais difícil. Ninguém ajuda, sou só eu e eu, ninguém mais (P01).

Agora de uns tempos para cá que eu estou nesta aí, que eles não ajudam, aí eu fico nervosa. Essa filha minha disse que eu não tenho nada. Disse que eu me faço de doente. Isso dificulta muito para o nosso controle (P04).

De forma contrária, como uma maneira de superar as barreiras, o apoio social da família e amigos, foi considerado como um facilitador do cuidado e controle do diabetes. Alguns participantes referiram ter recebido dos familiares e amigos apoio, carinho, compreensão e estímulo para seguir com os cuidados com a doença.

Todos ajudam né? Principalmente o meu marido. Quando ele está em casa ele costuma fazer comida, ele gosta de cozinhar, faz as comidas que eu posso comer. Ele cuida de mim e me ajuda a controlar a doença (P07).

Meu filho aprendeu tanto comigo que quando ele estava em casa, ele media a minha glicemia, ele aplicava insulina, ele fazia tudo. Se eu passasse mal assim, que quando eu passava mal, me dava uma tremedeira, me dava um mal estar muito grande, ele me levava para o banheiro e dizia: mãe vai tomar um banho pra eu te levar pra emergência, sempre me ajudando (P09)

E que é assim oh! Quando eu descobri o diabetes eu estava casada, eu e um marido. Então foi tranquilo porque ele acompanhava também e ele comia tudo o que eu comia me dando um apoio para controle do diabetes [...] E também então todos os meus amigos

aprenderam a cozinhar pra mim e onde eu trabalhava todos gostavam da minha comida, comiam o meu lanche... Então eu fui abençoada com isso (P11).

Sentimentos de tristeza também se referiram a outras situações decorrentes da própria doença, como por exemplo, ter que mudar a alimentação, passando a se privar de alimentos que estavam em sua rotina diária e que eram fonte de prazer.

Eu ficava triste porque eu ia comer tudo aquilo que eu não gostava de comer, né. Aquilo que era saboroso e que eu achava que era bom, não comia. Então eu comecei a ficar meio depressiva, sabe. Não querer ir a mais lugar nenhum, não querer comer fora, mais nada né [...] Quer ver assim, o verde, a folha eu não podia mais ver, sabe. Aquilo me irritava até quando eu ia para mesa e via aquilo na minha frente (P09).

Porque tu queres comer as coisas e tu não podes comer. Nem sempre assim sabe, assim quando dá vontade de comer um doce, eu tenho que comer. Mas às vezes não, eu consigo controlar sabe?! Ai eu fico muito triste, sabe? (P04).

O fato de não poder comer algumas coisas, fazia as pessoas não terem ânimo para participar dos eventos sociais, gerando uma sensação de privação e frustração, como mencionado a seguir.

Mas assim ó, eu não tenho ânimo de ir a lugar mais nenhum. Eu estou evitando ir a um barzinho, um restaurante, algum lugar assim, porque pra ir lá, ver os outros comer, os outros beberem, não dá, acaba frustrando porque não podemos comer (P14).

Deste modo, observamos que as pessoas com diabetes mellitus possuem barreiras emocionais, tais como: (i) situações estressantes decorrentes do cotidiano da vida, (ii) tristeza gerada pela falta de apoio dos familiares, (iii) mudanças e restrições nas alimentações, (iv) sensações de frustração por não participar de eventos sociais, que podem afetar o controle da doença.

1.2 Barreiras econômicas

O custo da doença foi considerado um ônus para as pessoas, indicando que mesmo estando em um serviço público, há despesas que precisam realizar para dar conta do que os profissionais indicam como parte do tratamento. Isso acaba gerando dificuldades financeiras para as pessoas com DM e seus familiares.

É porque eu vou te dizer, o diabético precisa muito de coisas particulares, mas fica tão caro pra ele porque a consulta já é cara, o remédio daí é caro, aí fica tudo muito caro para o diabético e a gente não tem condições para fazer tudo (P09).

A maioria das pessoas referiu sua insatisfação com o alto custo dos alimentos recomendados na dieta, muitas vezes, não tendo condições de comprar o que lhes foi prescrito pelos profissionais da saúde, optando por outros alimentos.

Assim, eles mandam a gente comer, dão aquela lista. Mas nem sempre a gente tem condições de comprar aquelas coisinha, que é que a gente precisa comer! O pão integral não, a gente pode comer, comprar. Mas tem muitas coisas que eles mandam, que agora não me vem na memória assim, que nem sempre a gente pode comer aquela comida que a nutricionista manda. Sabe? São comidas caras! (P05).

Eu faço, mas daí ele compra as coisas que a gente pode comer, porque não é fácil, não! Muito caros os produtos, a gente não consegue comprar tudo. E é ilusão também usar diet, é ilusão. A gente tem que comer comida assim caseira, na hora certa, almoço, feijão, arroz (P07).

Outro aspecto mencionado pelos participantes do estudo foram os altos custos dos medicamentos, especialmente os que utilizam a insulina. As pessoas entrevistadas relataram não receber a insulina prescrita, pela falta destas nos centros de saúde, nas farmácias ou nos hospitais públicos. Frequentemente era necessário comprar a insulina, no entanto, muitos participantes não dispunham do recurso financeiro para tal. Por esta razão, uma estratégia utilizada por alguns foi abrir um processo para conseguir a medicação judicialmente.

O que eu posso ir pagando, eu vou pagando, mas não é sempre que a gente pode. Que nem os remédios que eu tomo, a maioria tem que comprar, ontem eu fui na farmácia, não comprei todos os remédios e gastei duzentos reais. A insulina que tomo é cento e poucos reais [e: a insulina a senhora não consegue pegar no posto?]. Não, porque a que tem aqui não é a que tomo. Às vezes, é complicado para comprar, tem mês que não tem como (P08).

Agora, essa minha insulina que tomo, o médico achou melhor eu tomar ela, visto a minha idade e a questão do tempo, achou melhor assim, então enquanto eu estou podendo, eu estou comprando, porque ela é muito cara e não tem no posto (P07).

Mas uma insulina não tem no posto, a gente não podia comprar, é muito cara. Depois de um tempo a gente fez um processo e conseguimos, a gente conseguiu lá pela

secretaria, aí todo mês eu vou lá pegar, é lá em Campinas, todo mês vou lá pegar, de 30 em 30 dias tenho que ir lá buscar (P13).

Dessa forma, as pessoas com diabetes mellitus possuem algumas barreiras no âmbito econômico, nos quais, os principais fatores relatados foram relacionados ao alto custo dos alimentos prescritos para a dieta e, especialmente, pelas medicações que não são disponibilizados na atenção básica, tendo que dispor de recurso financeiro para adquirir.

1.3 Barreiras de acesso aos serviços de saúde

Os participantes relataram dificuldades para a utilização do serviço público de saúde. Entre essas dificuldades, as que mais se destacaram foram com a marcação de exames para acompanhamento e controle da doença e a consulta com especialistas.

Reconhecem que essa dificuldade de acesso pode promover uma demora na identificação precoce de complicações do DM.

Estou com problema na visão por conta do diabetes. Vai fazer três meses que estou para consultar com o médico e não resolveu, não tem vaga. Mas está demorando, acho que até já perderam a requisição, já me deu outra (P07).

Olha só. A gente depende do SUS. O jeito, as consultas é um sofrimento, é um sofrimento. Eu consulto aqui no posto, mas também tive que pegar médico pagando, pagando porque se fosse esperar pelo posto, nem eu sei o que seria. Se eu fosse esperar pelo posto (P08).

A maior dificuldade de um diabético é poder consultar com o endócrino e poder ter um retorno desse médico, mais rápido. Eu já tenho oito meses que não vou, nem pra levar esse exame. E nem pra consultar. Assim, a maior dificuldade que tenho para controlar, acho que

deveria melhorar bastante, a gente ter mais acesso ao especialista (P16).

Em relação ao agendamento de consultas com médicos especialistas, a situação fica ainda mais complicada, pois dependendo do especialista há ainda mais dificuldade em conseguir atendimento. Dessa forma, como observamos nas falas a seguir, os participantes necessitam recorrer às consultas particulares e planos de saúde.

Muito difícil, tu vai marcar um endócrino agora, no mínimo seis meses, vem no posto e não consegue marcar. Felizmente eu não estou precisando, demora aquela coisa toda, mas daí se tu precisas de uma consulta de emergência ou se tu queres tua revisão demora em conseguir (P11).

O que é difícil é médico. E o posto de saúde aí não tem ginecologista. Só tem clínico geral, eu agora precisava para fazer um preventivo, mas aí no posto não tem, só tem clínico geral e eles não conseguem encaminhar para outro lugar [...] porque as pessoas com diabetes sofrem muito, precisam fazer exame e não consegue consultar, aí é bem complicado (P07).

Eu não consigo ser atendida no posto, porque eles dizem que tem que trazer no posto, mas eu trago no posto e eles não conseguem consulta. O meu oftalmologista eu tiver que pagar, porque está mais de um ano aqui parado o pedido (P08).

Desta maneira, observamos que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para marcação de consultas e acompanhamento com especialistas, são barreiras que dificultam o controle do diabetes, muitas vezes, tendo que recorrer a consultas particulares para não terem maiores complicações.

DISCUSSÃO

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento do diabetes, o controle metabólico ainda é reconhecido como um desafio para as pessoas que possuem o DM e para os profissionais da saúde. Como apontam alguns estudos, várias barreiras podem influenciar no bom controle do diabetes (HU et al., 2013; DALY et al., 2009). Este estudo identificou barreiras como: emocionais, econômicas e de acesso aos serviços de saúde, que dificultam o controle da doença possibilitando assim o aparecimento de complicações crônicas.

A Associação Americana de Diabetes ressalta a necessidade de que fatores emocionais, como estresse, ansiedade, depressão sejam avaliados quando há um baixo controle glicêmico, sugerindo que estes fatores são de fundamental importância para o seguimento do tratamento, fazendo parte dos padrões de cuidados para o diabetes (ADA, 2014). Ramos e Ferreira (2013) enfatizam a necessidade de considerar a importância dos fatores emocionais em indivíduos que convivem diabetes, oferecendo suporte emocional e treino em estratégias de enfrentamento da doença.

Estudo realizado por Dos Santos Filho, Rodrigues e Santos (2008) identificou que as reações emocionais mais comuns que interferiram no autocuidado de pessoas com DM1 e DM2, foram: medo, estresse, ansiedade, tristeza, depressão e raiva/revolta. Portanto, concluíram que há necessidade dos profissionais de saúde darem mais importância a esses aspectos da vida das pessoas com DM, uma vez que as manifestações emocionais podem ter relação com controle glicêmico adequado e com a qualidade de vida do paciente.

Estudo semelhante encontrou categorias como “alto custo” e “depressão” associados com níveis de hemoglobina glicosada mais elevados (DALY et al., 2009). A depressão é destacada em estudos como um fator negativo relevante para a mudanças de hábitos e a adesão ao tratamento das pessoas com DM (PENCKOFER et al., 2007; FISHER et al., 2007). Dessa forma, durante o planejamento dos cuidados em saúde deve-se atentar para a presença de aspectos emocionais, como a depressão e ansiedade, com vistas a buscar medidas terapêuticas efetivas (OLIVEIRA et al., 2011).

De Assis Costa et al. (2008) em seu estudo, apontam que o apoio da família e dos amigos é primordial para a conscientização das mudanças necessárias e controle da doença, chegando ao sucesso do

tratamento. A família e as pessoas próximas são influências expressivas para um viver mais saudável, podendo ajudar no controle da doença (FRANCIONI; SILVA, 2007). Observamos em nosso estudo que alguns participantes possuíam apoio da família e de amigos para controle da doença. Este apoio foi observado também no estudo realizado por Dornelles et al. (2013) onde a família teve papel de destaque, apoiando as pessoas com DM no processo saúde e doença. Os familiares denotaram preocupação e se mostraram disponíveis e interessados nos cuidados, especialmente com relação à dieta, as medicações e ao controle glicêmico. Resultados do estudo de Rosland et al. (2008) ressaltam a importância da participação constante e integração da família no plano de tratamento e cuidado da pessoa com DM, tendo em vista a necessidade de contextualizar o cuidado em saúde.

No entanto, observamos que a família nem sempre apoia o cuidado das pessoas com DM, desvalorizando e dificultando assim no controle da mesma. Nossos achados corroboram com os resultados de uma pesquisa realizada em outra região do país, na qual os participantes que perceberam ausência de apoio familiar, tiveram sentimentos de abandono, desamparo e dificuldades de comunicação na família, tornando o convívio com a doença uma tarefa árdua, solitária e desafiadora (DOS SANTOS et al., 2011).

Há ainda, sentimentos de tristeza, revolta e sofrimento devido às restrições impostas pela alimentação. Estudo realizado por Silva, Hegadoren e Lasiuk (2012) com donas de casa brasileiras com DM2 corroboram com os dados de nossa pesquisa. Os resultados deste estudo mostram que os sentimentos das mulheres variavam entre irritação, raiva ou ansiedade quando se sentiam privadas de algo, ou quando um familiar interferia em suas escolhas alimentares ou proibiam certos alimentos.

Estudo semelhante avaliou o conhecimento, o pensamento e os sentimentos de mulheres com DM com relação à dieta prescrita. Para estas mulheres, a maior dificuldade e o que as fazia sentirem-se tristes, era tocar, olhar e manipular os alimentos durante o seu preparo e não poder ingeri-los (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

Dessa forma, as reações emocionais precisam ser compreendidas pelos profissionais da saúde, entre outros, os profissionais da área da enfermagem. O enfermeiro deve avaliar e dar suporte emocional a esse indivíduo, uma vez que para o sucesso do tratamento, a pessoa precisa estar com o DM controlado, necessita se

sentir saudável e com uma boa qualidade de vida, longe de medos, mas esclarecido sobre sua doença e como o mesmo pode ajudar no seu tratamento. (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013). No entanto, estudo aponta que estes profissionais ainda estão pouco capacitados para o cuidado com a pessoa com DM, quanto aos aspectos emocionais mobilizados pelo tratamento (RIBAS, 2013).

A condição financeira é outro fator que também pode influenciar negativamente no controle da doença. Os achados de outros estudos corroboram com os nossos resultados, em que os aspectos financeiros dificultam o seguimento da dieta e o controle do diabetes (RENDLE et al., 2013; PONTIERI; BACHION, 2010).

Estudo realizado por Ataíde e Damasceno (2006) também identificou que a questão econômica foi associada como empecilho para comprar os alimentos indicados para seguimento da dieta. Além disso, estudo realizado por Souza e Garnelo (2008) observou dificuldades no seguimento das dietas prescritas pelo significado simbólico e afetivo da partilha de refeições em família, prejudicada pelo rigor de uma dieta “sem graça”. Este estudo apontou ainda que tais contextos eram ignorados pelos profissionais de saúde. Esses profissionais atribuíam os problemas nessa esfera, exclusivamente, à falta de compromisso dos doentes com o tratamento (SOUZA; GARNELO, 2008).

As pessoas com diabetes são orientadas pelos profissionais a realizarem uma dieta diferenciada para o controle da doença, porém, muitos produtos prescritos, como os dietéticos, têm um custo mais elevado e nem todas as pessoas conseguem adquiri-los. Comumente, as pessoas buscam alternativas não saudáveis para sanar esta dificuldade. O estudo realizado por Rendle et al. (2013), relatou estratégias usadas pelos participantes para reduzir os custos em alimentos, como por exemplo, comprar a carne mais barata, que geralmente é mais gordurosa, pular refeições e comer pequenas porções de alimentos não saudáveis. Estas estratégias prejudicam o tratamento do DM, resultando no mau controle da doença e na maior possibilidade de aparecimento das complicações.

Portanto, há necessidade dos profissionais de saúde facilitarem a comunicação com as pessoas com DM, questionando sobre suas preferências, crenças e condições econômicas, obtendo informações diretas sobre as questões sociais e econômicas, adaptando o tratamento de maneira que melhor atenta o estilo de vida das pessoas (RENDLE et al., 2013).

As barreiras econômicas também estão associadas a aquisição de medicamentos prescritos. Para Paiva, Bersusa e Escuder (2006), muitas pessoas com DM referiram terem gastos mensais com medicamentos por não estarem disponíveis nas unidades básicas de saúde.

Em relação ao acesso ao serviço de saúde, estudos apontaram resultados que corroboram aos nossos, no qual os participantes relataram dificuldades de acesso a exames, desde a demora em suas marcações e resultados, até para conseguir ser atendido na unidade e na referência de consultas especializadas (AZEVEDO; COSTA, 2010; SOUZA et al., 2008; CUNHA; OLIVEIRA et al., 2012). Este achado também coincide com o estudo realizado por Dos Santos Oliveira et al. (2014), onde o acesso ao serviço de saúde foi apresentado entre as principais dificuldades pelas pessoas para adesão ao tratamento.

No estudo de Coelho, Jorge e De Araújo (2012), as pessoas entrevistadas também relataram dificuldade de acesso ao atendimento com médicos especialistas, uma vez que este tipo de atendimento era realizado em outras instituições que possuem nível secundário e terciário, cujo acesso se dá por fila de espera e a pessoa pode esperar por um ano ou mais. Araújo et al. (2008) demonstram que esta dificuldade de acesso ainda permanece como um importante problema na atenção básica, constituindo, ainda hoje, um desafio para o Sistema Único de Saúde.

Em contrapartida, convém destacar que de acordo o Ministério da Saúde é imprescindível à vinculação das pessoas com DM e hipertensão arterial às unidades de atendimento, a garantia do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados no tratamento dessas doenças (BRASIL, 2013a).

Além disso, estudo de Torres, Santos e Cordeiro (2014) evidenciou a importância da estratégia da visita domiciliar que permite levar educação em saúde para usuários com dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica, a fim de orientar as práticas do autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas que vivem com diabetes enfrentam múltiplos fatores que afetam o cuidado da doença em seu dia a dia. Neste estudo, consideramos esses fatores como barreiras que impedem as pessoas com DM a alcançarem o melhor controle e cuidado com a doença, podendo

desenvolver sérias complicações. As barreiras foram decorrentes da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, das questões econômicas, dos aspectos emocionais, da falta de motivação e do envolvimento das pessoas e profissionais no tratamento. Dessa forma, é necessário que o sistema de saúde melhore a acessibilidade e eficiência nos cuidados, ajudando tanto os profissionais de saúde quanto pacientes a atenderem os padrões desejáveis de controle do diabetes.

Os profissionais da saúde, com destaque para a enfermagem, possuem um papel relevante em ajudar e orientar as pessoas a encontrarem caminhos para um melhor controle do DM. Dessa forma, devem estar preparados para identificar e superar os obstáculos, desenvolvendo estratégias de acordo as necessidades de cada pessoa, ajudando a atingir o controle necessário.

Os resultados deste estudo reforçam a importância de identificar as barreiras no cuidado e controle glicêmico das pessoas com diabetes. Estas barreiras repercutem de diversas maneiras no controle metabólico e na qualidade de vida as pessoas com diabetes que precisam ser superadas.

Ressaltamos ainda, que mesmo sendo um estudo realizado em um município, sua relevância se faz presente, pois corrobora com outros estudos realizados em diferentes locais do país e do mundo, evidenciando que é um problema que tem uma abrangência maior do que o que vem sendo colocado. Além disso, destacamos que as barreiras apresentadas devem ser objeto de políticas públicas mais específicas, especialmente que deem conta dos aspectos emocionais, que mesmo sendo reiteradamente identificado nos estudos, pouco tem sido modificado na prática.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2014. **Diabetes Care**, v. 37, n. 1, p. 14-80, 2014.

ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N.F.C.; SILVA, R.M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Cienc. Saúde Colet.**, v.13, n. 6, p.1899-906, 2008.

ATAÍDE, M. B. C.; DAMASCENO, M. M. C. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 4, p. 518-523, 2006.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do acesso na Estratégia da Saúde da Família. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Cadernos de atenção básica**, v: 36,160 P, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Brasília: Conselho Nacional de Saúde**, 2013b.

CHAVES, M. DE O.; TEIXEIRA, M. R. F.; SILVA, S. É. D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 215-221, 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; DE ARAÚJO, M. E.. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2012.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V DA. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

DALY, J. M. et al. An assessment of attitudes, behaviors, and outcomes of patients with type 2 diabetes. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 22, n. 3, p. 280-290, 2009.

DE ASSIS COSTA, J. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de

programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

DORNELLES, S. S. et al. O cuidado à pessoa com diabetes mellitus e sua família. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2013.

DOS SANTOS FILHO, C. V.; RODRIGUES, W. H. C.; SANTOS, R. B. Papéis de autocuidado-subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 125-129, 2008.

DOS SANTOS OLIVEIRA, M. DO S. et al. Avaliação da adesão terapêutica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 6, 2014.

DOS SANTOS, M. A. et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 651-658, 2011.

FISHER, E. B. et al. Healthy Coping, Negative Emotions, and Diabetes Management A Systematic Review and Appraisal. **The Diabetes Educator**, v. 33, n. 6, p. 1080-1103, 2007.

FRANCIONI, F. F; SILVA, D. G. V. DA. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 1, p. 105-11, 2007.

FREITAS, L. R. S. D.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. serv. Saude**, v. 21, n.1, p. 7-19, 2012.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative health research**, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

HU, J. et al. Perceptions of barriers in managing diabetes: perspectives of Hispanic immigrant patients and family members. **Diabetes Educ**, v. 39, p. 494-503, 2013.

International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas**: sixth edition [Internet]. 2013. Disponível em:
<http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf.>
Acesso em 31 out. 2014.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

OLIVEIRA, N. F. de. et al. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Rev. Bras. Enferm**, v. 64, n. 2, p. 301-307, 2011.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 377-385, 2006.

PENCKOFER, S. et al. The psychological impact of living with diabetes women's day-to-day experiences. **The Diabetes Educator**, v. 33, n. 4, p. 680-690, 2007.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 310-7, 2006.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010.

RAMOS, L.; FERREIRA, E. A. P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Revista brasileira de crescimento desenvolvimento humano**, v.21, n.3, p. 867-877, 2011.

RENDLE, K. A. S. et al. Persistent Barriers and Strategic Practices Why (Asking About) the Everyday Matters in Diabetes Care. **The Diabetes Educator**, v. 39, n. 4, p. 560-567, 2013.

RIBAS, C. R. P. Representação social de profissionais de saúde sobre aspectos emocionais relacionados ao diabetes mellitus. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2013.

ROSLAND, A. M. et al. When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. **Journal of general internal medicine**, v. 23, n. 12, p. 1992-1999, 2008.

SBD, Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014 /Sociedade Brasileira de Diabetes; São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SILVA, D. G. V. DA.; HEGADOREN, K.; LASIUK, G. As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 469-477, 2012.

SIMMONS, D. et al. Discordance in perceptions of barriers to diabetes care between patients and primary care and secondary care. **Diabetes Care**, v. 30, n. 3, p. 490-495, 2007.

SINGER, M. Non Communicable Diseases. **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society**, 2014.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, M. P. L.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n.1, 2008.

TORRES, H. DE C.; SANTOS, L. M. DOS; CORDEIRO, P. M. C. C. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 1, p. 23-8, 2014.

WHITING, D. R. et al. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. **Diabetes research and clinical practice**, v. 94, n. 3, p. 311-321, 2011.

WILKINSON, A.; WHITEHEAD L.; RITCHIE, L. Factors influencing the ability to self-manage diabetes for adults living with type 1 or type 2 diabetes. **Int J Nurs Stud**: n. 51, p. 111–112, 2013.

WINSTON, R. A. et al. Barriers to self-management of diabetes: a qualitative study among low-income minority diabetics. **Ethnicity & disease**, v. 21, p. 27, 2011.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viver com uma doença crônica significa enfrentar desafios constantes, pois requer conhecimento sobre a doença e mudanças em hábitos cotidianos. No caso da pessoa com DM, é preciso conhecer sua percepção acerca da doença a fim de melhorar o controle e evitar as complicações. Dessa forma, este estudo buscou identificar o conhecimento das pessoas acerca do DM e suas complicações, focalizando a doença renal crônica, além de identificar as barreiras enfrentadas por essas pessoas no controle da doença.

Os resultados mostraram que o conhecimento acerca do DM e das complicações é limitado às experiências da própria pessoa com a doença ou adquirido por meio do contato com pessoas próximas acometidas por alguma complicação. Em relação à DRC, poucas pessoas com DM sabiam que podiam desenvolvê-la, porém, aquelas que já vivenciaram o sofrimento de outras pessoas com DRC, expressaram temor em tê-la. Há, portanto, um conhecimento muito restrito das pessoas com DM sobre as complicações crônicas, especialmente da doença renal crônica que era, inicialmente, o foco principal do estudo. As pessoas não tinham as informações necessárias para poder fazer melhor suas escolhas de como controlar o DM, de acompanhar a evolução dessa doença e a possibilidade de detecção precoce das complicações. Mesmo quando referiram que os médicos solicitavam exames, não sabiam dizer à que aspecto eles estavam relacionados. Essa situação, mais uma vez, mostra que os profissionais da saúde, mesmo sendo orientados por políticas que preveem um processo educativo sistemático, não o implementam de forma a mudar o quadro grave de evolução do DM, com complicações dramáticas, como a DRC, as amputações e a cegueira. Apesar da atuação dos profissionais da saúde não ser objeto desse estudo percebemos nas respostas das pessoas com DM as lacunas existentes e que precisam ser seriamente consideradas pelo sistema de saúde, construindo estratégias para superá-las.

Houve um pequeno número de indicações dos enfermeiros e demais profissionais de saúde, como principal fonte de informações sobre a doença. Em contrapartida a mídia televisiva, impressa e até mesmo a internet ganharam destaque. O que evidencia a importância da enfermagem assumir seu papel profissional de ser mais ativa em relação à educação em saúde, comprometendo-se efetivamente na atenção às pessoas com diabetes. Esse processo educativo precisa considerar a pessoa em seu contexto sociocultural, portanto, levando em

consideração o conhecimento da pessoa com DM e as diferentes fontes de informação sobre a doença.

Nesse sentido, evidenciamos a necessidade de ampliação das ações públicas que abrangem meios de comunicação em massa e novas tecnologias. Entre outras ações, sugerimos a divulgação de conteúdos por meio de *websites*, vídeos, comunidades em redes sociais e aplicativos em dispositivos móveis de forma coordenada, envolvendo políticas públicas do Ministério da Saúde, secretarias de saúde municipais e grupos de pesquisas da área.

Reforçamos a necessidade dos profissionais em saúde desenvolverem atividades educativas considerando as experiências individuais, as crenças e valores das pessoas com DM. É importante destacar que este papel de educador não deve ser aquele de transmissão “tradicional” do conhecimento, onde o profissional é meramente informante de conceitos e orientações. Deve ter o compromisso de compreender o contexto em que as pessoas com DM estão inseridas, os saberes populares, as dificuldades e como cada informação é apreendida. Essa educação deve estar pautada em uma troca de saber e experiências. Assim, dúvidas pontuais e pessoais poderão ser mais facilmente abordadas.

Além de identificar o conhecimento das pessoas acerca do DM e suas complicações este estudo identificou também barreiras econômicas, emocionais e de acesso aos serviços de saúde, enfrentadas pelas pessoas com DM e que dificultam o controle da doença.

No âmbito das barreiras econômicas, verificamos a dificuldade para aquisição de alimentos receitados pelos profissionais, bem como, insulina ou medicamentos que não são ofertados gratuitamente pelo sistema de saúde. Isto, mais uma vez, reforça a importância dos profissionais de saúde conhecerem a realidade socioeconômica das pessoas com DM a fim de adaptar, quando necessário, uma dieta ou receita de acordo com a facilidade de acesso a determinados alimentos ou medicamentos prescritos. Além disso, alertamos para a necessidade de uma constante avaliação e revisão dos medicamentos fornecidos gratuitamente à população pelo sistema de saúde.

No âmbito das barreiras emocionais, os principais relatos identificados foram preocupações relacionadas à situação de ausência do apoio familiar, por exemplo, e na adequação de novos hábitos alimentares. No primeiro caso, os achados mostraram que as pessoas

com DM, por não terem apoio e envolvimento de seus familiares no controle da doença, sentem-se, frequentemente, tristes e desamparados. O segundo achado revela a dificuldade das pessoas com DM para mudarem antigos hábitos alimentares e aceitarem permanentemente, uma dieta restrita, pois, muitas vezes, se sentem frustrados ao não conseguirem controlar o desejo de comer algo que não pode.

Verificamos também que há sobrecarga dos serviços públicos no atendimento das pessoas com DM, expressos pela dificuldade para a marcação de consultas e o acesso aos especialistas. Dessa forma, recomendamos a implantação de sistemas mais eficientes para marcação de consultas, bem como, ações que melhorem o acesso ao sistema de saúde.

Portanto, concluímos que os conhecimentos e as atitudes das pessoas com DM acerca da doença e do tratamento, bem como da possibilidade de evolução com complicações crônicas, poderia melhorar, sobremaneira, se existisse um processo de educação em saúde convergente às necessidades e situações dessas pessoas, utilizando abordagens mais dialógicas e que favorecessem o acesso das pessoas aos serviços de saúde. Isto poderia contribuir para o bem estar físico e mental; envolvimento dos familiares no tratamento; ações coordenadas entre profissionais de saúde que valorizassem as especificidades de cada indivíduo; e políticas públicas que capacitassem de forma continuada os profissionais de saúde, melhorassem o acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde, bem como, com campanhas capazes de abranger o maior número de pessoas possível.

Este estudo teve algumas limitações que devem ser levadas em consideração. Primeiramente, todas as pessoas que participaram estavam vinculadas aos centros de saúde, dessa forma, entendemos que elas tinham oportunidade de receber alguma orientação, diferentemente daquelas que têm diabetes e não estão vinculadas aos serviços de saúde. Em segundo lugar, a coleta de dados não permitiu retorno aos participantes para um aprofundamento com os mesmos. Convém destacar, que este retorno não foi possível, sobretudo, devido a demora na aprovação pelo comitê de ética em pesquisa, pois o mesmo ficou de greve durante seis meses.

Por fim, como trabalhos futuros, sugerimos estudos de intervenção educativa focados nas complicações do DM, principalmente, a doença renal crônica e estudo que identifique a ação

educativa ou o conjunto delas para possibilitar melhorar a adesão ao tratamento do DM.

REFERÊNCIAS

AL SHAFAGEE, M. A. et al. Knowledge and perceptions of diabetes in a semi-urban Omani population. **BMC Public Health**, v. 8, n. 1, p. 249, 2008.

AL-ADSANI, A. M. M. et al. The level and determinants of diabetes knowledge in Kuwaiti adults with type 2 diabetes. **Diabetes Metab**, v. 35, n.2, p.121–128, 2009.

ALMEIDA, M. C. et al. Conhecimento dos usuários sobre complicações crônicas do diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem – UFPE**, v. 08, n.1, p. 2237-2242, jul. 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 37, n. 1, p. 81-90, 2014.

BALHARA, Y. P. S.; SAGAR, R. Correlates of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes mellitus. **Indian journal of endocrinology and metabolism**, v. 15, n. 11, p. 50, 2011.

BOELL, J.E.W. **Resiliência de pessoas com doenças crônicas: diabetes mellitus e insuficiência renal crônica terminal**, 2013, 137 p. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Cadernos de atenção básica**, v: 36,160 P, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Brasília: Conselho Nacional de Saúde**, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2013**:

vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 120 p, 2014.

CALVIN, D. et al. African Americans' perception of risk for diabetes complications. **Diabetes Educator**, v. 37, n.5, p. 689–698, 2011.

CENSO, Intituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – I.B. G. E.

Disponível:

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=420540>>. Acesso em Outubro, 2014.

CEOLIN J. ; DE BIASI, L.S. Conhecimento dos diabéticos a respeito da doença e da realização do autocuidado. **Perspectiva**, v. 129, n. 35, p. 143-156, 2011.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; **Metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHAVES, M. DE O.; TEIXEIRA, M. R. F.; SILVA, S. É. D.

Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 215-221, 2013.

COLL, C. DE V. N.; AMORIM, T. C.; HALLAL, P. C. Percepção de adolescentes e adultos referente à influência da mídia sobre o estilo de vida. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 2, p. 105-110, 2012.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M.C.H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.19, n. 2, p. 232-9, 2011.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M . V. DA. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

DALY, J. M. et al. An assessment of attitudes, behaviors, and outcomes of patients with type 2 diabetes. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 22, n. 3, p. 280-290, 2009.

DE FARIA, N. V.; TEIXEIRA, C. M. de S.; NUNES, S. F. L. Conhecimento dos pacientes do programa HIPERDIA sobre a Doença Renal Crônica. **JMPHC - Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 4-9, 2014.

FISHER, E. B. et al. Behavioral Science Research in the Prevention of Diabetes Status and opportunities. **Diabetes Care**, v. 25, n. 3, p. 599-606, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, G. P.; HADDAD, M. do C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 141-154, 2008.

GREENE, J. A. et al. Online social networking by patients with diabetes: a qualitative evaluation of communication with Facebook. **Journal of general internal medicine**, v. 26, n. 3, p. 287-292, 2011.

GUARIGUATA, L. et al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. **Diabetes research and clinical practice** v. 103, n. 2, p. 137-149. 2014.

GUL, N. Knowledge, attitudes and practices of type 2 diabetic patients. **J Ayub Med Coll Abbottabad**, v. 22, n. 3, p. 118-131, 2010.

GULABANI, M; JOHN, M; ISAAC, R. Knowledge of diabetes, its treatment and complications amongst diabetic patients in a tertiary care hospital. **Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine**, v. 33, n. 3, p. 204, 2008.

HOQUE, M. A. et al. Knowledge of Diabetic Complications in a Diabetic Population. **Journal of Medicine**, v. 10, n. 2, p. 90-93, 2009.

HSIEH, H. F; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative health research**, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

HU, J. et al. Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. **Journal of clinical nursing**, v. 22, n.1-2, p. 51-60, 2013a.

_____. _____. Perceptions of barriers in managing diabetes: perspectives of Hispanic immigrant patients and family members. **Diabetes Educ**, v. 39, p. 494–503, 2013b.

International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas**: sixth edition [Internet]. 2013. Disponível em:
<http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf. >
Acesso em 31 out. 2014.

ISER, B. P. M. et al. Prevalence, Correlates and Description of Self-Reported Diabetes in Brazilian Capitals—Results from a Telephone Survey. **PloS one**, v. 9, n. 9, p. 108-144, 2014.

JARVIS, J. et al. How can structured self management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes?. **Diabetes, Obesity and Metabolism**, v. 12, n. 1, p. 12-19, 2010.

JERANT, A. F.; FRIEDERICHS-FITZWATER, M. M.; MOORE, M. Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. **Patient education and counseling**, v. 57, n. 3, p. 300-307, 2005.

KROOK, A. et al. Reduction of risk factors following lifestyle modification program in subjects with type 2 (non insulin depended) diabetes mellitus. **Clin Physiol Funct Imaging**. V. 23, p, 21–30, 2003.

KING, I. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process.** New York: Wiley Medical Publications; 1981.

KU, G. M. V.; KEGELS, G. Effects of the First Line Diabetes Care (FiLDCare) self management education and support project on knowledge, attitudes, perceptions, self-management practices and glycaemic control: a quasi-experimental study conducted in the Northern Philippines. **BMJ open**, v. 4, n. 8, 2014.

LESSMANN, J. C.; SILVA, D. M. G. Vi. Da; NASSAR, S. M. Stress in women with type-2 Diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 451-456, 2011.

LOPES, S. G. R; ZILLMER, J. G. V; SILVA, D. M. G. V. Da; RODRIGUES, M. M; SILVA, V. F. da. Principais complicações apresentadas durante as sessões de hemodiálise em serviços de nefrologia da grande Florianópolis. Artigo submetido em revista 2013.

LOZANO, R. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2095-2128, 2013.

LUGON, J. R. Doença Renal Crônica no Brasil: um problema de saúde pública. **J Bras Nefrol.**, v. 31, n. 1, p. 2-5, 2009.

LYSAGHT, M. J. Maintenance dialysis population dynamics: current trends and long-term implications. **Journal of the American Society of Nephrology**, v. 13, n 1, p. 37-40, 2002.

MAHBUB, T. et al. Diabetes is the Leading Cause of ESRD in Haemodialysis Patients. **Journal of Medicine**, v. 14, n. 1, p. 62-64, 2013.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D.M.G.V. Itinerário Terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Rev Latino-am Enfermagem**. Nov-Dez; v. 15, n. 6: p. 1113-119, 2007.

MATHEW, A. C. et al. Knowledge about risk factors, symptoms and complications of diabetes among adults in South India. **International Journal of Medical Science and Public Health**, v. 3, n. 9, 2014.

MELLO, M. B. DE. **Déficits de autocuidado vivenciados por famílias de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1**, 2006. 89 p. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, C. A.; CANNON, G. The impact of transnational “big food” companies on the South: a view from Brazil. **PLoS medicine**, v. 9, n. 7, p. 12-52, 2012.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2001.

NAM, S. et al. Barriers to diabetes management: patient and provider factors. **Diabetes research and clinical practice**, v. 93, n. 1, p. 1-9, 2011.

NASH, J. Stress and diabetes: The use of “worry time” as a way of managing stress. **Journal of Diabetes Nursing**, v. 18, n. 8, p. 329–332, 2014.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

PÉRES, D.S. et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1105-1112, 2007.

POLICARPO, N. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 36-42, 2014.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B. P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7 ed. **Porto Alegre: Artmed**, 2011.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 17p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Florianópolis, Brasil.

Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php# />](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#/). Acesso em: 10 de outubro 2014.

PUN, S. P.Y.; COATES, V.; BENZIE, I. F.F. Barriers to the selfcare of type 2 diabetes from both patients' and providers' perspectives: literature review. **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness**, v. 1, n. 1, p. 4-19, 2009.

REDON, J. Diabetic Kidney Disease. In: (Ed.). **Cardiorenal Syndrome: Springer**, p.319-339, 2010.

RENDLE, K. A. S. et al. Persistent Barriers and Strategic Practices Why (Asking About) the Everyday Matters in Diabetes Care. **The Diabetes Educator**, v. 39, n. 4, p. 560-567, 2013.

RHEE, M. K. et al. Barriers to Diabetes Education in Urban Patients Perceptions, Patterns, and Associated Factors. **The Diabetes Educator**, v. 31, n. 3 p. 410-417, 2005.

ROCCO, M. V; BERNS, J. S. KDOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD: 2012 Update. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 60, n. 5, p. 850-886, 2012.

SBD, **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**/Sociedade Brasileira de Diabetes; São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SANDOVAL, R. de. C. B. **Grupo de convivência de pessoa com diabetes mellitus e familiares: percepção acerca das complicações crônicas e consequências sociais crônicas**, 2003, 153p. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

SESSO, R.C. et al. Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. **J. Bras. Nefrol.**, v.33, n.4, p.442-447, 2011.

SINGER, M. Non Communicable Diseases. **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society**, 2014.

STORK, R. Y; ECHEVARRÍA, J. A. **Fundamentos de antropología: um ideal da excelencia humana**. Tradução de Patrícia Carol Dwyer, 2005.

SOUZA, E.C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

TESSARO, I.; SMITH, S. L.; RYE, S. P. R.: Knowledge and Perceptions of Diabetes in an Appalachian Population. **Preventing Chronic Disease**, v. 2, n. 2, P. A13, 2005.

TORRES, H. de C.; DOS SANTOS, L. M.; CORDEIRO, P. M. C. C. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 1, p. 23-28, 2014.

USRDS 2010 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. Bethesda, M. D: **National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases**; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.** 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World health statistics 2014.** World Health Organization, 2014.

XAVIER, A. T.; BITTAR, D. B.; DE ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes- implicações para a prática. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 124-130, 2009.

ZUHAID, M.; ZAHIR, K. K; DIJU, I. U. Knowledge and perceptions of diabetes in urban and semi urban population of peshawar, pakistan. **J Ayub Med Coll Abbottabad**, v. 24, n. 1, 2012.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADO**



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Grupo de pesquisa NUCRON

ROTEIRO DE ENTREVISTA

.....Número da entrevista: _____

I – Dados de Identificação

Nome: _____

Sexo: F () M ()

Data de Nascimento: ___/___/___

Endereço: _____

Telefone/contato: _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____ Grau de Instrução: _____

Centro de Saúde o qual está vinculo: _____

Tempo de atendimento neste centro de saúde _____

Ano do diagnóstico do DM: _____

Outras doenças associadas _____

II - Informações sobre o diabetes e suas complicações

1. Fale como foi a descoberta do diabetes?
2. Como tem sido viver com esta doença?
3. O que o senhor(a) sabe sobre esta doença?
4. Onde e/ou com quem o senhor(a) obteve esta informação?
5. Qual o tratamento que lhe foi indicado?
6. Que facilidade e/ou dificuldade o senhor(a) tem para realizar o tratamento?
7. Como o senhor(a) cuida do diabetes no dia a dia?
8. Como esses cuidados e tratamentos modificam sua vida?
9. Alguma coisa no seu dia influencia o tratamento do diabetes? Fale um pouco disso.
10. Quem o ajuda nos cuidados e tratamentos do diabetes?
11. Quais suas principais dificuldades no cuidado com o diabetes?
12. Quais complicações que o senhor(a) sabe que o diabetes pode ocasionar?
13. O senhor(a) tem alguma complicação? Fale sobre ela e como ela surgiu.
14. O senhor(a) faz algo para prevenir as possíveis complicações do diabetes? O que faz?
15. Quem o orientou sobre isso?
16. O senhor(a) já ouviu falar ou leu algo sobre doença Renal como complicação do diabetes?
17. O que você acha que pode levar a essa complicação?
18. O senhor(a) fez algum exame para saber se tem problema renal? Se sim, qual e quando?
19. Alguém já falou que o senhor pode ter problema renal? O que lhe falou e como foi para o senhor (a) falar sobre isto?
20. Gostaria de falar mais alguma coisa que não foi abordado durante a entrevista?

Impressões do entrevistador:

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____

APÊNDICE B – TELAS CAPTURADAS DO SOFTWARE ETHNOGRAPH 6.0

The image displays two screenshots of the Ethnograph 6.0 software interface, showing the coding process for two different interviews. The interface includes a menu bar, a toolbar, and a main workspace divided into a text area on the left and a coding area on the right.

Entrevista 09_Alirude

| Text | Line Number | Code |
|--|--|---|
| gente ai com problemas nos rins por causa do diabetes, porque não cuidou do diabetes e teve sérios problemas nos rins. | 0332 0334 0335 | |
| E: E como foi falar para a senhora sobre isso? | 0337 0338 | |
| P: Eu fico com muito medo né? Minha irmã mais velha faleceu dos rins. Ela tinha diabetes e não se cuidava. A gente falava para ela se cuidar, mas não se cuidava. Daí ela sofreu uns três acidentes grave e no último foi o mais grave. Ela ficou 80 dias fazendo hemodiálise, era um sofrimento, ela ia três vezes por semana, e isso tudo por conta que ela não cuidou do diabetes. Ela tinha a vida assim normal né, mas assim, a gente sofria muito por saber que ela não fazia xixi, me dava ansiedade por saber que ela não podia fazer xixi e ver ela naquela máquina, eu ficava muito emotivo e toda vez a minha que ia ver ela a minha diabetes descontrolava por ver ela naquela máquina de hemodiálise. | 0340 0341 0342 0343 0344 0345 0346 0347 0348 0349 0350 0351 0352 0353 0354 0355 0356 0357 0358 | ;ASPEC EMO MEDO COMPL; ;CONHE. HEREDITARIEDA; ;CONHE DRC; ;CONHE. HEREDITARIEDA; ;ASPECTO EMOCIONAL; ;ASPEC EMO MEDO COMPL; ;CONHE DM E EMOCIONAL; |
| E: E em relação a sua família, só ela teve problemas nos rins por causa do diabetes? | 0360 0361 0362 | |
| P: Sô, nos rim só ela. E ela podia viver mais, só que ela tinha um aparelhinho no braço e aí que no acidente que ela teve no ano passado, entupiu a veia e ela não conseguia fazer mais a hemodiálise. Então é uma história na família que a gente tem | 0364 0365 0366 0367 0368 0369 0370 0371 | ;CONHE DRC; ;CONHE. HEREDITARIEDA; |

Entrevista 09_Marta

| Text | Line Number | Code |
|---|--|--|
| do que ele faz pra ele se sentir bem. Agora essa história de eu querer comer aquilo que eu não posso, ou sei que é um erro meu, mas é que também chega uma hora que eu me sentia muito triste... de não poder comer nada. Nem um doce, nem uma fruta que eu achava que era impossível fazer mal, mas eu passei muito mal só com o açúcar da fruta. | 0273 0274 0275 0276 0277 0278 0279 0280 0281 0282 | ;AD MOTIVO NÃO ADESAO; ;ASPEC EMO DIETA; ;CONHE DM ALIMENTAÇÃO; ;CONHE REL GLI E DIET; |
| E: Dona Marta, o que a senhora sabe dessa doença do diabetes? Me conta um pouco o que a senhora sabe... | 0284 0285 0286 | |
| P: Eu sei que tem um problema ali do... do pâncreas de não funcionar direito por isso que não... não separa, né?! O açúcar do bom. Não tem a insulina daí vai pro sangue, o açúcar, né. Eu sei assim, mas eu sempre tive assim muito respeito pela diabetes que eu já vi muitos casos assim horríveis, né. Tinha um moço que trabalhava comigo, ele era bem mais moço do que eu, aí no acolhimento que eu trabalho ali no HU [E: ah, sim! Na...] quando eu trabalhava ali, ele comia muito bolacha, bolacha doce, né. Daí eu sempre dizia assim pra ele: olha, o senhor não come bolacha porque isso aí... "ah, não, não faz mal" as vezes ele comia alguma, mas é que tudo virava açúcar. Daí ele teve um problema na unha do pé, daí ele foi lá e tirou o dedo, depois tirou o pé, depois tirou a perna... depois tirou o outro pé, a outra perna, eu já vi assim muitos casos e eu sei disso que | 0288 0289 0290 0291 0292 0293 0294 0295 0296 0297 0298 0299 0300 0301 0302 0303 0304 0305 0306 0307 0308 0309 0310 0311 | ;CONHE CAUSA; ;CONHE ORIGEM; ;CONHE DM ALIMENTAÇÃO; ;CONHE COMPLICAÇÃO; ;ASPEC EMO MEDO COMPL; ;CONHE. CONTROLE; |

APÊNDICE C – CÓDIGOS ORIGINADOS DO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO

| CÓDIGOS | |
|---|--|
| Conhecimento atividade física | Conhecimento causa |
| Conhecimento complicação | Conhecimento conceito |
| Conhecimento consequências | Conhecimento diabetes e alimentação |
| Conhecimento dieta | Conhecimento falta de controle |
| Conhecimento dificuldade de controle | Conhecimento diabetes e emocional |
| Conhecimento doença renal crônica | Conhecimento exame da doença renal crônica |
| Conhecimento hipoglicemia | Conhecimento insulina |
| Conhecimento origem | Conhecimento relacionado glicemia e dieta |
| Conhecimento sinais e sintomas | Conhecimento importância do controle |
| Conhecimento hereditariedade | Conhecimento tratamento |
| Dificuldade de acesso ao serviço de saúde | Dificuldades financeiras |
| Dificuldade em comprar alimentos | Dificuldade de acesso a medicamentos |
| Agendamento de consultas | Dificuldade Consulta com especialistas |
| Aspecto emocional apoio | Aspecto emocional autoimagem |
| Aspecto emocional falta de atenção | Aspecto emocional mudança na rotina |
| Aspecto emocional causa | Aspecto emocional dieta |

| | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Aspecto emocional medo da complicação | Aspecto emocional sentimentos |
| Adesão acompanhamento | Adesão atividade física |
| Adesão autocuidado | Adesão decisão de não adesão |
| Adesão à dieta | Adesão dificuldade de tratamento |
| Adesão ao medicamento | Adesão motivo não adesão |
| Adesão dificuldade de controle | Adesão apoio |

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP.: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 – 3721-9399 Fax (048) 3721-9787

E-mail: nfr@ccs.ufsc.br

Homepage: www.nfr.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Ao assinar este documento estou afirmando meu consentimento em participar da pesquisa intitulada a participar da pesquisa intitulada **“DIABETES MELLITUS E SUA INTERSEÇÃO COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA”** que será coordenada por uma professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva e desenvolvida por uma aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, enfermeira Thais Silva Pereira Campos.

Estou ciente de que participarei de uma pesquisa que tem como objetivo conhecer o risco de desenvolver a doença renal crônica como complicação do diabetes mellitus. Para tanto minha colaboração será responder algumas perguntas sobre minha doença e como cuidado da mesma. A pesquisadora irá me entrevistar respeitando minha disponibilidade e os locais de minha preferência para a condução da entrevista. Estou esclarecido de que a entrevista será gravada e transcrita mantendo o sigilo e o anonimato. As informações das entrevistas somente serão utilizadas no propósito da pesquisa.

Essas informações serão somente utilizadas em publicações em livro, artigos científicos ou divulgação em eventos de caráter científico, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o(a) identifique seja revelado.

Fui informado de que a pesquisa não me trará ônus e terei direito a indenização diante de eventuais danos ou custos decorrentes da mesma. Nas entrevistas podem ocorrer desconfortos em relação a algumas perguntas, mas estou ciente de que posso me negar a responder. Terei direito a receber assistência física, mental ou emocional se as entrevistas provocarem alguma necessidade.

Fui também informado que a pesquisa trará como contribuição a construção de mais conhecimentos que poderão ajudar os profissionais da saúde a entenderem melhor como é viver com o diabetes mellitus e como prevenir suas complicações.

Assinarei este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará comigo e outra ficará com a pesquisadora principal. Em caso de dúvida em relação ao estudo, antes ou durante seu desenvolvimento, ou se eu desistir de fazer parte dele, entrarei em contato com a pesquisadora responsável, professora Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem. Campus Universitário – Trindade, Florianópolis/SC - CEP: 88.040-900, ou através do telefone: (48) 8845687, ou pelo e-mail: denise.guerreiro@ufsc.br ou com a pesquisadora Thais Silva Pereira Campos através do telefone: (48) 9804-4099 e/ou e-mail: taisinhasilva@gmail.com.

Destacamos que o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC – Número do parecer: 550.587 (telefone (48) 3721-9206 - endereço: Universidade Federal de Santa Catarina – Biblioteca Universitária Central, Campus Universitário – Trindade). Desde já agradecemos a sua participação.

Eu _____

_____ declaro através deste instrumento meu consentimento para participar como participante da pesquisa: **“DIABETES MELLITUS E SUA INTERSEÇÃO COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA”** Declaro que estou ciente de seus objetivos, método, potenciais riscos, incômodos e benefícios que a pesquisa pode acarretar e bem como de meu direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo.

Assinatura: _____ RG: _____

Florianópolis, de de 2014 .

Pesquisadora responsável.....

Pesquisadora participante.....

ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIABETES MELLITUS E SUA INTERSEÇÃO COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA

Pesquisador: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21888614.4.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 711.982

Data da Relatoria: 24/03/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA, que pretende analisar a relação da doença renal crônica (DRC) com o diabetes mellitus (DM) a partir de várias perspectivas (assistentes e pacientes). Será realizada em três etapas:

1ª etapa: pesquisa qualitativa que irá explorar a percepção de pessoas com

DRC e os profissionais de saúde que atuam na atenção as pessoas com DM, focalizando a relação entre DM e DRC; Realizada em 4 Centros de Saúde de Florianópolis;

2ª etapa: pesquisa quantitativa que irá identificar os fatores individuais, contextuais e relacionados à atenção a saúde de pessoas com diabetes mellitus que podem contribuir para o controle da doença e/ou para o desenvolvimento da doença renal crônica; Será realizado com 120 pessoas com DM em diferentes momentos de experiência com a doença;

3ª etapa: pesquisa qualitativa que irá explorar a experiência de viver com um transplante renal nos diferentes momentos de sua trajetória. Será realizado no ambulatório de pós-transplante, vinculado ao

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 711.982

Hospital Governador Celso Ramos com pessoas que realizaram o transplante renal na Grande Florianópolis. Os dados serão obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas e não estruturadas (em profundidade), além da aplicação de diferentes escalas psicométricas e questionário sócio demográfico. Total de participantes: 180.

Objetivo da Pesquisa:

- Compreender as experiências de pessoas que realizaram transplante renal acerca da sua condição e que vivem na Grande Florianópolis/SC;
- Conhecer a interseção entre diabetes mellitus e doença renal crônica em pessoas que vivem na Grande Florianópolis/SC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: decorrentes de constrangimento em responder alguma pergunta;

Benefícios: Embora não hajam benefícios diretos, ao participar do estudo, a pessoa estará contribuindo para a discussão e compreensão do processo de cuidar da pessoa com diabetes mellitus e com a doença renal crônica. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos, socializando o conhecimento para outros profissionais e pessoas interessadas na temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora afirmou que os prontuários dos pacientes incluídos na amostra não será mais acessado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLEs foram reapresentados de forma satisfatória, bem como a declaração da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Recomendações:

-

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 711.982

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 08 de Julho de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br