

Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência

Perspectives of individuals with diabetes on selfcare: contributions for assistance

Perspectivas de personas sobre autocuidado de la diabetes: aportes para asistir

Elen Ferraz Teston¹
Catarina Aparecida Sales²
Sonia Silva Marcon²

1. Universidade Estadual do Paraná.
Paranavaí, PR, Brasil.

2. Universidade Estadual de Maringá.
Maringá, PR, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Conhecer as perspectivas de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 sobre as ações de autocuidado. **Métodos:** Estudo qualitativo realizado em um município do norte do Paraná. Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2014, por meio de entrevista domiciliar e, após, submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** Alguns indivíduos reconhecem que a adoção de ações de autocuidado é de sua responsabilidade, embora nem sempre as coloquem em prática. Outros atribuem a não realização dessas ações a fatores externos relacionados à organização do serviço de saúde, ao ambiente familiar e de trabalho. **Conclusão e implicações para prática:** A perspectiva frente à realização de ações de autocuidado se constitui em um desafio à assistência, pois o indivíduo precisa reconhecer o papel fundamental que desempenha no desenvolvimento dessas ações a fim de que o enfermeiro possa apoiá-lo no processo de mudança.

Palavras-chave: Enfermagem; Autocuidado; Diabetes Mellitus tipo 2.

ABSTRACT

Objective: To know the perspectives of people with type 2 diabetes mellitus on self-care actions. **Methods:** Qualitative study, carried out in a municipality in the north of Paraná. The data were collected in the months of June and July of 2014, through home interviews and, after that, submitted to content analysis. **Results:** Some individuals recognize that adopting self-care actions is their responsibility, although these actions are not always put into practice. Others attribute the non-performance of these actions to external factors related to the organization of the health service, the family environment and the work environment. **Conclusion and implications for practice:** The perspective of self-care actions is a challenge to care, since the individual needs to recognize the fundamental role that he plays in the development of these actions so that the nurse can support him in the process of change.

Keywords: Nursing; Self-care; Type 2 Diabetes Mellitus.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las perspectivas de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 sobre las acciones de autocuidado. **Métodos:** Investigación cualitativa realizada en una ciudad del norte del estado de Paraná. Los datos fueron recolectados en los meses de junio y julio de 2014, por medio de entrevista domiciliar y, después, sometidos al análisis de contenido. **Resultados:** Algunos individuos reconocen que la adopción de acciones de autocuidado es de su responsabilidad, aunque no siempre las pongan en práctica. Otros atribuyen la no realización de estas acciones a factores externos relacionados a la organización del servicio de salud, al ambiente familiar y laboral. **Conclusión y consecuencias para la práctica:** La perspectiva frente a la realización de acciones de autocuidado constituye un desafío a la atención, pues el individuo necesita reconocer el papel fundamental que desempeña en el desarrollo de estas acciones a fin de que el enfermero pueda apoyarlo en el proceso de cambio.

Palabras clave: Enfermería; Autocuidado; Diabetes Mellitus tipo 2.

Autor correspondente:

Elen Ferraz Teston.
E-mail: elen-1208@hotmail.com

Recebido em 24/08/2016.
Aprovado em 24/03/2017.

DOI: 10.5935/1414-8145.20170043

INTRODUÇÃO

A incidência e prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) tem crescido no mundo todo devido à associação com comportamentos e fatores de risco - alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e obesidade.¹ Estudos revelam que essa doença é responsável por incapacitações que se refletem negativamente na qualidade de vida do acometido, no aumento de mortes prematuras, além de gerar enormes custos no controle e tratamento de suas complicações.¹⁻³

Diante da complexidade dessa doença crônica, é mister reconhecer o papel central que o indivíduo desempenha na gestão de sua doença e na realização de ações de autocuidado.³ O investimento nessas ações constitui-se em uma estratégia de enfrentamento que exige preparo, investimento e persistência dos profissionais de saúde e, de modo particular, do enfermeiro diante dos resultados que serão alcançados no longo prazo. O autocuidado refere-se à capacidade do próprio indivíduo de monitorar sua condição de saúde e alterar suas respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias para manter uma boa qualidade de vida.⁴

A Teoria do Autocuidado de Orem, que constitui o referencial teórico do presente estudo, tem como pressuposto que todos os seres humanos têm potencial para desenvolver habilidades intelectuais e práticas, além da motivação essencial para o autocuidado.⁵ Essa teoria valoriza a responsabilidade do indivíduo para com sua saúde e reconhece que prevenção e educação para a saúde são aspectos importantes nas intervenções de enfermagem. De acordo com Orem, a pessoa é um ser funcional e integrado com o todo e motivado a atingir o autocuidado.⁵

Vale destacar o importante papel do enfermeiro no processo de estímulo às ações de autocuidado, pois cabe a ele reconhecer os comportamentos influentes na execução dessa tarefa, dialogar sobre as necessidades do indivíduo em relação a sua doença crônica e propor, junto com ele, um plano de cuidados pautado em prioridades definidas por meio de negociação efetiva entre indivíduo e profissional.⁴⁻⁷

Desse modo, os profissionais envolvidos no planejamento do cuidado ao indivíduo com DM2, em especial os enfermeiros, precisam reconhecer as ações de autocuidado como ferramenta-chave para a promoção de melhores condições de vida, apesar da doença.⁸ Entretanto, estudos que abordam essa problemática restringem-se à atribuição do profissional de saúde em tornar o indivíduo sujeito ativo na gestão da doença, a partir de ações de educação em saúde, estratégia que por si só não tem sido associada à maior adesão ao tratamento e consequente melhora clínica da doença.^{9,10} Destaca-se que uma das razões para o fracasso de tal intervenção é que a educação em saúde pode afetar a capacidade objetiva do controle da doença, não afetando, necessariamente, a percepção subjetiva do indivíduo em relação à realização das ações de autocuidado.⁹ Além disso, alguns fatores externos, entre os quais o contexto pessoal, a situação social, o ambiente de trabalho e até mesmo a assistência prestada pelos profissionais de saúde também podem influenciar o controle da doença.⁴

Os integrantes da equipe de enfermagem têm grande participação no cuidado às pessoas com DM2, pois, além de estarem mais presentes nas unidades de saúde, também se mostram mais acessíveis à população e isto favorece o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo que, por sua vez, pode influenciar o processo de mudança de comportamento e a adesão às ações de autocuidado. Sendo assim, é muito importante que esses profissionais reconheçam e valorizem as ações de autocuidado já realizadas pelas pessoas e que identifiquem prováveis barreiras que estejam impedindo ou que possam vir a impedir a realização efetiva dessas ações.

Essa estratégia estimula e motiva o indivíduo à mudança, além de permitir estimar a probabilidade de realização das ações a partir dos benefícios e barreiras identificadas.⁵ Contudo, devido às conotações subjetivas e sociais que a doença possui para o indivíduo,¹¹ é fundamental que os profissionais de enfermagem mostrem disposição para compreender o comportamento e, inclusive, as percepções das pessoas com DM frente às suas necessidades de cuidado.

Sem dúvida, os aspectos acima mencionados exigem uma nova postura do enfermeiro, além de mudança na forma de abordar as pessoas com DM2. Essa abordagem deve ser orientada pelo diálogo e cuidado compartilhado entre profissional e paciente, de modo que as ações de autocuidado propostas tenham significado para a pessoa e, por conseguinte, sejam mais facilmente incorporadas em seu dia a dia.

Diante do exposto, considerando-se o importante papel do enfermeiro em relação ao estímulo e à adesão às ações de autocuidado e, conseqüentemente, à melhoria do controle da doença, definiu-se como objetivo deste estudo: conhecer as perspectivas de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 sobre as ações de autocuidado.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, realizado junto a 18 pessoas com DM2, em tratamento ambulatorial há pelo menos dois anos e cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde de um município de pequeno porte situado na região norte do estado do Paraná - Brasil. Esse município tem uma população de 20.269 habitantes¹² e 100% dela é assistida pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Este estudo também faz parte de uma pesquisa transversal, de natureza quantitativa, intitulada "Assistência às Pessoas com DM na Atenção Básica: avaliação do serviço, condição de saúde, enfrentamento da doença para implementação de estratégias de cuidado". O contato com os entrevistados deste estudo foi realizado a partir de uma lista fornecida pelas equipes da ESF, contendo o nome dos indivíduos com DM2, cadastrados no Hiperdia, com 40 anos ou mais, pois, embora a doença possa acometer indivíduos de qualquer idade, seu diagnóstico é mais frequente após os 40 anos.³

Os participantes do estudo foram selecionados intencionalmente, ao longo de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, adotando-se como critérios de inclusão o interesse e a disponibilidade evidenciados durante as entrevistas. Os

participantes foram convidados a responder a seguinte questão norteadora: Fale sobre os cuidados que o(a) senhor(a) realiza para controlar o DM. Também foi utilizada a seguinte questão de apoio: Quais os cuidados o(a) senhor(a) julga importantes para manter sua doença sob controle?

Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2014, mediante entrevista individual, gravada em formato de áudio, com duração média de 40 minutos, e todas foram realizadas no domicílio do participante, sem a presença de outras pessoas. A busca por informações aconteceu até o momento em que o objetivo do estudo foi atingido e não surgiram novas informações nas entrevistas, caracterizando a saturação das informações. As informações contidas nos diários de campo, registradas logo após a realização das entrevistas, também foram utilizadas durante a análise dos dados para facilitar a compreensão do contexto durante as entrevistas.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas segundo o referencial metodológico da análise de conteúdo, modalidade temática,¹³ seguindo-se as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Na pré-análise foram realizadas leituras flutuantes e exaustivas das falas para levantar os pontos relevantes frente aos objetivos do estudo. Na fase de exploração do material foi feita a codificação, processo pelo qual os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em duas unidades: ações de autocuidado dependem do indivíduo; e ações de autocuidado dependem de fatores externos. Na última fase foi realizada a categorização, que consistiu na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com o posterior reagrupamento em função de características comuns, dando origem a duas categorias: Ações reconhecidas pelos indivíduos como necessárias para o controle do DM2; e Barreiras para o autocuidado e controle da doença.

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 449.686). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e foram identificados com a letra P (participante) seguida de um número correspondente à ordem de realização das entrevistas, das letras M ou F para indicar sexo masculino ou feminino e mais dois números arábicos; um referente à idade e o outro ao tempo de diagnóstico.

RESULTADOS

Os 18 entrevistados, distribuídos igualmente entre os sexos, possuíam entre quatro e sete anos de estudo, dez deles tinham idade entre 60 e 69 anos, e os demais idade entre 40 e 59 anos. A maioria morava com companheiro (13); tinha renda mensal de dois salários mínimos (10); diagnóstico de DM2 há mais de 10 anos (11), utilizava apenas medicamento oral (14). Os outros quatro utilizavam terapia combinada, ou seja, medicamento oral e insulina. Seis deles já possuíam complicações decorrentes do DM2, como a retinopatia (quatro), nefropatia (um) e pé diabético (um). Ademais, dez apresentavam comorbidades, sendo a

hipertensão arterial referida por nove deles. Da análise dos dados emergiram duas categorias que serão apresentadas a seguir.

Ações reconhecidas pelos indivíduos como necessárias para o controle do DM

Nessa categoria observa-se que algumas pessoas reconhecem que são responsáveis pelo desenvolvimento de ações de autocuidado para o controle do DM.

Eu acho que para cuidar do diabetes basta a pessoa querer. Exige força de vontade também... é igual criança quando está aprendendo a andar ela também tem suas dificuldades, cai mas depois levanta e de tanto tentar acaba conseguindo andar sozinha... Tem que controlar o que come, fazer exercícios, reduzir o estresse. (P2, M, 52 anos, 8 anos de DM)

[...] eu começo a trabalhar às cinco horas da manhã, então o café no meu trabalho é junto com a turma toda.. Não posso me empanturrar da comida que eles comem [...] levo quatro bolachas de água e sal e uma fruta para o meio da manhã e também uma garrafa de casa e peço para a mulher lá da firma fazer uma só para mim, sem açúcar, dai eu coloco adoçante, que eu levo também [...]. (P15, M, 48 anos, 4 anos de DM)

Eu tento o máximo possível comer frutas e verduras e caminhar, porque se eu não cumprir o que sei que faz bem para minha saúde, estou enganando a mim mesmo. Esta é uma opção que eu fiz, e só depende de mim. (P6, M, 65 anos, 20 anos de DM)

Entretanto, observa-se que alguns indivíduos, mesmo reconhecendo a importância do seu papel no controle da doença, não conseguem ter um comportamento pró-ativo.

[...] para cuidar do diabetes a pessoa primeiro tem que fazer uma escolha que é abrir mão das coisas boas da vida. E não adianta achar que depende dos outros para você se cuidar... Se você tiver cabeça firme faz tudo certinho na alimentação e consegue controlar. Eu ainda não consegui escolher esse caminho (risos). (P16, F, 59 anos, 10 anos de DM)

E os que possuem o comportamento ativo frente aos hábitos necessários para o controle da doença não são perseverantes ao longo do tempo.

Para cuidar do diabetes precisa fazer exercício físico, cuidar da alimentação, tomar o remédio e a insulina certinho, e isso é uma coisa que tem que vir da consciência da pessoa. Eu fazia tudo isso, mas hoje já não faço mais e também nem gosto de falar disso não. Já estou vivendo como se não tivesse mais isso (diabetes), como tudo que tenho vontade. (P7, F, 66 anos, 15 anos de DM)

E muitas vezes desistem das ações de autocuidado por não verem resultados em curto prazo.

Cuidar é muito difícil... e às vezes eu até fico confuso se isso resolve mesmo porque já cortei a cerveja, tirei o açúcar e comecei a caminhar durante uma semana e quando fui medir o diabetes tava nas alturas ainda... aí acabei que voltei ao normal. (P8, M, 48 anos, 4 de DM)

Barreiras para o autocuidado e controle da doença

Noves indivíduos apontaram a organização e o processo de trabalho dos serviços em saúde como fatores que dificultam a realização das ações de autocuidado e o consequente controle da doença.

Para controlar o diabetes precisava dos profissionais de saúde conversarem com a gente, orientarem.... Eu tomo o remédio do diabetes já faz oito anos. Chego no postinho, mostro o cartão e me entregam o remédio, você acha que isso é tipo de gente que quer que a gente controle alguma coisa. Fico dois meses às vezes sem ir pegar porque vem um monte de comprimido. Quando não dá para ir mando meu marido ir lá e pegar. Esses dias ele chegou com uma conversa aqui que eu tenho que tomar dois por dia, daí me confundiu.... mas vou levando assim, porque não estou sentindo nada. (P4, F, 62 anos, 12 anos de DM)

A pessoa só consegue cuidar do diabetes quando ela tem um acompanhamento do pessoal da saúde, aqui todo mundo reclama, o máximo que a gente tem é uma reunião de vinte minutos por ano, onde a enfermeira fala do diabetes e pressão alta... Ai eu te pergunto: quem não tem dinheiro para pagar consulta particular tem como cuidar do diabetes com esse tipo de serviço que a gente recebe? (P9, F, 62 anos, 13 anos de DM)

Os participantes também destacaram o fato de o atendimento e as recomendações dos profissionais de saúde não serem personalizados e guardarem pouca relação com a realidade de vida que eles têm.

[...] você vai no médico ele passa aquele mundaréu de coisa, pode comer isso, não pode aquilo, tem que fazer exercício. Eu trabalho de doméstica não tem como ficar escolhendo o que como, e exercício físico é meu serviço. (P5, F, 55 anos, 6 anos de DM)

A médica ali do postinho mandou comer uma fruta no meio da manhã e da tarde, mas eu trabalho de pedreiro o dia inteiro, trabalho bruto e sujo, como vou ficar comendo frutinha?! Se depender disso para melhorar do diabetes to morto. (P10, M, 54 anos, 12 anos de DM)

[...] Eu até tentei uma vez fazer consulta com nutricionista, para ver se conseguia controlar o diabetes, mas

ela passou um monte de coisa cara e que eu não gosto para comer. Daí durou uma semana e desisti. (P12, F, 57 anos, 5 anos de DM)

Para os sujeitos da pesquisa a escassez de consulta com especialista também é fator dificultador.

Para cuidar do diabetes tem que ter mais consulta, porque eu esperei quase um ano na fila para conseguir a consulta com especialista e ele me mandou para o médico da vista e quando cheguei lá, ele disse que eu procurei tarde, que já não tinha nada para fazer... E ainda fica a impressão que o descuido foi meu. (P1, F, 69 anos, 15 anos de DM)

Se a gente precisar de consulta com endocrinologista tem que pagar, ou esperar uns dois anos. Por isso que tem tanto diabético e está aumentando cada vez mais. (P18, M, 60 anos, 16 anos de DM)

E, por fim, fizeram referência ao tipo de relação existente entre o médico e o paciente.

Chega a me dar um frio na espinha quando chega o dia de ir ao médico do diabetes... ele me deixa nervosa, porque fica pegando no meu pé por causa do valor do exame de pega malandro (risos) (hemoglobina glicada). Ele briga comigo e dá bronca, daí eu fico nervosa e é por isso que o diabetes sobe. Sem falar das vezes que ele fica ameaçando que eu vou perder o rim. (P17, F, 67 anos, 15 anos de DM)

A gente vai ao médico e é só cobrança. Ele bate o olho nos resultados e já começa o sermão, que eu não fiz isso, não fiz aquilo, não tem como você levar tudo na risca não... (P3, M, 67 anos, 17 de DM)

No âmbito mais pessoal, os participantes apontaram o ambiente familiar e o de trabalho como fatores que influenciam negativamente a adoção de medidas de autocuidado relacionadas ao DM.

Se eu morasse sozinha seria bem mais fácil para eu me cuidar e controlar o diabetes, porque minhas filhas nem ligam por eu ter isso (choro). Fazem aquelas comidas que eu sei que não posso comer e ficam oferecendo, falam que eu sou enjoada, aí acaba que fico nervosa e como. Tem uma delas que ainda fala: come, vai morrer mesmo... você acha que isso é brincadeira de se fazer? (P11, F, 60 anos, 11 anos de DM)

Não tenho como cuidar do diabetes porque faço a comida para a casa toda, e os meninos trabalham no pesado, então tenho que fazer comida que dê sustância, se não eles não aguentam o dia de serviço. (P14, M, 68 anos, 18 anos de DM)

O que mais me dificulta controlar o diabetes é que eu trabalho no bar do meu pai e eu gosto muito de doce (...) parece que só por saber que não posso comer, fico contando os minutos de ir logo trabalhar para poder comer... Para cuidar do diabetes eu precisava arrumar outro serviço. (P13, M, 46 anos, 5 anos de DM)

DISCUSSÃO

O gerenciamento de uma doença crônica, tal como o DM2, requer uma série de comportamentos de autocuidado diretamente influenciados, segundo Orem, por fatores intrínsecos e extrínsecos,⁵ por exemplo, a maneira com que o indivíduo reconhece e significa a doença em sua vida e o ambiente em que está inserido.¹⁴ Estudo de revisão aponta a importância de, no planejamento do cuidado ao indivíduo com DM2, considerar além das questões clínicas e biológicas, as formas de estimular o indivíduo a participar do processo de tomada de decisão relacionado à própria saúde. Isto porque o indivíduo entenderá melhor os possíveis danos e benefícios de cada ação a partir do reconhecimento das opções disponíveis dentro de seu contexto real de vida.¹⁵

Esse reconhecimento não denota apenas que o indivíduo aceita que tem DM2, mas também ressignifique essa patologia, integrando-a a sua rotina, ao ambiente familiar e fora dele. Ao longo desse processo de ressignificação o indivíduo experiencia inúmeras dificuldades e situações de estresse, por exemplo, em relação à dieta no local de trabalho, ou até mesmo no domicílio, e somente quando compreende os riscos e a importância de seguir os cuidados necessários consegue incorporá-los ao seu cotidiano.¹⁶⁻¹⁸

Destarte, a enfermagem, ao fazer o atendimento e o acompanhamento do indivíduo com doença crônica, deve considerar suas crenças, preferências e o estágio de motivação para realizar mudanças de comportamentos em saúde. Assim, as ações de autocuidado planejadas em conjunto (enfermeiro e paciente) serão subsidiadas pela condição real de enfrentamento da doença em que o indivíduo se encontra.

Observou-se, em alguns depoimentos, entre os quais o de P2, o reconhecimento de sua responsabilidade para com o próprio cuidado. Estudo realizado junto a 18 profissionais holandeses demonstrou que eles consideram que o reconhecimento pelo indivíduo de sua responsabilidade frente às ações de autocuidado é fator essencial no controle da doença e na melhora da qualidade de vida. Demonstrou ainda que a motivação elevada está relacionada a mudanças efetivas no estilo de vida.¹⁹

Portanto, faz-se necessário que o indivíduo reconheça que, apesar de, às vezes, exigir sacrifício, energia e empenho, a implementação de mudanças em seu cotidiano, inclusive no ambiente de trabalho, é importante, pois elas serão benéficas à sua saúde, conforme se observou no depoimento de P15. Assim, o enfermeiro deve reforçar a importância de comportamentos positivos, além de apoiar o indivíduo nas decisões relacionadas ao autocuidado. Entretanto, segundo Orem,⁵ a decisão pessoal constitui fator central para a realização das ações de autocuidado.

O conhecimento sobre a doença, mesmo sendo fator primordial para o bom convívio do indivíduo com (com a DM2?) DM2, por si só não constitui fator suficiente para determinar a adoção de comportamentos positivos de autocuidado.²⁰ Observa-se, na fala de P17, que embora ciente das mudanças necessárias em seus hábitos de vida para o controle adequado da doença, estas não são incorporadas em seu dia a dia. Nesse caso em específico, o comportamento em questão está relacionado à frustração decorrente de uma complicação do DM2 que é a retinopatia.

A partir dessa condição, o enfermeiro identifica e reconhece oportunidades que possibilitem a ressignificação da doença pelo indivíduo. Embora fatores fisiológicos possam contribuir para essa complicação, o reconhecimento das dificuldades na manutenção das ações necessárias para o controle da doença constitui-se em fator influente na vivência dessa condição pelos indivíduos.

Frente a isso, reconhece-se um importante desafio para o enfermeiro: o de identificar não apenas as barreiras ao tratamento, mas também apreender o motivo de sua ocorrência. Isto permitirá desenvolver abordagens clínicas mais bem-sucedidas e que possam, de fato, ajudar o paciente a viver melhor com a doença crônica. O autocuidado se constitui em um dos objetivos da assistência de enfermagem, pois possibilita o estímulo à participação direta das pessoas, especialmente daquelas que convivem com uma condição crônica, no gerenciamento da mesma, estimulando-os, a partir das concepções individuais, a tomar decisões a favor de sua própria saúde.²¹

Ainda nesse sentido, outro aspecto importante a ser considerado pelo enfermeiro é a conscientização de que os efeitos das mudanças de comportamento só serão observados no longo prazo. Isto porque é comum os indivíduos esperarem resultados imediatos, e quando isto não ocorre eles podem ficar desmotivados em manter as mudanças implementadas. Assim sendo, a utilização do autocuidado apoiado ajuda a manter a motivação do paciente, apesar de suas tentativas frustrantes, pois, durante o planejamento conjunto de ações de cuidado os pacientes são informados que as tentativas frustradas fazem parte do processo de mudança. Portanto, nesse processo, o enfermeiro deve valorizar as pequenas mudanças de comportamento do indivíduo e estimulá-lo a continuar com seu intuito de alcançar resultados positivos em prol de sua condição de saúde futura.^{5,22}

Em relação às ações de autocuidado, os indivíduos apontaram algumas barreiras que consideram influenciar o processo de adesão. Por exemplo, P4, em seu depoimento, aponta a lacuna existente na atuação da ESF, pois a organização do serviço não prioriza o "acompanhamento" frequente do paciente com DM2. Desse modo, a assistência prestada é reduzida à atividade de dispensação de medicamentos e consultas médicas não programadas. Ressalta-se, portanto, a necessidade de o enfermeiro conhecer o usuário do serviço, favorecer seu engajamento ao tratamento, adequando-o, quando possível, às condições particulares de vida, além de planejar o cuidado a partir de uma abordagem sensível, compreensiva e de apoio. Isso possibilitará que o indivíduo reconheça seu papel de protagonista frente a

sua condição de saúde e doença e sinte-se apoiado durante o processo de mudança de hábitos.^{5,23}

Considera-se, também, que as ações da equipe de enfermagem não podem ser restritas ao modo tradicional de transmissão de informações, como referido por P9, pois, esse modelo de intervenção tem se mostrado não efetivo.⁸ Essas ações devem ser conduzidas de modo a incentivar e a promover o desenvolvimento de habilidades de autocuidado pelo indivíduo para com sua própria saúde.

A utilização de "receitas" prontas no momento da orientação alimentar, por exemplo, constitui outro empecilho para a realização do autocuidado. Isso ocorre quando o profissional não considera as condições financeiras do indivíduo e nem as dificuldades decorrentes do tipo de serviço que a pessoa realiza. Ao agir assim, desconsidera qualquer particularidade do paciente, o grau de motivação dele frente à necessidade de mudança de comportamento, além de não conhecer qual o significado da doença na vida desse paciente.

Atinente a isso, a orientação deve ocorrer após o estabelecimento de um vínculo fortalecido, de modo a propiciar o "acordo" em relação às medidas de autocuidado propostas.¹ Em estudo realizado junto a indivíduos com DM2, no sistema público de saúde de uma cidade do estado de Goiás, os autores constataram que as recomendações alimentares fixas e proibitivas favoreciam o estabelecimento de um círculo vicioso, ou seja, a baixa adesão não favorecia a obtenção de benefícios, o que, por sua vez, também a desencorajava.²⁴

Situação semelhante ocorre com o indivíduo que reconhece a importância do autocuidado para o controle do DM2, mas não o realiza. Contudo, o maior problema relacionado ao descontrole da doença está em não reconhecer a condição crônica e a necessidade de procurar formas de integrá-la ao seu dia a dia. Nesse sentido, destaca-se a importância de se considerar, no planejamento do cuidado, as características pessoais e as expectativas gerais em relação à doença, a fim de qualificar os resultados das intervenções propostas pelos profissionais de saúde.²⁵

Por outro lado, não se pode deixar de considerar que problemas estruturais são comuns nos serviços de atendimento às doenças crônicas,²⁶ dentre os quais se destaca a dificuldade em conseguir consulta com especialistas, conforme o relato de P1. Entretanto, inúmeras medidas de controle podem ser orientadas e implementadas pela equipe de saúde antes de o indivíduo necessitar de uma avaliação com especialista. Isso requer que a equipe enfrente os verdadeiros determinantes comportamentais que culminam tanto no aumento da incidência quanto na prevalência da doença, ao invés de priorizar soluções parciais referentes à doença crônica, que geralmente é multifatorial.

Cabe destacar que um fator influente na escassez de consultas com especialistas está relacionado à sobrecarga de encaminhamentos gerados pelos médicos da Estratégia Saúde da Família que, às vezes, não estão preparados para o atendimento ao indivíduo com DM2 na Atenção Primária. Nesse sentido, estudo realizado junto a 13 médicos de distritos sanitários de

Goiânia apontou lacunas relacionadas ao preparo dos profissionais médicos que atuam no atendimento às pessoas com DM, por exemplo, a falta de critérios específicos adotados pelos mesmos para o diagnóstico da doença, além do tratamento focado na medicação e na dieta. Os autores deste estudo também constataram que para os participantes do estudo, as dificuldades dos indivíduos com DM para adesão ao tratamento envolvem, de um lado, o acesso às consultas, exames e medicação, e, de outro, a condição financeira dos indivíduos e a pouca disposição para mudar seus comportamentos em saúde.²⁷

É imprescindível, portanto, que exista uma rede de assistência fortalecida e engajada, que propicie o funcionamento do serviço e culmine na assistência de qualidade. A estratificação de risco, por exemplo, é uma ferramenta que permite organizar os atendimentos, além de contribuir para a redução da demanda de consultas com especialidades.²⁸

A atitude dos profissionais, além da relação que estes desenvolvem com o paciente, constitui-se em outro aspecto relacionado ao serviço e que interfere no controle da doença. No relato de P17 observa-se que sua relação com o profissional médico é assimétrica e de medo, e isso dificulta o estabelecimento conjunto de um plano terapêutico conforme prevê a estratégia do autocuidado apoiado. Desse modo, vale salientar a importância de medidas que incluam o controle de estresse ao tratamento preconizado para esta doença, com a finalidade de melhorar os níveis glicêmicos e prevenir o aparecimento de complicações.²⁹

Quando o plano terapêutico não é discutido, mas imposto ao paciente, a chance de que ele o adote e o siga cotidianamente diminui. Esse fato revela a importância de os profissionais compreenderem o modo com que o indivíduo lida com a doença crônica, a fim de planejar, conjuntamente, as possibilidades de cuidado a partir do que o paciente já faz e da discussão sobre os meios e estratégias factíveis de serem implementadas. Desse modo, a inclusão de componentes que facilitem a mudança de comportamento pode ser favorecida pelo estabelecimento de metas em conjunto - profissional de saúde e o indivíduo.³⁰

É importante ressaltar que a posição de cobrança assumida pelo médico e a adoção do padrão laboratorial como medida central do cuidado não contribuem para estabelecer vínculo entre paciente e profissional e, por conseguinte, para implementar ações de autocuidado. Dessa forma, mesmo que o indivíduo conheça a importância dos parâmetros laboratoriais no controle da doença, se ele não estiver motivado e nem for devidamente estimulado não conseguirá efetivar mudanças em seu cotidiano de modo a produzir alterações positivas nos exames laboratoriais.³¹

Outro fator relatado como influente para a adoção de medidas de autocuidado é a atitude pouco colaborativa de familiares e pessoas próximas, entre as quais as do ambiente de trabalho. A despeito das dificuldades experienciadas nesses contextos, destaca-se especialmente as surgidas durante as refeições, pois não se pode deixar de considerar que o ato de alimentar-se é parte da convivência familiar e envolve questões sociais.³² Diante

disso, destaca-se o papel essencial que a família desempenha no processo de adoecimento crônico do indivíduo, sendo necessário reconhecer a importância da alimentação na qualidade de vida do paciente ao longo dos anos, e o quanto a família, por ser um condicionante do autocuidado, segundo Orem,⁵ pode favorecer ou não a implementação das mudanças necessárias.²⁴

A condição atual de trabalho também foi referenciada como fator influente nas ações de autocuidado, conforme relato de P13. Porém, ao se analisar o relato identificam-se sinais de ansiedade que sabidamente influenciam práticas alimentares inadequadas,³³ dentre as quais o aumento da vontade de comer por saber que não pode. Dessa forma, vislumbra-se, nessa fala, uma lacuna a ser trabalhada pelos profissionais de saúde e em especial pelo enfermeiro, principalmente pelo fato de o indivíduo reconhecer que a melhora de sua condição atual de saúde depende da motivação e empenho relacionados à mudança dos próprios comportamentos.

Nesse sentido, uma estratégia que pode ser utilizada pelo enfermeiro é o autocuidado apoiado, o qual tem por objetivo preparar e empoderar os indivíduos para que autogerenciem sua saúde e desenvolvam comportamentos que controlem a evolução da doença. Isto pode ocorrer a partir do desenvolvimento de estratégias de apoio que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de pequenas metas a serem alcançadas e a elaboração conjunta de planos de cuidado.⁵

Enfim consideram-se necessárias as mudanças tanto no comportamento do indivíduo com DM2 frente à doença crônica quanto na organização da assistência, de modo que o indivíduo identifique, no serviço, o apoio necessário para desenvolver e manter seu próprio cuidado e, conseqüentemente, o controle da doença. Além disso, atribui-se a efetividade da assistência ao reconhecimento da responsabilidade conjunta - enfermeiro-paciente - pelas ações de autocuidado.

Reafirma-se, aqui, a necessidade de o enfermeiro assumir o papel de facilitador do processo de empoderamento do indivíduo com doença crônica, de modo que esse possa ser capaz de tomar decisões adequadas referentes ao controle da doença e postergar o surgimento de suas complicações. As práticas assistencialistas, cujo foco é a doença, devem ser superadas, de modo que as normas e rotinas se tornem flexíveis, e o enfermeiro possa efetivar sua prática clínica centrada no usuário.

Como limitação do presente estudo destaca-se a necessidade de cautela ao extrapolar os resultados para outras realidades socioculturais diferentes, pois estes carecem de validade externa.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA

As perspectivas de indivíduos com DM2 sobre o autocuidado recebem influência de fatores intrínsecos e extrínsecos. Alguns indivíduos reconhecem e adotam as ações necessárias para o controle da doença, por exemplo, a educação alimentar, prática de atividade física e controle do estresse. Outros, embora saibam e reconheçam a importância dessas ações, não as cumprem, ou

quando as cumprem não são persistentes, pois são influenciados por condicionantes do autocuidado, como a decisão pessoal; e fatores externos, como a organização do serviço de saúde e existência de conflitos familiares.

Apesar de alguns mecanismos fisiológicos influenciarem negativamente o modo com que a doença se manifesta e é enfrentada pelo indivíduo, o reconhecimento da importância de comportamentos que favoreçam o autocuidado é um quesito essencial para a melhora da qualidade de vida e, conseqüentemente, do controle da doença. Portanto, o planejamento da assistência ao indivíduo com DM2, ou qualquer outra condição crônica, constitui-se em um desafio para a equipe de saúde, em especial para a enfermagem, pois requer o respeito e a inclusão das perspectivas do indivíduo.

A utilização dos pressupostos do autocuidado apoiado pode constituir estratégia eficaz na identificação das principais barreiras para o controle do DM2, pois, além de respeitar o tempo do indivíduo na implementação de mudanças comportamentais, também os auxilia a realizar ações de autocuidado que sejam apropriadas às suas condições de saúde. Isto permitirá abordagens clínicas que ajudarão os pacientes a conviver melhor com essa condição crônica. Para tanto, o enfermeiro precisa reconhecer, por meio do diálogo, as ações de autocuidado que o indivíduo considera já realizar, valorizar as pequenas mudanças e permitir que o próprio indivíduo identifique a necessidade de torná-las mais efetivas.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq pelo financiamento (Edital universal 487109/CNPq, 2013-9).

REFERÊNCIAS

1. Ievers-Landis CE, Walders-Abramson N, Amodei N, Drews KL, Kaplan J, Levitt Katz LE, et al. Longitudinal Correlates of Health Risk Behaviors in Children and Adolescents with Type 2 Diabetes. *J Pediatr*. [internet]. 2015; [cited 2014 dez 12]; 166(5): 1258-64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25702853>. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.01.019.
2. Deerochanawong C, Ferrario A. Diabetes management in Thailand: a literature review of the burden, costs, and outcomes. *Global Health* [internet]. 2013; [cited 2014 dez 22]; 9:11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23497447>. doi: 10.1186/1744-8603-9-11.
3. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* [internet]. 2015; [cited 2015 Jan 08]; (3):CD010523. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25733495>. doi: 10.1002/14651858.CD010523.pub2
4. Hass L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. National standards for Diabetes self-management education and support. *Diabetes care* [internet]. 2013; [cited 2015 Jan 17]; 36(supl):100-08. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/35/11/2393>. full. doi: 10.2337/dc14-S144
5. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby; 2005. 82p
6. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* [internet]. 2012; [cited 2015 Feb 02]; 34(supl. 1):89-96. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/35/11/2393>. doi: 10.2337/dc10-S089

7. Oliveira DLLC. Nursing and its reliance on self-care: emancipatory investments or practices of submission? *Rev Bras Enferm* [internet]. 2011; [cited 2015 Fev 14]; 64(1): 185-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100027&script=sci_arttext&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100027>
8. David GF, Torres HC, Reis IA. Atitude dos profissionais de saúde nas práticas educativas em Diabetes Mellitus na Atenção primária. *Cienc. cuid. saude* [internet]. 2012; [cited 2015 Mar 10]; 11(4):758-66. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21658>. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v11i4.21658
9. Dean AJ, Walters J, Hall A. A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness. *Arch Dis Child* [internet]. 2010; [cited 2015 Abr 02]; 95(9):717-23. Available from: <http://adc.bmj.com/content/95/9/717.full>. doi: 10.1136/adc.2009.175125
10. Wells JR. Hemodialysis knowledge and medical adherence in African Americans diagnosed with end stage renal disease: results of an educational intervention. *Nephrol Nurs J* [internet]. 2011; [cited 2015 Ag 12]; 38(2):155-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21520694>
11. Vargas D. Attitudes of clinical nurses toward personal characteristics of alcoholic patients. *Rev Bras Enferm*. [internet]. 2010; [cited 2015 Set 6]; 6(36):1028-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600024. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600024>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010. Acesso em: 21 Set 2015. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411210>
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, 2011. 280p
14. Berglund MMU. Learning turning points in life with long-term illness visualized with the help of the life-world philosophy. *Int J Qualitative Stud Health Well-Being* [internet] 2014 [acesso em: 07 out 2015]; 9: 22842. Available from: <http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/22842>. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.22842>
15. Ismail-Beigi F, Moghissi E, Tiktin M, Hirsch B, Inzuxxhi SE, Genuth S. Individualizing glycemic targets in type 2 diabetes mellitus: implications of recent clinical trials. *Ann Intern Med*. [internet]. 2011; [cited 2015 Set 10]; 154(8):554-9. Available from: <http://annals.org/article.aspx?articleid=746938>. doi: 10.7326/0003-4819-154-8-201104190-00007
16. Wilkinson MJ, Nathan AG, Huang ES. Personalized decision support in type 2 diabetes mellitus: current evidence and future directions. *Curr Diab Rep*. [internet]. 2013; [cited 2015 Out 2]; 13(2):205-12. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3593795/>. doi: 10.1007/s11892-012-0348-6
17. Gordon C, Walker M, Carrick-Sen D. Diabetes knowledge in patients' adult offspring. *Nurs Times* [internet]. 2014; [cited 2015 Nov 02]; 110(26): 24-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25087268>
18. Sugiyama T, Steers WN, Wenger NS, Duru OK, Mangione CM. Effect of a community-based diabetes self-management empowerment program on mental health-related quality of life: a causal mediation analysis from a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. [internet]. 2015; [cited 2015 Nov 17]; 15: 115. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4375843/>. doi: 10.1186/s12913-015-0779-2
19. Raajmakers LGM, Hamers FJM, Martens MK, Cagchus C, Vries NK, Kremers SPJ. Perceived facilitators and barriers in diabetes care: a qualitative study among health care professionals in the Netherlands. *BMC Family Practice* [internet]. 2013 [acesso: 02 Nov 2015]; 14:114. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/114>. doi: 10.1186/1471-2296-14-114
20. Al Wadaani FA. The knowledge attitude and practice regarding diabetes and diabetic retinopathy among the final year medical students of King Faisal University Medical College of Al Hasa region of Saudi Arabia: a cross sectional survey. *Niger J Clin Pract* [internet]. 2013 [cited 2015 dez 13]; 1692:164-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23563455>. doi: 10.4103/1119-3077.110133
21. Beverley EA, Ritholz MD, Brooks KM, Hultgren BA, Lee Y, Abrahamsom MJ, et al. Qualitative study of perceived responsibility and self-blame in type 2 Diabetes: reflections of physicians and patients. *Journal of General Internal Medicine* [internet]. 2012 [cited 2015 dez 20]; 27(9):1180-87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22549299>. doi: 10.1007/s11606-012-2070-0
22. Wikinson MJ, Nathan AG, Huang ES. Personalized decision support in type 2 diabetes mellitus: current evidence and future directions. *Curr Diab Rep* [internet]. 2013 [cited 2016 Jan 10]; 13(2): 205-12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23160795>. doi: 10.1007/s11892-012-0348-6
23. Chiauzzi E, Rodarte C, DasMahapatra P. Patient-centered activity monitoring in the self-management of chronic health conditions. *BMC Med*. [internet]. 2015 [cited 2016 Jan 12]; 13: 77. Available from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0319-2> doi: 10.1186/s12916-015-0319-2
24. Pontieri FM, Bachion MM. Beliefs of diabetic patients about nutritional therapy and its influence on their compliance with treatment. *Cienc. saude colet*. [internet]. 2010 [cited Jan 20]; 15(1):151-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100021>
25. Fisher L, Hessler D, Masharani U, Strycker L. Impact of baseline patient characteristics on interventions to reduce diabetes distress: the role of personal conscientiousness and diabetes self-efficacy. *Diabet Med*. [internet]. 2014 [cited 2016 Fev 01]; 31(6): 739-46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028368/>. doi: 10.1111/dme.12403
26. Carlos S, Irala J, Hanley M, Martínez-González MA. The use of expensive technologies instead of simple, sound and effective lifestyle interventions: a perpetual delusion. *J Epidemiol Community Health*. [internet]. 2014 [cited 2014 Fev 12]; 68(9): 897-904. Available from: <http://jech.bmj.com/content/early/2014/06/24/jech-2014-203884.full>. doi: 10.1136/jech-2014-203884
27. Reis OM, Bachion MM, Nakatani AYK. Preparo de médicos para o atendimento a diabéticos no Programa Saúde da Família e suas percepções sobre as dificuldades de adesão ao tratamento. *Acta Sci. Health Sci*. [internet]. 2005 [cited 2016 Fev 27]; 27(2):119-29. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1376/786>. doi: 10.4025/actascihealthsci.v27i2.1376
28. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Oficinas do APSUS- Formação e Qualificação Profissional em Atenção Primária à Saúde. Oficina 6. Acesso em: 12 de Janeiro de 2015. Available from: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2970>
29. Ferreira NC, Bavaresco DV, Ceretta LB, Tuon L, Gomes KM, Amboni G. Estresse em pacientes com Diabetes tipo 2. *Rev Inova Saúde* [internet]. 2015 [cited 2016 Mar 02]; 4(1): 88-98. Available from: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1949/2253>. <http://dx.doi.org/10.18616/is.v4i1.1949>
30. Mantwill S, Fiordelli M, Ludolph R, Schulz PJ. Empower-support of patient empowerment by an intelligent self-management pathway for patients: study protocol. *BMC Med Inform Decis Mak*. [internet]. 2015 [cited 2016 Mar 13]; 15: 18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25890197>. doi: 10.1186/s12911-015-0142-x
31. Khagram L, Martin CR, Davies MJ, Speight J. Psychometric validation of the Self-Care Inventory-Revised (SCI-R) in UK adults with type 2 diabetes using data from the AT. LANTUS Follow-on study. *Health and Quality of Life Outcomes* [internet]. 2013 [cited 2016 Abr 12]; 11:24. Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-24>. doi: 10.1186/1477-7525-11-24
32. Barsagliani RA, Canesqui AM. Food and diet in the diabetes chronic condition management. *Saúde Soc*. [internet]. 2010 [cited 2016 Abr 14]; 19(4): 919-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400018. doi: 10.1590/S0104-12902010000400018
33. Willig AL, Richardson BS, Agne A, Cherrington A. Intuitive eating practices among African-American women living with type 2 diabetes: a qualitative study. *J Acad Nutr Diet* [internet]. 2014 [cited 2016 Mai 12]; 114(6): 889-96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400018&lng=en&tlng=pt. doi: 10.1016/j.jand.2014.02.004.