

DIALOGANDO SOBRE AS VIVÊNCIAS COM DIABETES MELLITUS: SUBSÍDIO PARA O CUIDADO EDUCATIVO DE ENFERMAGEM

DIALOGUING ABOUT THE EXPERIENCES WITH DIABETES MELLITUS: SUBSIDY FOR EDUCATIONAL NURSING CARE

DIALOGANDO SOBRE LAS EXPERIENCIAS CON DIABETES MELLITUS: CONTRIBUCIÓN A LOS CUIDADOS EDUCATIVOS DE ENFERMERÍA

Rachel Corrêa Rodrigues¹
Maria Luiza de Oliveira Teixeira²
Elen Martins da Silva Castelo Branco³

¹ Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti-HEMORIO. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN, Departamento de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

³ UFRJ, EEAN, Departamento de Enfermagem Fundamental. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

Autor Correspondente: Maria Luiza de Oliveira Teixeira. E-mail: mlot@uol.com.br
Submetido em: 18/03/2017 Aprovado em: 01/08/2018

RESUMO

Pesquisa convergente-assistencial que objetivou descrever os saberes e práticas de clientes diabéticos em atendimento ambulatorial sobre a vivência com o diabetes *mellitus* (DM) e discutir as contribuições desses saberes e práticas nos cuidados educativos de enfermagem. Participaram do estudo 11 clientes que atenderam aos critérios de inclusão: clientes com DM tipo 1 e/ou 2, atendidos no ambulatório, com prontuário na instituição, de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Realizaram-se entrevistas individuais. Utilizou-se a análise temática de conteúdo. Encontrou-se que tais saberes e práticas se apresentam de forma fragmentada e como resultado de conhecimento adquirido pela experiência vivida. Os saberes e práticas de clientes diabéticos foram mobilizados e valorizados a partir do diálogo/reflexão. Esse processo foi baseado no intercâmbio dos saberes popular e profissional, na descoberta e reconstrução do conhecimento e possibilitou sua aplicação no cuidado educativo de enfermagem a esses clientes.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Diabetes Mellitus; Enfermagem.

ABSTRACT

Convergent care research aimed at describing the knowledge and practices of diabetic clients in outpatient care about living with Diabetes Mellitus (DM) and discussing the contributions of this knowledge and practices in educational nursing care. The study included 11 clients who met the inclusion criteria: clients with type 1 and/or type 2 DM, assisted at the outpatient clinic, with medical records at the institution, of both sexes, and those over 18 years of age. Individual interviews were conducted. Thematic content analysis was used. The results showed that the client's knowledge and practices are presented in a fragmented way and as a result of knowledge acquired through experience. The knowledge and practices of diabetic clients were mobilized and valued through dialogue/reflection. This process was based on the exchange of popular and professional knowledge, on the discovery and (re)construction of knowledge and made it possible its application in educational nursing care for these clients.

Keywords: Health Education; Diabetes Mellitus; Nursing.

RESUMEN

Investigación convergente-asistencial con miras a describir los saberes y prácticas de clientes diabéticos en atención ambulatoria sobre la vivencia con diabetes mellitus (DM) y discutir su contribución a los cuidados educativos de enfermería. En el estudio participaron 11 clientes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: clientes con DM tipo 1 y / ó 2, en atención ambulatoria, con expediente clínico en la institución, de ambos sexos y mayores de 18 años. Se realizaron entrevistas individuales. Se utilizó el análisis temático de contenido. Los resultados mostraron que tales saberes y prácticas se presentan de forma fragmentada y que son resultado del conocimiento adquirido por la experiencia vivida. Dichos saberes y prácticas adquirieron valor a través del diálogo / reflexión. Este proceso se basó en el intercambio del saber popular y profesional, en el descubrimiento y reconstrucción del conocimiento y permitió que se aplicase en cuidados educativos de enfermería para estos clientes.

Palabras clave: Educación en Salud; Diabetes Mellitus; Enfermería.

Como citar este artigo:

Rodrigues RC, Teixeira MLO, Castelo Branco EMS. Dialogando sobre as vivências com diabetes *mellitus*: subsídio para o cuidado educativo de Enfermagem. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em ____];22:e-1140. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20180070

INTRODUÇÃO

A distribuição mundial de diabetes *mellitus* (DM) revela uma epidemia em curso. Em 2002, os índices assinalavam 173 milhões de adultos diabéticos, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030¹ e que alcance 471 milhões em 2035.^{1,2}

Entre os anos de 2006 e 2011, a prevalência de DM no Brasil aumentou de 5,3% para 5,6% na população com mais de 18 anos. As mulheres exibiram percentual maior dessa doença, correspondendo a 6% da população, embora tenha havido aumento entre os homens de 4,4% em 2006 para 5,2% em 2011.³ Em relação à idade, os dados demonstraram ampliação dos casos de acordo com o aumento da idade da população: 21,6% de brasileiros com idade superior a 65 anos e 0,6% de brasileiros com idade entre 18 e 24 anos são diabéticos.

Na Europa e nos Estados Unidos (EUA), o aumento da prevalência do DM registra-se, em especial, nas faixas etárias mais avançadas, devido à maior expectativa de vida, enquanto que nos países em desenvolvimento ocorre em todas as faixas etárias. A prevalência triplica-se no grupo de 45 a 64 anos e dobra nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos.³

Ainda mais, estima-se que em 2030 o Brasil alcance a sexta posição no *ranking*, com prevalência de 11,3%. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população associam-se a esse incremento na carga global de casos de DM.⁴ A doença aparece entre a quarta e oitava posição na lista das principais causas de óbito nos países desenvolvidos.

Destaca-se a importância do DM tanto pela crescente prevalência quanto pela associação com outros agravos como a dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. Trata-se de um problema de saúde considerado condição sensível à atenção primária, ou seja, evidências demonstram que o manejo na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.³

Ressalta-se que os sistemas de saúde têm considerável aumento nos custos gerados pelo tratamento das complicações agudas e crônicas. No Brasil, estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que os custos governamentais de atenção ao DM variam de 2,5 a 15% dos orçamentos anuais de saúde e os custos de produção perdidos podem exceder até cinco vezes os custos diretos de atenção à saúde.⁴

No Sistema Único de Saúde (SUS) estima-se custo anual de R\$ 40,3 milhões, sendo 91% decorrentes de internações hospitalares. Possivelmente, esse valor é subestimado, pois é comum pacientes atendidos por outras doenças relativas à obesidade também apresentarem diabetes.⁵

Além disso, sintomas de depressão, como humor deprimido, diminuição do interesse, perda de energia e dificuldade de concentração, são bastante comuns entre pacientes diabéticos e associam-se à diminuição do autocuidado.¹ Outro aspecto

a ser considerado é a baixa adesão às medidas preventivas e ao tratamento, fato que acarreta o aumento das complicações.

Diante do exposto, o estudo se justifica por abordar um agravo de impacto mundial – o aumento expressivo da prevalência da DM e suas complicações. Assim sendo, o estudo tem como objetivos descrever os saberes e práticas de clientes diabéticos em atendimento ambulatorial sobre a vivência com o DM e discutir as contribuições desses saberes e práticas nos cuidados educativos de Enfermagem.

METODOLOGIA

A abordagem qualitativa foi escolhida para esta pesquisa de campo denominada pesquisa convergente assistencial (PCA). Tal abordagem orienta-se para o compromisso humanista do pesquisador em estudar e operar na prática assistencial em saúde a partir das perspectivas dos profissionais e/ou usuários envolvidos no contexto da pesquisa.⁶

O cenário escolhido para o estudo foi o ambulatório para clientes diabéticos de um hospital universitário da rede pública federal no Rio de Janeiro. A clientela incluí as pessoas com o diagnóstico de diabetes recente ou não, que iniciaram o tratamento com insulina e foram encaminhadas por parecer pelo médico assistente.

Destacam-se o protagonismo e dinamismo das enfermeiras que atendem nesse ambulatório. A consulta em grupo é orientada pelos assuntos apresentados pelos clientes. Além disso, priorizam-se as orientações sobre o uso da insulina nos clientes de primeira vez. As orientações abrangem os diferentes tipos de insulinas, o manuseio, a dose aspirada, o armazenamento, a administração e as possíveis complicações.

Vale ressaltar que, após o primeiro atendimento, o cliente continua frequentando o grupo por tempo indeterminado, seguindo o agendamento em acordo com a avaliação da enfermeira.

Participaram do estudo 11 clientes, seis mulheres e cinco homens que atenderam aos critérios de inclusão: clientes com DM tipo 1 e/ou 2, atendidos no ambulatório, com prontuário na instituição, de ambos os sexos e maiores de 18 anos.

Os clientes foram identificados pela letra C (cliente) acompanhada de número arábico que correspondesse à ordem de realização das entrevistas. Desse modo, garante-se o anonimato dos participantes.

Das 11 participantes do estudo, uma estava na faixa etária entre 18 e 29; um entre 40 e 49 anos; sete entre 60 e 69 anos; e dois entre 70 anos e mais. A maioria (63,64%) se situava na faixa etária entre 60 e 69 anos, corroborando dados do Ministério da Saúde, que mostra aumento do número de casos de DM segundo a idade da população - 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, índice bem maior do que entre

as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes.³

Para obtenção dos dados utilizaram-se a entrevista individual semiestruturada, um formulário de identificação socio-cultural e os roteiros de discussão para a produção dos dados.

Na análise do material discursivo aplicou-se a análise de conteúdo temática, sendo a fase de categorização realizada por análise temática. Nessa técnica, as categorias não são determinadas *a priori*, pois emergem das falas dos sujeitos.⁷

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado sob o Protocolo 1.227. 894. Os participantes receberam informações sobre os aspectos éticos da pesquisa, a participação voluntária, garantia de anonimato, possibilidade de desistência sem prejuízos, riscos e benefícios. Receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após a assinatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico de uma doença crônica modifica profundamente a vida das pessoas. No caso do DM, essas modificações se relacionam estreitamente com as atividades cotidianas. A partir do diagnóstico, ocorrem sentimentos de angústia e desespero ante a percepção do menor controle sobre a própria vida, o que afeta a sua potência para agir e pensar. Tal situação conduz as pessoas a precisarem de cuidado integral de saúde, envolvendo os aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos, entre outros.²

No estudo, o diálogo com os clientes diabéticos possibilitou o acesso aos saberes e práticas sobre a vivência com o DM a partir das questões geradoras de debate. Em um espaço “*problematizador*”, tais questões propiciam o diálogo e o aprofundamento da discussão das situações existenciais concretas dos sujeitos.⁸

A DESCOBERTA DA DOENÇA, O TEMPO DE CONVIVÊNCIA COM O DIABETES E OS SENTIMENTOS

O tempo de curso clínico entre a descoberta do DM e o momento da coleta de dados era, em média, de seis anos. Os relatos de C1 e C9 mostram uma situação em comum, o acaso, ou seja, o diagnóstico em situações de atendimento médico emergencial, e não numa investigação clínica específica para DM:

Foi através de um resfriado, fui fazer um show num determinado lugar, e de repente peguei uma temperatura diferente. Aí me resfriei, mas eu tinha que me curar naquele dia. Como eu nunca fui chegado a medicamentos de laboratório, parti pras folhas, pras ervas. Aí, me indicaram uma erva, nós pegamos, pedi pra fazer um chá. Aca-

bei de tomar o chá, dali a meia hora comecei a “mijar”, urinar. Aí achei aquilo estranho. Senti muita sede. Aí fui pro posto de saúde da cidade, aí quando eu contei a história, o médico pediu pra furar meu dedo e disse que eu estava com o diabetes (C1).

Olha só, eu sentia muita sede, tinha boca muito seca. Aí minha mãe, que é auxiliar de enfermagem, mandou eu fazer exame, porque achava que eu estava com diabetes, porque eu bebia muita água e nada matava a minha sede. [...] Aí depois eu fiz os exames que o médico pediu e deu o diabetes (C9).

Na ocasião do atendimento, ambos relataram ter sintomas clássicos da doença, mas não os associava a ela. Por se tratar de uma condição crônica, o DM deve ser o foco de ações de promoção da saúde e medidas de prevenção amplamente divulgadas. Essas orientações não podem ser padronizadas, devem compreender a autonomia e a criticidade do indivíduo e da família no processo de cuidado.

A partir desse momento é preciso começar a adequar os hábitos de vida às limitações necessárias para o convívio com a cronicidade da doença. Durante o diálogo entre pesquisadora e clientes, captaram-se alguns sentimentos no momento da descoberta do diagnóstico, como os que se seguem:

Fiquei muito triste, porque eu gosto muito de doce, até hoje eu sinto muita falta do doce. Então isso me levou a ficar muito triste, muito triste mesmo (C6).

O participante C6 demonstra a tristeza em sua fala, pois a doença influencia os hábitos alimentares, principalmente no que diz respeito à ingestão de doces. Na medida em que o cliente conhece mais o DM, aprende que existem as alternativas alimentares que suprem satisfatoriamente a vontade de comer doces. A tristeza e o desânimo são sentimentos que devem ser acompanhados, pois existe uma importante relação entre DM e depressão. O atendimento multiprofissional é muito valioso. Ressalta-se que a inclusão do psicólogo e do nutricionista é essencial para o cliente lidar com o controle alimentar que ainda é entendido dentro da ótica da privação, do “regime”, das proibições e restrições impostas, e não da necessidade de uma reeducação alimentar.

Segundo o relato de C10, o diagnóstico da doença não causou tipo algum de sentimento. Observa-se que o fato de ter uma experiência anterior em outros membros da família permite que ele lide com a doença de forma diferente:

Ah, foi normal! Não sei, porque na família já tinha [diabetes] desde a minha vó, acho que a mãe da minha

vó já tinha também, aí foi normal. Não foi nada oh! Mudou a minha vida! [Risos] (C10).

Aceitar a doença pode ser um processo mais ou menos difícil. A pessoa com diabetes percebe-se como alguém que aprendeu, de algum modo, a conviver com o incômodo, o desconforto e a dor gerados pela restrição e contenção de hábitos, pelo controle imposto pelo tratamento sobre um dos impulsos mais básicos do ser humano, que é a oralidade. A educação efetiva vai além da transmissão de informações, resultando em mudanças e/ou aquisição de comportamentos, devendo incorporar as necessidades, os objetivos e as experiências de vida do indivíduo.⁹

Apesar de vivenciar a mesma doença, cada pessoa expressa o sentimento de forma diferenciada. A surpresa e o susto com o diagnóstico também foram relatados:

Nossa, menina [...] eu tomei um susto!(C5).

Eu quase tive um troço! (Risos) Fiquei maluquinha, maluquinha (C4).

A compreensão dos sentimentos e comportamentos da pessoa com diabetes pode contribuir para redimensionar o modelo de atenção à saúde com essa clientela. Os pressupostos do cuidado integral que incluem as dimensões do bem-estar biológico, psicológico, social e espiritual, entre outros, estão preconizadas no modelo de atenção primária à saúde.⁹

Nesse sentido, o diálogo é um recurso utilizado na relação de cuidado, pois permite uma troca de informações entre o profissional e o cliente, que levará a uma reflexão. O diálogo, quando transformador, leva o sujeito a abandonar sua posição passiva e ingênua e adotar uma posição ativa, questionadora, buscando modificações e assumindo um desejo de mudança em sua realidade.¹⁰

Para problematizar com a pessoa com diabetes é necessário que o profissional tenha o entendimento sobre os questionamentos pessoais e as atividades diárias, contextualizando, assim, a realidade do cliente com as mudanças necessárias para o bom controle do diabetes e sua convivência com a doença.¹¹

O QUE É DIABETES

O acesso aos conhecimentos gerais sobre a doença foi fundamental para as questões posteriores sobre a vivência com os sintomas do DM. Assim sendo, as questões “O que é o diabetes? Você sabe me explicar?” orientaram essa etapa do estudo.

O conhecimento sobre a sua doença é a base para conseguir a prática correta do autocuidado, assim como a participação mais efetiva no tratamento, porém a aquisição do conhecimento não induz necessariamente à mudança de compor-

tamento.¹² Para que isso ocorra, faz-se necessária a interação entre profissional e cliente, a partir do compartilhamento de ideias, tornando esse cliente propenso a mudanças. Nesse momento, o compartilhamento de saberes entre enfermeira e cliente sobre a doença caracteriza-se como um dos conceitos regidos pela PCA, a dialogicidade.

Ao responder as questões, a definição variava entre a presença de açúcar no sangue, não funcionamento do pâncreas e as possíveis complicações, entretanto, não definem a doença. Os clientes possuem conhecimentos sobre a doença e conseguem associá-los à hiperglicemia, ou seja, à presença de açúcar no sangue, como pode ser comprovado nas seguintes falas:

Eu sei. É o açúcar? A glicose que sobe. Então, se você abusa dos doces, a tendência da glicose é subir e eu abusava muito disso (C6).

Sei que é uma coisa que dá no sangue, tem que evitar muito doce [...] (C9).

O açúcar no sangue? A glicose alta no sangue [...] (C8).

É o teste de glicose aumentado? Não sei acima de que nível (C10).

Um conhecimento fragmentado se apresenta nas falas de C5 e C9. As associações feitas por ambos a essas questões específicas são oriundas das orientações dadas no ambulatório, mas existe uma compreensão dissociada das orientações. Eles captam as palavras “insulina” e “pâncreas”, mas não conseguem elaborar uma resposta mais completa para o DM:

Olha, diabetes do jeito que eu tô sabendo, é o meu pâncreas que não funciona mais, e é por isso que eu tenho que me furar de manhã e de noite, fora o remédio que eu tomo? (C5).

[...] a insulina, no lugar do pâncreas, agora eu lembrei [...] não tá dissolvendo como era pra ser dissolvido, aí tudo isso contribui pra doença (C9).

As complicações e a cronicidades da doença também foram relatadas pelos participantes:

Eu sei que o diabetes é uma doença muito traiçoeira. Ela pode te cegar, ela pode te aleijar, pode tirar um pedaço do teu pé, do teu [...] de tudo? Porque se o diabetes tiver alta, é um perigo [...] se tiver baixa é outro perigo também. Tem que estar no limite dela, tem que estar controlada (risos) (C5).

A concepção de saúde e o modo como cada pessoa enfrenta a doença são concebidos a partir das experiências pessoais, e essas guardam relação direta com suas crenças e valores os quais são formados ao longo da vida.¹³ Os profissionais da equipe de saúde não devem se limitar apenas à clínica do DM. É crucial que os saberes populares dos clientes sejam considerados, pois interferem diretamente no seu processo de cuidado.

TIPOS DE DM

Em seguida à definição da doença, foi colocada em discussão a questão “quais os tipos de diabetes?” Percebe-se nas falas seguintes que os clientes relacionam o tipo de DM à idade, ou seja, uma informação popularmente conhecida:

O 1 é mais infantil? E o 2 mais pro adulto. O que eu me recorro [...] (C1).

A tipo 1 já nasce mais para as crianças, obesas, né? E a tipo 2 são com as pessoas com a idade mais avançada (C9).

Apesar de o fato ser mostrado em estudos, que a DM tipo 1 é mais comum em crianças e jovens e a DM tipo 2 em adultos, os clientes não verbalizaram a questão da ausência ou ação diminuída da insulina. A discussão com os clientes sobre os tipos de DM proporcionou um momento de reflexão sobre o valor da participação no próprio processo de cuidado. A problematização a propósito das diferenças de um tipo para o outro favoreceu as associações com os próprios sintomas e a modalidade terapêutica que realizam.

Alguns relatos se referiram à etiologia da DM hereditária ou adquirida e que os tipos 1 e 2 seriam a progressão do outro, como ilustrado a seguir:

Peraí, já ouvi falar [...] tem uma que a pessoa já traz [...] genética, é? E a outra que você adquire depois (C6).

Uma é de nascença e a outra [...] pode não ser de nascença, é hereditária... seria isso? (C11).

Ai meu Deus do Céu! (Pausa). Olha, o que eu sei do diabetes, que tem o diabetes que é 1 e tem o diabetes que é 2? E eu acho que o meu já é 2 (C4).

Após os depoimentos, procedeu-se à explicação sobre os tipos 1 e 2, usando uma linguagem clara para que pudessem compreender as diferenças, como exemplificado no trecho a seguir:

P: O diabetes tem dois tipos, o senhor sabe?

C7: Sim, tipo 1 e tipo 2.

P: E o senhor sabe me explicar um pouquinho sobre esses tipos, a diferença?

C7: Não [...]eu sei que a tipo 1 é de criança e a 2 é de adulto.

P: O diabetes tipo 1, como o senhor falou, ela é mais comum em crianças e jovens e aparece de forma rápida. E a pessoa que tem diabetes tipo 1, o pâncreas dela não produz insulina [...].

C7: Eita!!

P: Não produz nem um pouquinho, nem igual ao do senhor, que produz um pouco. Então, a pessoa com diabetes tipo 1 toma insulina para diminuir a glicose no sangue. O diabetes tipo 2 tem uma diminuição na produção dessa insulina e aí a glicose fica muito mais tempo circulando, e por isso sobe. E é mais comum em adultos.

Ao explicar a diferença dos tipos de diabetes para C11, houve a indagação sobre o “diabetes emocional”, que é um termo popularmente conhecido, se configurando como saber popular.

C11: E uma das coisas que eu queria saber, até onde isso é, o diabetes emocional, que falam, que sobe [...]

P: Esse termo “diabetes emocional” não existe. Situações de estresse podem alterar a glicemia, pode subir a glicose, mas não é um diabetes emocional como é falado.

C11: Aaaaah [...] é mito? [...] É uma coisa até popular, [...]entendi [...] isso é bom, porque eu achava que tinha, aí eu ficava assim. Não posso me aborrecer por causa do emocional (Risos).

A educação popular em saúde tem como um dos princípios a articulação entre os saberes populares e os científicos.¹⁴ Assim, todo conhecimento deve ser problematizado, contextualizado. Não se trata de substituir o conhecimento sistematizado pelo popular, mas de estabelecer o diálogo entre eles.

SINTOMAS / VIVÊNCIA COM SINTOMAS

O intercâmbio entre o saber popular e o saber técnico-científico deve considerar o saber, o conhecimento de cada sujeito, tornando possível um conhecimento compartilhado, viabilizando a educação em saúde como tecnologia de cuida-

do.¹⁵ Assim sendo, a identificação da percepção que os clientes possuíam sobre os sintomas, sabidos e/ou vivenciados, foi valiosa para o diagnóstico do déficit de conhecimento e para a elaboração de um plano de cuidados individualizados.

Por se tratar de uma doença silenciosa, o diagnóstico do DM muitas vezes não é o suficiente para que a pessoa tenha adesão ao tratamento. A consciência da gravidade da doença e do reconhecimento da necessidade de cuidados se dá após a ocorrência de complicações. C11 relatou que somente após o infarto iniciou o tratamento medicamentoso:

Confesso que na época [do diagnóstico] não me interessei muito no tratamento [...]. Até que veio o meu primeiro infarto (C1).

A doença cardiovascular é a causa mais comum de morte e incapacidade entre as pessoas com diabetes. As doenças cardiovasculares que acompanham o diabetes incluem angina, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca congestiva. A pressão arterial elevada, colesterol alto, a glicose alta no sangue e outros fatores de risco contribuem para o aumento de complicações cardiovasculares.¹⁶

As complicações do diabetes podem ser classificadas em agudas, como hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar; e crônicas, como a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia diabéticas.³

O relato de hipoglicemia esteve presente nos diálogos. Alguns deles passaram pela experiência, mas não tinham conhecimento da causa para poder evitá-la, como retratado no trecho:

C8: Uma vez a minha [glicemia] caiu, eu tinha ido no cemitério fazer uma visita lá no túmulo do meu filho. Quando eu tô saindo, tô dentro do ônibus... bom que eu estava com meu garoto. Aí eu senti a vista escurecendo, escurecendo [...] falei: 'eu tô passando muito mal'. Falei 'vamos saltar aqui, pegar um táxi e procurar uma UPA'. Aí eu saltei, peguei o táxi e fui parar na UPA. Sabe quanto tava? Tava 20 [mg/dL]. [...] Eu não sei se por causa da comida que eu comia. Eu tô vindo de um infarto, né, eu tava comendo uma comida sem sal [...]

P: Ou o senhor estava muito tempo sem comer.

C8: ah, também, faz isso ficar muito tempo sem comer? Ela cai?

P: Sim! Não pode ficar muito tempo sem comer, porque a insulina está fazendo efeito e aí acontece da glicose diminuir além da conta. Como o senhor está sem se alimentar, a glicose está sendo consumida, podendo levar a esse quadro de hipoglicemia, que é a glicose baixa.

C8: É igual esse jejum meu, esse agora. Eu tava já começando a ficar tonto que eu tô desde de ontem. Era 21h que eu jantei e não comi mais. Aí quando eu tomei esse copo de suco e comi aquele pão, já senti [...] sangue já pegou um pouco de açúcar [...](risos).

Percebe-se que a partir do conhecimento adquirido pela experiência vivida, o cliente associa os sintomas de hipoglicemia ao jejum, pois já estavam ocorrendo sintomas similares. Os conhecimentos adquiridos durante o diálogo permitiu que o cliente pudesse identificar a possível causa desses sintomas e ter estratégia para reverter a situação.

Assim, emerge a interfacialidade proposta pela PCA quando há uma mudança na prática.

C7: A baixa [glicose] acontece o seguinte, quando abaixa, abaixo de 60 que chega a 40 [mg/dL]), fica ruim, que a pessoa cai, né? E eu já caí [...] já caí já duas vezes. Cai uma vez na rua [...]

P: E o senhor falou que quando cai muito a glicose, que é a hipoglicemia, uma complicação também do diabetes, e o senhor sabe o que se faz quando a glicose baixa assim?

C7: Tem que comer uma balazinha, né, um docezinho pra ela subir. E ela subindo, volta tudo ao normal. Mas a gente também tem que tratar, porque senão, se ela subir demais fica perigoso também.

P: Exatamente. A ingestão de 15 gramas de açúcar deve ser feita nesses casos, como, por exemplo um copo de refrigerante de 200 mL ou até mesmo uma colher rasa de sopa com açúcar.

Na fala de C7 evidencia-se o conhecimento sobre a hipoglicemia quando cita o nível e glicose abaixo de 60 mg/dL e as possíveis consequências. Trata-se de mostrar que a busca por informações e pelo conhecimento prévio é elemento que motiva a participação do cliente. Assim, durante o diálogo, o cliente teve sua autonomia respeitada.

Destaca-se a importância de propostas de práticas necessárias à educação como forma de proporcionar a autonomia dos educandos ao respeitar sua cultura, seu conhecimento empírico e sua maneira de entender o mundo que o cerca.¹⁵

Vale ressaltar que essa autonomia só é garantida se o educador considerar a singularidade do sujeito, sua cultura, o meio em que é inserido socialmente, colocando-o participante do seu processo de cuidar. Nesse processo o diálogo torna-se uma ferramenta primordial, nasce de uma matriz crítica e gera

criticidade. Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança.¹⁷

Os sintomas clássicos do diabetes são: poliúria, polifagia, polidipsia e perda inexplicada de peso.³ Alguns desses sintomas foram enfaticamente mencionados pelos participantes:

C5: *Minha filha! Eu bebo muita água.*

P: *Isso é um sintoma do diabetes, é você sentir muita sede, chamado polidipsia.*

C5: *Ah, é? [espanto].*

P: *Sim. A pessoa com diabetes, como a glicose está em grande quantidade no sangue, há uma perda dessa glicose na urina, consequentemente o corpo perde água. E isso faz com que o seu corpo “peça mais água” e aí sente a sede.*

C5: *Tanto bebo, quanto faço xixi.*

P: *Exatamente, é outro sintoma. Fazer muito xixi.*

C5: *Caramba! Menina, mas eu bebo muita água [...]mas também tem dia que eu sudo muito. Quando tá muito calor, eu transpiro demais. Mas não é o diabetes, porque o diabetes quando cai eu sinto. É o calor mesmo, eu transpiro muito, eu derreto! Porque quando eu passei mal do diabetes, o suor é diferente. Os nossos poros sai muita água, que não parava, mas não tinha jeito. E o calor, quando é o suor da gente mesmo, você sente que é diferente. Então, mais ou menos agora eu já sei. Que nem ela [enfermeira do ambulatório] falou, ando com todos os produtos dentro da bolsa, não é pra eu comer não, uma necessidade, uma emergência. Se acontecer de eu passar mal, se antes de acontecer eu tô sentindo que tem algo de anormal [...] porque ela avisa? Oh, e se não tiver, o negócio complica, porque é assim, num piscar de olhos.*

P: *Porque agora a senhora já sabe que é uma possível complicação do diabetes e sabe o que fazer. Porque, quando a senhora passou mal, a senhora não sabia [...]*

C5: *Não, nada disso eu sabia.*

Nota-se que C5 convivia com sintomas clássicos da doença, porém não os associava ao DM, demonstrando surpresa em sua fala quando orientada sobre a relação entre os sintomas e a cronicidade da doença.

A conversa com os clientes sobre as causas e manifestações clínicas permite que eles tenham subsídios para o reconhecimento precoce das complicações possíveis.

P: *E além da glicose alta, qual outro sintoma do diabetes você sabe, ou que você já sentiu, ou você sabe que existe?*

C10: *Ah, foi quando eu [...] justamente, procurei o endocrinologista, que eu vi na minha vó e na minha mãe que também tem diabetes. É vontade de ir no banheiro toda hora fazer xixi, a urina espumando muito, muita sede, bebia água à beça por dia... o que mais? [...] Levantava umas cinco vezes à noite pra fazer xixi.*

P: *São sintomas clássicos do diabetes.*

C10 demonstrou conhecimento dos sintomas além da glicose alta, a partir de experiências vividas pela mãe e a avó. No senso comum, a construção de conhecimento se dá por intermédio de associações. Assim sendo, C10 associou os sintomas que via na sua avó e sua mãe com o que ele sentia. A partir dessa reflexão, tomou a decisão de procurar um médico especialista e confirmou o diagnóstico da doença.

Nos trechos seguintes, complicações da doença foram evidenciadas:

Eu sei que o diabetes é uma doença muito traiçoeira. Ele pode te cegar, ele pode te aleijar, pode tirar um pedaço do teu pé [...] (C5).

Afeta a visão e às vezes também as pernas [...] (C7).

Problema da visão, aquele negócio que corta a parte do corpo também? (C8).

Amputação de pé, da perna, de dedos [...] cegueira [...] e problemas nos rins, se não se cuidar [...] (C9).

A abordagem ao cliente com diabetes sobre a percepção das complicações é preconizada pelo Ministério da Saúde, pois é um dos pontos importantes na assistência, para prevenir ou minimizar problemas identificados em relação ao diabetes.

A amputação e a retinopatia diabética são complicações culturalmente conhecidas entre as pessoas com diabetes. Anualmente, um milhão de pessoas com diabetes perde uma parte da perna em todo o mundo, traduzindo-se em três amputações por minuto.² A prevalência da retinopatia em pessoas com diabetes é de 6,5%.¹

Pela relevância do tema, a pesquisadora destacou durante os diálogos que as situações relatadas são complicações totalmente preveníveis a partir de cuidados como o controle rigoroso da glicemia, mudança de hábitos alimentares, prática de exercícios físicos e abandono total do tabagismo e alcoolismo, entre outras medidas.

Os hábitos alimentares, em especial o consumo de doces, apareceram mais uma vez nos relatos dos participantes:

C1: [...] às vezes ia pra Rua da Alfândega comer doce árabe [...] era apaixonado, caramelados [...] aí tive que deixar tudo... quase tudo. Eu às vezes ainda dou uma abusada [...] Às vezes a gente [se referindo à filha] até briga, bate boca à toa que eu quero comer. Ah, vc não pode! Você não pode! Eu digo: "Sheila, não é que eu não possa comer, não posso comer todo dia".

P: Não há uma restrição total para a ingestão de doces, mas deve-se evitar o máximo o consumo, não comer todos os dias nem em grande quantidade.

A dificuldade de seguir uma alimentação sem açúcar é comum em pessoas com DM, mas se adequar a restrições alimentares faz parte do tratamento. A falta de adesão à dieta acontece porque está relacionada aos hábitos adquiridos, ao horário definido, ao valor cultural do alimento, às condições socioeconômicas e à questão psicológica envolvida.⁹

A articulação do conhecimento científico com o senso comum revela-se fundamental para que se compreenda a necessidade de considerar o saber de cada sujeito para intervenções no que concerne à assistência ao cliente no seu cuidado em relação ao diabetes *mellitus*.

CONCLUSÃO

Os saberes e práticas de clientes diabéticos em atendimento ambulatorial sobre a vivência com o DM foram expostos graças à oportunidade dada a eles para expressá-los conduzidos pelo diálogo/reflexão.

Os resultados mostraram que tais saberes e práticas se apresentam de forma fragmentada, e como resultado de conhecimento adquirido pela experiência vivida. Os saberes e práticas de clientes diabéticos foram mobilizados e valorizados por meio do diálogo/reflexão. Esse processo foi baseado no intercâmbio dos saberes popular e profissional, na descoberta e reconstrução do conhecimento e possibilitou sua aplicação no cuidado educativo de enfermagem a essa clientela.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013-2014). São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes *Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes *Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
5. Bahia L, Coutinho ES, Barufaldi LA, Abreu GA, Malhão TA, Souza CP, et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. BMC Public Health. 2012[citado em 2017 jan. 16];12(440):1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22713624>
6. Bonetti A, Silva DMGV, Trentini M. O método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013[citado em 2017 jan. 16];17(1):179-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000100025&script=sci_abstract&tlng=pt
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
8. Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.
9. Dias JAA, Rodrigues RA, Sales ZN, Oliveira ZM, Nery PI. Concepções de clientes com diabetes *mellitus* acerca do tratamento. Rev Enferm UFPE online. 2016[citado em 2017 jan. 16];10(7):2471-9. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista_enfermagem/article/download/11304/12973.
10. Freire P. Conscientização: teoria e prática da liberdade: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 25ª ed. São Paulo: Moraes; 2008.
11. Chaves MO, Teixeira MRF, Silva SED. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2013[citado em 2017 jan. 16];66(2):215-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/10.pdf>.
12. Torres HC, Santos LM, Cordeiro PM. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. Acta Paul Enferm. 2014[citado em 2017 jan. 16];27(1):23-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000100006&script=sci_arttext&tlng=pt.
13. Amorim MMA, Ramos N, Bento IC, Gazzinelli MF. Intervenção educativa na diabetes *mellitus*. Psicol Saúde Doenças. 2013[citado em 2017 jan. 16];14(1):168-84. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100011.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
15. Teixeira MLO, Ferreira MA. Uma tecnologia de processo aplicada ao acompanhante do idoso hospitalizado para sua inclusão participativa nos cuidados diários. Texto Contexto Enferm. 2009[citado em 2017 jan. 16];18(3):409-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a02v18n3>.
16. Mulcahy K, Maryniuk M, Peeples M, Peyrot M, Tomky D, Weaver T, et al. Diabetes self-management education core outcomes measures. In: Diabetes Education and Program Management. 6ª ed. Chicago: Diabetes Educ; 2003.
17. Freire P. Extensão ou comunicação? 15ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.