

Relações humanizadas na assistência às pessoas com *diabetes mellitus*

Mercedes Trentini¹ e Vilma Beltrame²

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Rua Imaculada Conceição, 1155-Prado Velho, 80215-901, Curitiba, Paraná, Brasil. ²Universidade do Contestado, campus de Concórdia. *Autor para correspondência. e-mail: mertini@terra.com.br

RESUMO. Objetivamos responder a questão: Quais as tecnologias leves mais apropriadas para o cuidado às pessoas com *diabetes mellitus*? O presente estudo consiste de uma análise secundária de uma investigação prévia que teve o propósito de descobrir maneiras saudáveis de lidar com condições inerentes às pessoas com *diabetes mellitus*. O estudo original foi desenvolvido com um grupo de onze pessoas em condições de diabetes. Esta análise secundária teve como referencial o modelo de tecnologias de Merhy *et al.* (1997) que as classificam como: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves. Para a análise secundária utilizamos a técnica de narrativas. Os resultados revelaram ruídos, ou seja, sinais de alerta de que algo no cotidiano dos participantes não estava de acordo com o esperado. Esses ruídos abrem possibilidades para construir um novo modelo de cuidado que terá como centralidade ações de acolhimento, de autonomia e de vínculo entre usuários e trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: *diabetes mellitus*, enfermagem, educação em saúde.

ABSTRACT. Human relationship assisting diabetes mellitus patients. This study aimed to answer the following question: what are the appropriate soft technologies for taking care of diabetes mellitus patients? The study consisted of a secondary analysis of a previous investigation to discover healthy ways to deal with diabetic conditions. The original study sample consisted of 11 diabetes mellitus patients. The framework of the present study is the technology model by Merhy *et al.* (1997), with the following classification: hard technology, soft - hard technology and soft technology. The secondary analysis employed narrative technique. The results show that patients' space is filled with negative signs, showing that something is not working well and pointing out to a lack of human relationship. Such signs provide the building of a new care model focusing receptive actions, autonomy and bonds between patients and health workers.

Key words: *diabetes mellitus*, nursing, health education.

Introdução

O *diabetes mellitus*, no Brasil, figura entre os principais problemas de saúde e causas de óbitos (Liga de Diabetes, 1999). O diabetes do tipo 2 tem aumentado consideravelmente na população brasileira e a tendência é de um crescimento gradativo. Em 1986, 7,6% da população brasileira, acima de 30 anos, estava com *diabetes mellitus* do tipo 2 e para 2025 a previsão é de que 27% da população brasileira tenha diabetes (Murussi *et al.*, 2003). Há evidência de que esse aumento é a uma soma de determinantes incluindo a genética, mudança dos hábitos alimentares, vida sedentária, estresse entre outros. Embora a diabetes ser de diagnóstico fácil e relativamente barato, ainda encontramos no Brasil milhões de indivíduos que desconhecem sua condição

de diabéticos, e que, provavelmente, muitos serão diagnosticados somente quando alguma complicação se manifestar (Brasil, 1989).

O *diabetes mellitus* do tipo 2 aumenta o risco de doenças cardiovasculares e renais, para Junior e Archanjo (2004), a associação do diabetes do tipo 2 com a hipertensão arterial, com a dislipidemia e a obesidade desenvolve um quadro de extrema gravidade e afirmam que é bastante comum a presença dessas co-morbidades em uma só pessoa. A obesidade, além de aumentar o risco para o diabetes tipo 2, dislipidemia e hipertensão pode provocar doenças biliares, apnéia noturna obstrutiva e certos tipos de câncer (Joyal, 2004). Uma pesquisa conduzida por Assunção *et al.* (2001) com 378 pacientes diabéticos mostrou uma baixa proporção de indivíduos com Índice de Massa Corpórea dentro dos valores considerados aceitáveis para diabéticos. A

perda do peso é o objetivo terapêutico mais importante para tais indivíduos e, quase sempre, resulta em redução da glicemia.

O tratamento do diabetes *mellitus* está alicerçado, em grande parte, no estilo de vida das pessoas. Sem dúvida, a dieta é o fator de maior dificuldade de adesão, pois na nossa cultura, o alimento desempenha vários papéis, além de atender as necessidades nutricionais, freqüentemente, encontra-se no centro das atividades sociais. Muitas vezes, o alimento é utilizado como recompensa, como meio de expressar afeto ou como forma de auxílio para lidar com o estresse. Tudo isso torna mais difícil a aceitação do regime alimentar (Bantle, 1995).

Os métodos convencionais de tratamento do diabetes, incluindo orientação de uma dieta de redução de peso, geralmente, não têm sido eficazes. Os bem sucedidos são indivíduos com grande força de vontade, que estão preparados para o compromisso de um novo estilo de vida, com melhores hábitos dietéticos para a vida toda (Bantle, 1995). Se esses métodos não produzem o efeito esperado, está em tempo de os profissionais da saúde mudarem de postura a fim de buscarem novos modos de se relacionarem com as pessoas em condições crônicas como são os diabéticos. Essas pessoas necessitam desenvolver capacidades para manterem sua qualidade de vida apesar do diabetes e isto requer ações além do tratamento medicamentoso, ou seja, inclui, como diz Mandu (2004), a valorização da inter-subjetividade por parte dos profissionais para agirem de acordo com a bagagem cultural dos indivíduos, dando-lhe liberdade e incentivo para encontrarem modos apropriados de manterem sua qualidade de vida. Silva (2000) constatou que as pessoas diabéticas constroem seus próprios caminhos para lidarem com as condições crônicas, buscando saberes além dos saberes científicos. O método de discussão e reflexão (caracterizado como educação em saúde) em grupos formados por profissionais de enfermagem e pessoas em condições crônicas tem sido uma das formas que tem dado resultado na manutenção da qualidade de vida das pessoas em condições crônicas.

A educação em saúde para as pessoas diabéticas precisa configurar-se em um processo contínuo, abrangente, de modo a incluir não apenas informações sobre o tratamento médico tradicional, mas também fatores ambientais, maneiras de compreender e de lidar com o diabetes e, sobretudo, proporcionar espaço apropriado para as relações de acolhimento, criação de vínculos entre usuários e profissionais da saúde e proporcionar maior autonomia a essas pessoas de modo a conviverem com o diabetes de uma forma saudável. Para que isso aconteça, as instituições de saúde necessitam mudar as estratégias tradicionais de cuidado às pessoas

diabéticas. Há necessidade de fugir de algumas formas de educação instituídas e penetrar um pouco mais na maneira de pensar e agir do instituinte, a fim de construir um espaço dialógico e de participação ativa dos usuários no processo educativo. O usuário constitui a mais autêntica testemunha do que significa viver com o diabetes e, portanto, a participação ativa dos usuários no processo de educação em saúde constitui o “eixo da hélice” que movimenta e “tempera” o estilo de vida dessas pessoas no alcance de uma melhor qualidade de vida.

O objetivo a ser alcançado neste estudo consiste em conhecer quais tecnologias leves seriam apropriadas para o cuidado às pessoas com diabetes *mellitus*. Com base nos resultados deste estudo, pretendemos iniciar uma negociação com algumas instituições de saúde de Concórdia, Estado de Santa Catarina, a fim de formar parcerias no desenvolvimento de estratégias para a implementação de tecnologias leves no cuidado às pessoas com diabetes *mellitus* daquele município.

Para fins deste estudo entendemos tecnologias de acordo com Merhy *et al.* (1997) que as classificam em: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves. As tecnologias duras são representadas pelos equipamentos tecnológicos, as leve-duras pelos saberes estruturados e as tecnologias leves consistem na produção de relações que se expressam através das práticas de acolhimento, vínculo, e autonomia no sentido de desenvolver a capacidade de auto-governo. Acolhimento é o ato de receber bem, dar atenção e consideração; em saúde, acolhimento é a relação humanizada que os trabalhadores e o serviço estabelece com os usuários; vínculo significa ligação moral, responsabilidade. Criar vínculo é o mesmo que ter relações estreitas a ponto de se sensibilizar com os problemas do outro, é desenvolver um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador de modo a facilitar a autonomia do usuário (Merhy, 1997a). Autonomia implica em dar condições ao usuário para se tornar, o quanto possível, autônomo para enfrentar seus problemas. No entanto, a autonomia não pode ser igual para todos os usuários, há os que podem alcançar maior competência para se cuidar do que outros (Merhy *et al.*, 1997).

As tecnologias leves estão inseridas nos nossos conhecimentos sobre como lidar com a relação de cidadania entre o usuário e o serviço, o usuário e o trabalhador. “Estas tecnologias se expressam muito mais em nossas sabedorias, experiências, crenças, atitudes, compromissos, do que em equipamentos, espaços físicos, embora dependam destes de alguma maneira” (Merhy *et al.*, 1997, p. 125).

Material e métodos

Utilizamos o método de análise secundária que consiste em analisar dados de pesquisa obtidos e analisados em um estudo desenvolvido anteriormente a este. A análise secundária pode ser feita tanto pelo pesquisador/es do estudo original quanto por outros. Os dados originais submetidos a esta análise secundária foram obtidos para uma dissertação de mestrado (Beltrame, 2000) que objetivou conduzir um processo de reflexão sobre maneiras saudáveis de lidar com as situações cotidianas com um grupo de pessoas com *diabetes mellitus*. O estudo original foi baseado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

A intencionalidade da análise secundária consiste em responder diferentes questões daquelas estabelecidas no estudo original ou então responder as mesmas sob outro ponto de vista e utilizando outros métodos e técnicas de análise (Szabo e Strang, 1997).

O estudo original foi conduzido em uma unidade de saúde de Concórdia, Estado de Santa Catarina, do qual participaram onze pessoas em condições de diabetes com idades entre 35 e 66 anos. A estudo se caracterizou como uma pesquisa convergente-assistencial que permitiu ao investigador envolver os participantes em um processo de reflexão e discussão em grupo para educação em saúde e, ao mesmo tempo, coletar dados para pesquisa. O projeto original foi aprovado pela comissão de ética da Universidade Federal de Santa Catarina e os participantes tiveram conhecimento e assinaram o consentimento livre e informado. Os dados foram obtidos no decorrer de 18 encontros coletivos dos participantes com o pesquisador, quando houve uma articulação da prática de educação em saúde e a prática de pesquisa.

Para o presente estudo foram disponibilizados os dados de identificação dos participantes, as reflexões e discussão do grupo gravadas em fitas k7, as transcrições digitadas e o diário de campo da pesquisadora. Do montante de dados do estudo original foram extraídas partes que ora consideramos essenciais para o objetivo deste estudo.

Os dados do presente estudo foram analisados pela técnica qualitativa de narrativas. A narrativa consiste de uma exposição circunstanciada e simbólica de eventos vivenciados pelo narrador e

apresentados pela palavra falada ou escrita (Frid *et al.*, 2000).

A organização e interpretação dos dados seguiram os seguintes passos: a) leitura de todas as falas do grupo de participantes de cada encontro; b) resumo das falas de cada encontro; c) extração dos relatos comuns; d) eliminação dos relatos repetidos; e) re-elaboração dos relatos de maneira a seguir um “fio condutor” para elaboração de um único relato que se constituiu em uma narrativa.

Embora a narrativa apresentada neste estudo, esteja redigida na primeira pessoa do singular, não representa uma experiência singular, mas uma síntese de relatos de várias pessoas que expressaram experiências comuns em relação a certos eventos de suas vidas. Ao construir esta narrativa com os recortes das falas de cada participante, mantivemos fidelidade às expressões dos participantes, introduzindo apenas algumas preposições e artigos para efeito de estabelecer conexão na narrativa.

Resultados e discussão

Como mostra a Tabela 1 acima, todos os participantes tinham menos de 70 anos de idade e destes oito tinham menos de 60. O diabetes pode provocar um grande impacto na qualidade de vida principalmente, para as pessoas com menos de 60 anos, pessoas na fase produtiva e de compromissos sociais, algumas envolvidas na sua formação profissional e outras, no trabalho. Todos os tipos de ocupação dos participantes da pesquisa podem ser classificados como trabalho braçal, o que torna ainda mais difícil unir um trabalho que exige esforço físico com certa indisposição física usual nas pessoas com diabetes. Os dados referentes à escolaridade podem servir de alerta para os profissionais da saúde no que se refere à orientação dessas pessoas, pois necessitam utilizar uma linguagem acessível, principalmente, quando se trata de orientação e ou educação para a prevenção de complicações. Os profissionais deverão abandonar os termos técnicos e substituí-los por uma linguagem popular, além de envolver os usuários em um processo educativo com participação ativa, a fim de torná-los co-responsáveis pelo empreendimento.

Tabela 1. Caracterização dos participantes

Participante	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Estado Civil	Número de filhos	Profissão
A	F	54	Quarto ano do primeiro grau	Casada	7	Dona de casa
B	M	51	Primeiro ano do primeiro grau	Casado	1	Motorista aposentado
C	M	53	Quarto ano do primeiro grau	Casado	3	Funcionário público aposentado
D	M	53	Quarto ano do primeiro grau	Casado	2	Motorista aposentado
E	F	68	Quarto ano do primeiro grau	Casada	6	Dona de casa
F	F	66	Quarto ano do primeiro grau	Casada	5	Dona de casa
G	F	61	Quarto ano do primeiro grau	Casada	4	Dona de casa
H	M	59	Quarto ano do primeiro grau	Divorciado com nova companheira	3	Mecânico de eletricidade
I	F	59	Terceiro grau incompleto	Casada	3	Professora aposentada

J	F	41	Segundo grau	Solteira	0	Funcionária pública
K	F	35	Terceiro grau	Casada	1	Enfermeira

Narrativa

A condição de diabetes

Eu comecei a emagrecer, a enfraquecer, estava me sentindo cada dia com menos energia, tinha muita sede e conversando com uma vizinha que tem diabetes me disse que isso eram sinais de diabetes, então fiz exames e era isso mesmo. Aí a minha vida mudou, levei muito tempo para entender que para a gente não ter problemas nos olhos e no coração não basta apenas tomar os remédios, precisa também fazer a dieta e exercícios se não a diabetes pode atacar os rins também.

A diabete aparece depois de um susto, briga na família, desgosto. Eu fiquei muito triste, até então eu não tinha nada. Aí eu comecei a emagrecer, tomar água, sede. Uma tristeza grande faz a pessoa vir a desencadear diabetes. A tristeza que eu passei foi que me deu diabetes, eu andei muito triste chorei muito e claro que tinha desgosto. Fui fazer exame por acaso, eu não sentia nada, só tristeza e deu diabetes. O que causou meu diabete foi o nervosismo, eu tenho a parte emocional muito sensível.

A diabetes é instável, pode mudar de uma hora para outra, pode subir e descer. A diabete baixa incomoda mais que a alta. Quando ela está alta eu sinto algumas coisas, mas não incomoda tanto, mas quando ela fica muito baixa eu sinto mais. Quando ela está alta eu sinto cansa, boca seca, sonolência, urino bastante, sinto irritação, agitação, me dá tristeza e angustia. Já quando ela abaixa, e isso geralmente acontece à noite, eu sinto uma suadeira, uma tremedeira que só passa se tomar um copo de água com açúcar. E isso me preocupa muito porque eu sei que apesar de ter diabetes o meu organismo precisa de açúcar, principalmente o cérebro, e quando me dá isso, que é a hipoglicemia, é porque eu estou com pouco açúcar. Mas apesar disso tudo eu não me sinto uma pessoa doente, porque diabete não é uma doença, é só saber se cuidar que a gente pode viver bem até o fim da vida. Se a gente fizer a dieta como precisa talvez não necessitasse tomar os comprimidos, mas, por outro lado, se fizer a dieta como vocês mandam a gente não ficava de pé. A dieta que vocês dizem para fazer é só para rico que pode ficar sentado o dia inteiro sem precisar trabalhar.

Para me curar do diabetes já fiz várias simpatias, a do “xixi dentro do coco” é assim: faça xixi dentro de um coco, fecha e depois enterre em uma terra virgem, em um lugar onde você nunca vai passar. Eu tomei o meu próprio xixi. Era doce, acho que é por causa do diabetes. Eu colocava um pouquinho dentro

de um copo e tomava. Ensinararam-me também a tomar xixi de égua, isso quem me ensinou foi um caboclo do Mato Grosso, só que essa eu não tive a coragem de fazer. Eu fiz também a simpatia da “cana de açúcar” que é assim: pega uma cana do tamanho da gente, arranca com raiz e tudo. Bate bem para tirar a terra, limpa e põe embaixo do colchão, do lado que a gente dorme. Deixa lá até a cana secar, quando ela secar ela leva a diabetes junto. Tomei “fel de galinha”: tem que ser fel de galinha caipira. Eu coloquei no congelador e no outro dia de manhã levantei e tomei com suco, podia também ser com café. Para se curar tinha que ter tomado três, mas eu só consegui tomar dois, porque me deu muita azia. Uma vez por ano eu tomo 18 gotas de creolina, conto de uma gota até nove e de nove até uma. A creolina é muito boa porque é um desinfetante, cura muitas doenças, mas não podemos tomar demais porque enfraquece.

Para manter a saúde eu faço chá de “Cancro Rosa”, tomo durante um mês e depois paro. Depois disso uso o “sal amargo”. Na época do limão uso o limão, e isso é o básico para manter a saúde. Mas o mais importante é a creolina.

Outra coisa bastante importante para manter o organismo saudável é usar alho e cebola. Mas uma coisa é certa, o resultado não vem de uma hora para outra, tem que fazer sempre.

Para limpar o sangue a gente deve tomar chá de noqueira. E devemos tomar nos meses de agosto e setembro, porque são os meses da brotação e também os meses que o sangue da gente se renova. Também devemos colher as folhas na lua crescente, porque nesta lua a árvore tem a seiva que sobe e elas trabalham. Se colher na lua minguante não adianta porque aí as árvores não têm seiva.

Esses dias eu fui me benzer da diabete. Esta benzedeira sabe se a tua diabetes está alta ou baixa. Ela sempre sabe quando a minha diabetes está alta ou baixa. Ela benze com uma folhinha. Eu gosto de ir lá porque me sinto muito bem, eu saio de lá em paz. Quando ela põe a mão na minha cabeça eu me sinto protegida e isso me dá muito alívio. Ela conversa e deixa a gente falar, ouve com muita atenção e depois fala coisas que fazem a gente se sentir muito bem.

Tem um curandeiro em Santa Cruz, fui nele porque quando saía da cama eu não podia botar os pés no chão, era mesmo que pisar tudo em cima de alfinete. Ele me disse que eu tinha pisado em cima de algum trabalho do mal. Ele benzeu e me deu um tipo de cânfora para passar nos pés e melhorou.

Lá em casa quando eu entro em hipoglicemia eles me dizem que tenho culpa porque não me cuidei, dizem. Por que fez isso e aquilo? Ficam o tempo todo

me vigiando. Gostaria que nossos familiares também participassem desses encontros assim me entenderiam melhor. Eu melhorei muito depois que comecei a participar desses encontros, estou com mais ânimo me sinto outra pessoa. Eu sinto grande insegurança quando preciso internar por causa de uma hipo ou hiperglicemia, pois nunca se sabe que profissional vai atender a gente. Se a gente dependesse só dos médicos para aprender a nos cuidar, se não tivesse as enfermeiras não sei o que seria de nós. O médico nunca me deu uma orientação. Nós que temos diabetes precisamos desse cuidado para viver melhor. Eu gosto do atendimento de vocês porque, além de me examinar vocês conversam com a gente. O médico examina e dá receita.

Resumo da narrativa

- A partir do diagnóstico de diabetes a vida da pessoa muda.
- O estresse pode determinar o diabetes.
- O tratamento do diabetes compreende não só medicação, mas também dieta e exercícios.
- A dieta correta poderá substituir a medicação.
- O estado de saúde das pessoas com diabetes é instável, pode se alterar subitamente e isso é motivo de muita preocupação principalmente, quando a pessoa necessita de internação hospitalar porque não confia em todos os profissionais.
- Diabetes não é doença, mas precisa saber se cuidar.
- A dieta de acordo com a orientação dos profissionais é inadequada para pessoas que trabalham.
- Para curar e ou aliviar as conseqüências do diabetes a pessoa recorre às mais variadas formas de “simpatias” e remédios caseiros.
- A energia humana transmitida pelo “benzimento” traz paz e bem estar.
- Familiares não entendem a condição do diabético.
- As pessoas diabéticas necessitam de um cuidado que inclua o diálogo entre eles, com seus familiares e com os profissionais de saúde.
- A participação em grupos de reflexão com seus pares, familiares e cuidadores é vista como uma forma de valorização pessoal e um espaço para aprendizagem.

As falas nesta narrativa podem ser reunidas em torno de cinco temas: o impacto ao saber o diagnóstico do diabetes; o estresse como determinante do diabetes; insegurança em relação ao tratamento dos profissionais de saúde; a busca por métodos alternativos de tratamento; cuidado baseado no relacionamento humano.

O impacto ao saber o diagnóstico do diabetes

Supomos que a pessoa ao saber do diagnóstico médico do diabetes fica abalada por se defrontar com um problema ainda incurável. Embora saiba que, apesar do diabetes, pode levar uma vida saudável, desde que mantenha controle sobre certos hábitos, o que mais assusta são as exigências de mudanças na vida cotidiana da pessoa e o risco de sérias complicações. O tratamento medicamentoso geralmente, não assusta tanto o diabético quanto os cuidados com a dieta, a necessidade de exercícios físicos e de controle do peso corpóreo, entre outros. O sistema de saúde deveria estar preparado para oferecer uma assistência integral a essas pessoas a partir da detecção do diabetes, pois o diabetes pode desenvolver complicações cardiovasculares, neuropatias, nefropatias, complicações visuais e levar à necessidade de amputações de membros.

Desta forma, os diabéticos necessitam internalizar, logo no início, os riscos, as vantagens do tratamento medicamentoso e os demais cuidados. Ficou evidente neste estudo que os diabéticos não estão sendo orientados em tempo: “*levei muito tempo para entender que para a gente não ter problemas nos olhos e no coração não basta apenas tomar os remédios, precisa também fazer a dieta e exercícios se não a diabetes pode atacar os rins também*” Assunção *et al.* (2001) conduziram um estudo para avaliar a estrutura, o processo e o resultado do cuidado do paciente diabético atendido em nível primário de atenção à saúde em Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul; A avaliação do resultado mostrou uma estrutura precária dos postos de saúde referente à disponibilidade recomendada de suprimentos mínimos necessários para o atendimento aos diabéticos. O processo de cuidado consistia exclusivamente no atendimento médico, somente 50% dos pacientes faziam controle glicêmico e os dados mostraram ainda baixa adesão à dieta e aos exercícios físicos e um mecanismo de monitorização deficiente. Esses dados vêm confirmar nossa crença de que as instituições de saúde necessitam urgentemente renovar seu sistema de assistência.

A dieta faz parte do tratamento do diabetes *mellitus*, mas pode se tornar uma “faca de dois gumes” quando não for planejada de acordo com as atividades da pessoa, seu peso e altura e quando não inclui um cardápio que satisfaça as necessidades energéticas e também psicológicas da pessoa (Brasil, 1993). Na assistência aos diabéticos é preciso considerar as necessidades locais os medicamentos; a educação e a utilização dos profissionais de saúde e a avaliação da efetividade e qualidade da assistência aos diabéticos. (WHO 1985). Para isso, Merhy (1997b) afirma que é preciso modificar o modo de gerir os serviços e o modo de trabalhar em saúde a fim do trabalhador de saúde ser capaz de construir

espaços institucionais com a presença dos interessados na saúde dos usuários.

O estresse como determinante do diabetes

Os principais fatores determinantes do diabetes *mellitus* encontrados na literatura científica inclui obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada e hereditariedade. O grupo de participantes desta pesquisa acredita que a tristeza decorrente de perdas de familiares, desavenças, sustos e nervosismo consistem os principais determinantes do diabetes. Achados semelhantes foram encontrados com índios americanos-mexicanos com *diabetes mellitus* tipo 2 que citaram trauma emocional pela morte de familiares como uma das principais causas do diabetes (Hunt *et al.*, 1998a).

Silva (2000) também encontrou semelhantes crenças em um estudo desenvolvido com pessoas diabéticas que afirmaram ser o diabetes decorrente de situações envolvendo muita emoção. Essa experiência popular, certamente, é um tema merecedor de estudos mais aprofundados. A literatura não tem apresentado evidências de relação direta entre o estresse e o diabetes, por outro lado, datam de longo tempo as discussões, no meio científico, sobre a possibilidade do estresse contribuir na determinação de vários problemas de saúde incluindo: úlcera péptica, artrite reumática, gastrite, trombose coronariana, hipertensão, certos tipos de câncer e muitos outros problemas. A própria doença geralmente, se constitui em experiência estressante que pode retardar a recuperação ou desenvolver outros problemas de saúde. Nesta visão, o diabetes passa a ser um evento estressor que pode contribuir no descontrole da glicemia.

Nos dias atuais o estresse é uma constante na vida de qualquer pessoa visto que a gama de eventos estressantes é extremamente ampla. A suposição das pessoas de que o diabetes se instalou após eventos desagradáveis pode ser explicada pelo fato de que ao passar por aquela experiência desconheciam suas condições de diabetes e o estresse pode ter acentuado ainda mais o aumento da glicemia, fazendo com que aparecessem os sintomas. Desta maneira, a educação em saúde com essas pessoas deverá imprescindivelmente incluir métodos para enfrentar o estresse de uma maneira mais saudável.

Vale ressaltar que nem todas as pessoas respondem da mesma maneira a um mesmo evento estressor. De acordo com Hymovich e Hagopian (1992), a qualidade da resposta ao estressor depende do significado que a pessoa atribui ao estressor e isto, por sua vez, tem a ver com as necessidades e forças que o indivíduo dispõe, do seu "background" cultural e de sua personalidade. Portanto, a assistência de enfermagem não pode ser conduzida por receitas pré-estabelecidas, necessário se faz conhecer as condições

da pessoa na sua totalidade. Para haver essa abertura deverá, sem dúvida, existir confiança para estabelecer um diálogo franco entre o usuário de saúde e os profissionais; o diálogo dependerá da forma com que o usuário for acolhido pela instituição e pelos profissionais de saúde. Se o acolhimento do usuário for feito com dignidade haverá, sem dúvida, condições para estabelecer vínculos de forma a facilitar a capacitação e autonomia do usuário. Essas tecnologias subjetivas ou leves são indispensáveis no cuidado aos usuários em condições crônicas a exemplo das pessoas com diabetes *mellitus*, esses necessitam ter contínuo cuidado na prevenção de complicações desagradáveis que podem ser letais.

Insegurança em relação ao tratamento dos profissionais de saúde

A narrativa apresentada anteriormente neste texto mostra certa desconfiança em relação à competência técnica de certos profissionais, expressada na frase: *Eu sinto grande insegurança quando preciso internar por causa de uma hipo ou hiperglicemia, pois nunca se sabe que profissional vai atender a gente*". A cultura hospitalar, apesar de objetivar a recuperação do doente, gera estresse e sentimentos de medo, insegurança e preocupação (Beltrame, 2000). Isto mostra quão longe as instituições estão dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde. A resolutividade estabelece que o sistema deva estar apto, dentro do limite de sua complexidade e capacidade tecnológica, para atender as pessoas com problemas de saúde em cada nível de assistência. Ação resolutiva implica na possibilidade de usar todos os recursos disponíveis para suprimir ou aliviar o sofrimento e eliminar e ou prevenir as causas do problema do usuário (Merhy, 1997a). Esse campo de atuação referente às pessoas em condições crônicas pressupõe a formação de profissionais para desenvolverem as ações a eles inerentes, no entanto, acontece que as instituições de saúde dificilmente oferecem programas de educação continuada e os poucos programas oferecidos geralmente têm um conteúdo apenas técnico, faltando a devida valorização da inter-subjetividade. Quando se trata de instituição hospitalar a situação é mais gritante, dificilmente os profissionais são capacitados de acordo com os princípios do SUS.

A atuação de alguns profissionais de saúde ocorre de forma desarticulada das políticas de saúde, gerando problemas como a desumanização da assistência, a falta de comprometimento, a baixa resolutividade das ações, além da ausência da oferta de um cardápio que garanta o acesso e o acolhimento dos usuários (Moretto, 2000). Por outro lado, os profissionais vivenciam uma crise referente a sua realização e satisfação, enquanto profissionais e cidadãos. Deste modo, se faz necessário a

responsabilização destes pela qualidade da assistência que ofertam neste “trabalho vivo em ato dependente”, colocando seus conhecimentos como opções tecnológicas, produzindo ações eficazes a serviço dos usuários e de seus problemas (Merhy, 1997b).

A busca por métodos alternativos de tratamento

Estudo conduzido no Texas revelou que o trabalho dos profissionais está pautado apenas no controle do nível de açúcar no sangue e em proporcionar estratégias para que os usuários façam dieta, exercícios físicos e usem a medicação corretamente. Os usuários, ao contrário, se preocupam mais em conciliar seu diabetes com sua estrutura de vida com ênfase no aspecto social do que com o fisiopatológico (Hunt *et al.*, 1998b).

Se os usuários acreditam que o diabetes pode surgir de emoções e de fenômenos sobrenaturais é compreensível que, além do sistema tradicional de saúde, procurem a cura nas simpatias e benzimentos. Alguns desses recursos como a cana de açúcar, urina e outros, simbolizam, para eles, o diabetes que seria jogado fora, enterrado. O benzimento representa a comunicação com Deus. “O homem religioso precisa comunicar-se com seu Criador. Esta necessidade é um dado antropológico verificável na universalidade dos ritos, cântico e gestos. Ao bloquear essa linguagem, interrompe-se o diálogo com o Criador. Sem ponte para atravessar o abismo que separa os homens do Transcendente, resta o isolamento, a solidão, o esquecimento, a estagnação” (Nasser, 2003, p. 33).

Para os profissionais criarem vínculo com os usuários, se faz necessário entender a necessidade dessas pessoas de manterem e conversarem com os símbolos. Isso só se concretiza pela relação intersubjetiva. “Aceitar que o outro é uma possibilidade infinita de ser, faz com que o diálogo necessite de uma grande dose de entrega, de esperança e, principalmente, de confiança” (Nasser, 2003, p. 18).

A necessidade de procurar métodos alternativos pelos diabéticos deste estudo vem reforçar a teoria de Kleinman (1990), ao afirmar que em qualquer sociedade pode-se identificar três alternativas inter-relacionadas de assistência à saúde: a informal, a popular e a profissional. A informal é o campo leigo que inclui auto-medicação, tratamento aconselhado por amigos, parentes, vizinhos, pessoas que tenha experiência específica de doença, grupos leigos de auto-ajuda, entre outros. É nesse campo que as doenças são em primeiro lugar reconhecidas para depois procurar outra alternativa a exemplo da fala na narrativa deste estudo: “*Eu comecei a emagrecer, a enfraquecer, estava me sentindo cada dia com menos energia, tinha muita sede e conversando com uma vizinha que tem diabetes me disse que isso eram*

sinais de diabetes, então fiz exames e era isso mesmo”.

A alternativa popular é formada por indivíduos especialistas em métodos de cura. As comunidades geralmente, possuem curandeiros do tipo populares, seculares e sagrados (Helman 1994). Exemplos indicados pelos participantes deste estudo foram o curandeiro e a benzedeira: *...tem um curandeiro em Santa Cruz, fui nele porque quando saía da cama eu não podia botar os pés no chão, era mesmo que pisar tudo em cima de alfinete. Ele me disse que eu tinha pisado em cima de algum trabalho do mal. Ele benzeu e me deu um tipo de cânfora para passar nos pés e melhorou*.

A alternativa profissional consiste nas profissões sancionadas legalmente como a enfermagem, medicina, entre outras. É evidente que as pessoas diabéticas precisam transitar no campo das profissões isso ficou documentado também neste estudo quando expressaram: *Se a gente dependesse só dos médicos para aprender a nos cuidar, se não tivesse as enfermeiras não sei o que seria de nós. O médico nunca me deu uma orientação. Nós que temos diabetes precisamos desse cuidado para viver melhor. Eu gosto do atendimento de vocês porque, além de me examinar vocês conversam com a gente. O médico examina e dá receita*.

Os profissionais devem ter consciência de que os usuários, principalmente os que têm doença crônica, procuram recursos nesses três sistemas de uma forma simultânea. Não é de bom senso condenar essa atitude dos usuários, a não ser que algum procedimento for reconhecido pela ciência como prejudicial à saúde.

O cuidado baseado no relacionamento humano

A patologia do diabetes requer, sem dúvida, um tratamento medicamentoso e uma constante vigilância no estilo de vida das pessoas diabéticas, mas o sofrimento da “alma” proveniente dessa situação só pode ser suavizado pelo calor humano. Quem dá testemunho disso são as falas dos participantes deste estudo ao se referirem à benzedeira: *“Eu gosto de ir lá porque me sinto muito bem, eu saio de lá em paz. Quando ela põe a mão na minha cabeça eu me sinto protegida e isso me dá muito alívio. Ela conversa e deixa a gente falar, ouve com muita atenção e depois fala coisas que fazem a gente se sentir muito bem”*.

Para criar um ambiente de confiança e autonomia do usuário, é necessário antes proporcionar uma relação humanizada, ou seja, produzir acolhimento que consiste no “pilar” fundamental do processo de criação de vínculo e do processo terapêutico (Merhy, 1997b).

A formação de grupos de reflexão com usuários e profissionais foi um método utilizado no estudo de

Beltrame (2000), e mostrou produzir efeito desejado no que se refere à satisfação das pessoas diabéticas, tanto para a compreensão da patologia e o tratamento, quanto para o alívio do sofrimento da “alma”, como mostra o seguinte depoimento extraído da narrativa apresentada anteriormente: *Eu melhorei muito depois que comecei a participar desses encontros, estou com mais ânimo me sinto outra pessoa*”. Acreditamos que estas duas dimensões – corpo e alma – são convergentes em uma relação de dependência. Portanto, nós, profissionais, não deveríamos tratá-las separadamente. Mas, para isso teremos que mudar a maneira de pensar e agir em saúde. Lembrando o pensamento de Merhy: não será suficiente corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde, se não houver mudança no modo de relacionamento entre os trabalhadores de saúde e o seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos usuários (Merhy *et al.*, 1997).

Para Merhy *et al.* (1997a), criar vínculos entre trabalhadores e usuários implica prover espaços de relações de tal maneira a haver sensibilização com o sofrimento do usuário; é construir um processo de troca entre o usuário e o trabalhador que possa resultar na autonomia do usuário; é tornar-se referência para o usuário.

Criar vínculos entre usuários e trabalhadores implica em assumir uma nova concepção das ações de saúde, ou seja, mudança de postura tanto do trabalhador, quanto do usuário. Tradicionalmente, as ações de educação em saúde se centralizam nas orientações e fornecimento de informação referentes ao que é bom ou não para manter uma vida saudável e o usuário é apenas o receptor. Evidentemente que dentro dessa visão de educação em saúde não se criará vínculos, pelo contrário, cria-se um espaço onde as ações são canalizadas em uma direção única que transitam do profissional ativo para o usuário passivo.

Conclusão

Esta análise secundária abriu possibilidade de visualizar os achados à luz de outro referencial e, portanto, sob diferente ponto de vista do que o estudo original. Embora as interpretações das duas análises se mostrem diferentes, não são antagônicas. O estudo original, com base em um referencial antropológico, desenvolveu conhecimento sobre as crenças, valores, costumes, mitos e outras situações cotidianas de pessoas com diabetes, enquanto que a presente análise penetrou nos dados sob outro ponto de vista, ou seja, saber qual o melhor modo de ajudar essas pessoas.

A análise secundária dos dados revelou sinais de alerta de que algo não vai bem, ou como

denominados por Merhy *et al.* (1997) ruídos, tais como: dificuldade para aceitar o diagnóstico e principalmente, o tratamento que deve ser permanente; insegurança em relação aos profissionais de saúde; a busca aleatória por tratamentos alternativos. Além disso, os dados mostraram que a participação em grupos de discussão com seus pares, seus familiares e profissionais de saúde ajuda na manutenção da qualidade de vida. Estes resultados abrem possibilidades para construir novos modos de cuidado baseados nas relações humanizadas entre os profissionais de saúde e as pessoas diabéticas e seus familiares, tendo como centralidade tecnologias do tipo leve de acolhimento, de autonomia e de vínculo.

Para que esse intento se torne realidade iniciaremos, em um futuro próximo, uma negociação com a secretaria de saúde do município de Concórdia, Estado de Santa Catarina, com a diretoria da Associação de Diabéticos e com as coordenações das Unidades Básicas de Saúde e a Universidade do Contestado, a fim de estabelecermos uma parceria para a implementação dos processos de acolhimento, escuta, vínculo e autonomização caracterizados como tecnologias leves. O trabalho deverá iniciar com grupos de reflexão, compostos por trabalhadores de saúde. O intuito é promover o exercício desses profissionais no desenvolvimento da capacidade de produzir relações humanizadas e na construção coletiva de um projeto de atendimento humanizado às pessoas diabéticas.

Referências

- ASSUNÇÃO, M.C.F. *et al.* Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Revista da Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 88-95, fev. 2001.
- BANTLE, J.P. Recomendações atuais relativas ao tratamento com dieta para diabetes *mellitus*. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.*, São Paulo, v. 39, n. 3-4, p.141-146, 1995.
- BELTRAME, V. *O cuidado cultural em grupo com pessoas na condição crônica de diabetes mellitus*. 2000. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – Inamps. *Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil*: resultados. Brasília, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de diabetes mellitus*. 2 ed. Brasília, 1993.
- FRID, I. *et al.* On the use of narratives in nursing research. *J. Adv. Nurs.*, Oxford, v. 32, n. 3, p. 695-703, 2000.
- HELMAN, G. *Cultura, saúde e doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HUNT, L.M. *et al.* Porque me tocó a mi? Mexican – american diabetes patients’ causal stories and their

- relationship to treatment behaviors. *Soc. Sci. Med.*, Oxford, v. 46 n. 8, p. 959-969, 1998a.
- HUNT, L.M. *et al.* Contrasting patient and practitioner perspectives in type II diabetes management. *Western J. Nurs. Res.* Newbury Park, v. 20, n. 6, p. 656-682, Dic. 1998b.
- HYMOCICH, D.P.; HAGOPIAN, G.A. *Chronic illness in children and adults: a psychosocial approach*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1992.
- JOYAL, S.V. A perspective on the current strategies for the treatment of obesity. *Curr. Drug Targets CNS Neurol Disord*, New Jersey, v. 3, n. 5. p. 341-56, 2004.
- JUNIOR, C.; ARCHANJO, Y. Controle diabético da hipertensão arterial essencial: a influência do ciclamato de sódio e da sacarina sódica. *Rev. Soc. Bras. Clin. Med.*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 42-42, 2004.
- KLEINMAN, A. *Patients and haelers in the context of culture*. Berkley: University of California Press, 1990.
- LIGA DE DIABETES. *Epidemiologia do diabetes mellitus*. Ribeirão Preto. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. [1999]. Disponível em: <<http://rmf.furp.usp.br/diabetes>>. Acesso em: 21 mar. 2000.
- MANDU, E.N.T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Rev. Latinoam. Enf.*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 665-75, jul-ag., 2004.
- MEHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micro política do trabalho-vivo). In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta pelo CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997b.
- MERHY, E.E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY E.E.; ONOCCO, R. (Org.). *Práxis em Salud: um desafio para lo publico*. Textos em espanõl y português. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnológico em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997a.
- MORETTO, E.S. *Os enfermeiros e o SUS: da realidade à possibilidade*. Passo Fundo: EUPF, 2001.
- MURUSSI, M. *et al.* Nefropatia diabética no diabete mellitus tipo 2: fatores de risco e prevenção. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab*, São Paulo, v. 47, n.3.
- NASSER, M.C.Q.C. *O que dizem os símbolos?* S. Paulo: Paulus, 2003.
- SILVA, D.M.G.V da. *Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais*. 2000. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- SZABO, V.; STRANG, V.R. Secondary analysis of qualitative data. *Adv. Nurs. Sci.*, Frederi, v. 20, n.2, 66-74, 1997.
- WHO Study Group on Diabetes Mellitus. *Prevention of diabetes mellitus*. Geneva: World Health Organization; 1994. (WHO-Technical Report Series, 844).

Received on May 06, 2004.

Accepted on September 23, 2004.