Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO ORIGINAL

# ORIENTAÇÃO ALIMENTAR PARA OS DIABÉTICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

## FOOD GUIDANCE FOR DIABETICS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

## GUÍA DE ALIMENTOS PARA DIABÉTICOS DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

*Mary Margareth Moura Fé[1], Carmen Viana Ramos[2], Maria Eliete Batista Moura[3], Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes[4], Maria do Carmo de Carvalho Martins[5]*

**RESUMO**

***Objetivo*:** analisar a orientação alimentar recebida pelos diabéticos no âmbito da estratégia saúde da família. ***Método*:** estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa realizado com 16 diabéticos do tipo 2 que realizavam acompanhamento junto a equipes da Estratégia Saúde da Família em município do Piauí/PI. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas individuais, processados no *software* IRAMUTEQ e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. O projeto teve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 15720913.1.0000.5210. ***Resultados*:** identificaram-se seis classes semânticas: Orientação alimentar ao diabético na Estratégia Saúde da Família, O diagnóstico do diabetes, O agente comunitário de saúde como elemento central no acompanhamento realizado aos diabéticos, Orientação alimentar realizada pelo nutricionista, Assistência prestada pela Estratégia Saúde da Família e Tratamento medicamentoso ao diabético na Estratégia Saúde da Família. ***Conclusão*:** a orientação alimentar foi de realizada de forma restritiva e impositiva, em desacordo com as diretrizes atuais, além de uma maior valorização do medicamento no tratamento, por parte dos pacientes. ***Descritores*:** Nutrição; Diabetes Mellitus; Saúde; Alimentação.

**ABSTRACT**

***Objective:*** analyzing the nutritional guidance received by diabetics in the Family Health Strategy. ***Method:*** an exploratory, descriptive study with a qualitative approach conducted with 16 type 2 diabetics who underwent assistance with the teams of the Family Health Strategy in the municipality of Piaui/PI. The data were produced through individual interviews, processed in IRAMUTEQ software and analyzed by Hierarchical Classification Descending. The project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE 15720913.1.0000.5210. ***Results:*** there were identified six semantic classes: food guidance to the diabetic in the Family Health Strategy, the diagnosis of diabetes, the community health worker as a central element in the monitoring carried out for diabetics, food guidance conducted by nutritionist, assistance provided by the Health Strategy Family and drug treatment for diabetic patients in the Family Health Strategy. ***Conclusion:*** the nutritional guidance was held in a restrictive and prescriptive way, contrary to the current guidelines, as well as a greater appreciation of the drug in treatment by patients. ***Descriptors:*** Nutrition; Diabetes Mellitus; Health; Power Supply.

**RESUMEN**

***Objetivo:*** analizar la orientación nutricional recibida por los diabéticos en la Estrategia Salud de la Familia. ***Método:*** un estudio exploratorio, descriptivo, con un enfoque cualitativo realizado con 16 diabéticos tipo 2 que se sometieron a seguimiento con los equipos de la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Piauí/PI. Los datos se produjeron a través de entrevistas individuales, procesados en el software IRAMUTEQ y analizados por Clasificación Jerárquica Descendente. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, CAAE 15720913.1.0000.5210. ***Resultados:*** se identificaron seis clases semánticas: orientación acerca de la alimentación al diabético en la Estrategia Salud de la Familia, el diagnóstico de la diabetes, el trabajador de salud de la comunidad como un elemento central en la supervisión llevada a cabo para los diabéticos, orientación de alimentos realizada por la nutricionista de la Estrategia Salud de la Familia y el tratamiento farmacológico para los pacientes diabéticos en la Estrategia Salud de la Familia. ***Conclusión:*** la orientación nutricional se llevó a cabo de manera restrictiva y prescriptiva, en contra de las directrices actuales, así como una mayor apreciación de la droga en el tratamiento por los pacientes. ***Descriptores:*** Nutrición; Diabetes Mellitus; Salud; Alimentación.

[1]Nutricionista, Mestranda, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: mary.margareth@hotmail.com; [2]Nutricionista. Professora Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Osvaldo Cruz. Professora do Programa de Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: cvramos@uninovapi.edu.br; [3]Enfermeira, Professora Doutora Enfermagem (Pós-Doutora), Graduação em Enfermagem / Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI, Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: mestradosaudedafamília@uninovafapi.edu.br; [4]Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: benevina@ufpi.edu.br; [5]Nutricionista, Professora Doutora em Ciências Biológicas, Departamento de Biofísica e Fisiologia, Programa de Mestrado em Alimentos e Nutrição, Universidade Federal do Piauí, Programa de Mestrado em Saúde da Família, Centro Universitário Uninovafapi. Teresina (PI), Brasil. Email: mcmartins@uninovafapi.edu.br

ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.7901-80479-1-SP.1001sup201602



## INTRODUÇÃO

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros[1].

A prevalência do diabetes mellitus (DM) no mundo vem aumentando em proporções alarmantes. Nos próximos vinte anos, estima-se um aumento de 54% na prevalência de diabetes mellitus entre adultos no mundo (de 284 milhões em 2010 para 438 milhões em 2030)[2].

No Brasil, de acordo com o monitoramento realizado pelo programa vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), realizado em 2012, a ocorrência média de diabetes na população adulta é de 5,2%. Essa prevalência aumenta com a idade e o diabetes atinge 18,6% da população com idade superior a 65 anos[3]. No Piauí a prevalência é de 7,6% para o diabetes mellitus do tipo 2[4].

No tratamento do diabetes, os recursos medicamentosos são empregados, geralmente, em um segundo momento da terapêutica. Entre os agentes medicamentosos disponíveis para a terapia do diabetes estão incluídos a insulina e os hipoglicemiantes orais[5].

A dieta saudável é muito importante para pessoas com diabetes. Seguir um plano dietético adequado pode representar toda a diferença no controle da glicemia. O ideal para o paciente diabético é obter uma consulta e uma orientação com uma nutricionista experiente no manejo do diabetes. A intervenção nutricional tem como objetivo a prevenção de doenças, a proteção e a promoção de uma vida mais saudável, conduzindo ao bem-estar geral do indivíduo[6].

A assistência em saúde prestada ao diabético é fundamental para a melhoria da sua qualidade de vida. Sob esse enfoque, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um papel fundamental nesse processo. A concepção que sustenta a ESF propõe uma "nova visão" de construção social da saúde e dos processos de intervenção nas ações e políticas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação. Com práticas de atuação no ambiente e no estilo de vida, otimizando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem. As práticas da ESF têm como alicerce, o princípio de integralidade, respondendo além das demandas, adequando-se às ofertas de cuidado aos sujeitos, de modo a identificar o contexto no qual se dá o encontro desses sujeitos na equipe[7].

Diante da importância que a orientação alimentar tem no sentido de modificar os hábitos alimentares da pessoa com diabetes e como esse processo necessita ser trabalhado no contexto dos pacientes acompanhados na ESF e espera-se que os resultados possam contribuir futuramente para a melhoria de qualidade da assistência prestada a este grupo, este estudo tem como objetivo:

- Analisar a orientação alimentar recebida pelos diabéticos no âmbito da estratégia saúde da família de um município do estado do Piauí.

## MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa desenvolvido no Município de Alto Longá Piauí, no período de agosto a dezembro de 2013. Participaram do estudo 16 pacientes portadores do Diabetes Mellitus do tipo 2, acompanhados pelas equipes da ESF do município. O número de pacientes entrevistados foi definido pela amostragem não probabilística de conveniência. Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: pacientes portadores do Diabetes Mellitus tipo 1 e 2, residentes na área adstrita, com idade superior a 20 anos, e mostrar capacidade de dar respostas que atendam aos objetivos do estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o roteiro de entrevista semiestruturada, composto pelos dados sócio demográficos dos diabéticos (idade, sexo, renda, estado civil, trabalho fora de casa). Na segunda parte da entrevista utilizaram-se perguntas relacionadas aos saberes e experiências dos pacientes acerca do diabetes.

As entrevistas foram realizadas, nos turnos da manhã/tarde, por adequação ao horário de trabalho da equipe e dos pacientes no posto de saúde. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

De posse do conteúdo obtido por meio do instrumento de coleta de dados, seguiu-se a sua análise com o auxílio do programa IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses*

*Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

Os dados foram organizados a partir dos depoimentos dos participantes e analisados à luz da Teoria das Representações Sociais, conforme a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), ou seja, da relação entre as classes semânticas, às quais atribuiu-se os seus respectivos sentidos, originados a partir das experiências pessoais e do compartilhamento de saberes entre os sujeitos desta pesquisa. Após a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) simples, foram considerados para inserção em cada classe os elementos cuja frequência fosse maior que a média de ocorrências no corpus e que a associação com a classe determinada pelo valor de qui-quadrado fosse igual ou superior a 2.

A presente pesquisa teve o projeto aprovado pela instituição onde se realizou o estudo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, CAAE n° 15720913.1.0000.5210, em maio de 2013. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da sua inclusão no estudo, conforme prevê a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde[10]. Não houve recusas para participação no estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo participaram do estudo 16 sujeitos. A faixa etária dos sujeitos variou entre os sexos, foram entrevistados 07 homens com idade entre 50 a 72 anos, no sexo feminino foram 09 mulheres com faixa estaria de 30 a 80 anos. No que se refere ao grau de instrução dos entrevistados, prevaleceu com 1° grau incompleto (09), analfabeto (05), 2° grau incompleto (02). Quanto ao estado civil, 11 eram casados, 01 solteiro, 01 divorciado e 03 viúvos. Apenas 03 dos entrevistados afirmaram que estavam trabalhando, o restante não trabalhavam. Do total de entrevistados, 15 sujeitos tinham renda familiar de 1 – 2 SM e 01 recebia menos de 01 salário mínimo.

No que diz respeito a análise dos dados, o conteúdo do *corpus* compreende as representações que emergiram das falas dos diabéticos, a partir do que vivenciaram em relação a assistência recebida pela ESF. O programa IRAMUTEQ reconheceu a separação do corpus em 183 segmentos de texto analisáveis de um total de 221, o que indica nível de aproveitamento igual 82.81% do total deste estudo, e dividiu o corpus em seis classes, conforme indica a figura 1.

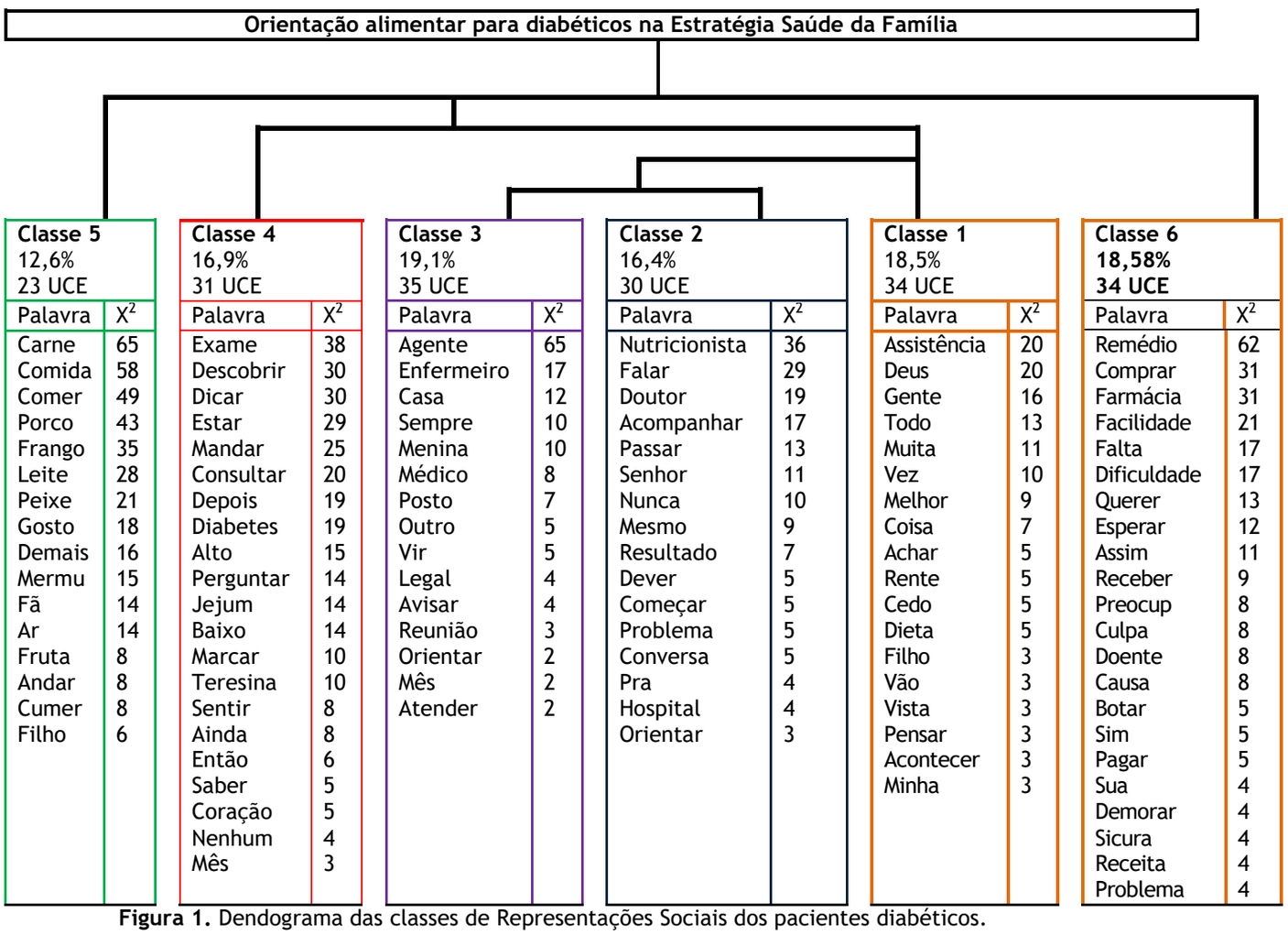


**Figura 1.** Dendograma das classes de Representações Sociais dos pacientes diabéticos.

Após a análise do software, procedeu-se com a identificação e análise dos domínios textuais e interpretação dos significados nomeando-as com seus respectivos sentidos em categorias: Orientação alimentar ao diabético na Estratégia Saúde da Família; O diagnostico do diabetes; O agente comunitário de saúde como elemento central no acompanhamento realizado aos diabéticos; Orientação alimentar realizada pelo nutricionista; Assistência prestada pela Estratégia Saúde da Família; Tratamento medicamentoso ao diabético na Estratégia Saúde da Família.

### ♦ Classe 5: Orientação alimentar ao diabético na Estratégia Saúde da Família

A classe 5 diz respeito ao conhecimento dos participantes sobre a dieta para o diabetes resultante da orientação alimentar recebida da equipe da ESF, com 23 segmentos de texto que representam 12,6% do total de segmentos extraídos do corpus. Os vocábulos que a compõe mostraram elevados níveis de significância, o que torna sua discussão relevante para a compreensão do objeto investigado.

A fala dos entrevistados demonstra que seu conhecimento sobre a alimentação adequada para o diabetes se dá de forma limitada. Os discursos são muito semelhantes, denotando o sentido de restrição aos alimentos a serem ingeridos. Parece que o próprio profissional de saúde, ao tentar uma adesão mais significativa do paciente ao tratamento, utiliza orientações simplistas cuja tônica é a proibição. A proposta geral para a alimentação do diabético não deve ser proibitiva, e sim formada por um cardápio variado, balanceado, dentro de um limite preestabelecido.

No plano alimentar, deve-se levar em consideração os hábitos alimentares dos indivíduos, sua condição socioeconômica e o acesso aos alimentos. Porém, as mudanças esperadas não são fáceis de serem realizadas, pois envolvem valores arraigados na cultura, nas tradições regionais e no espaço social-alimentar do homem.[9]

A atenção para o fato de que a alimentação não se limita a um ato que satisfaz necessidades biológicas, mais do que isso, ela representa valores sociais e culturais, envoltos em aspectos simbólicos que materializam a tradição na forma de ritos e tabus[10].

Como já foi verificado por, proibir o paciente de ingerir alimentos populares e de consumo frequente, tais como a carne de porco e carne vermelha, pode determinar uma baixa adesão ao tratamento. Não existe mais a indicação da redução desses alimentos para os diabéticos, abaixo do recomendado para a população no geral[6].

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) – 2013-2014[12], a terapia nutricional para o diabetes tem como o alvo o bom estado nutricional e a melhoria da qualidade de vida, bem como, prevenir e tratar as complicações e comorbidades associadas. Alimentos como hortaliças, leguminosas, grãos integrais, frutas e leite desnatado, associados ao consumo de fibras devem ser encorajados, dentro do contexto de uma dieta saudável. A sacarose pode ser substituída por outros carboidratos ou por adoçantes não nutritivos, conforme recomendação prevista. Os ácidos graxos trans devem ter seu consumo reduzido, assim como o do colesterol (<200mg/dia). O consumo de duas ou mais porções de peixes por semana, com exceção das preparações fritas, deve ser recomendado[11].

Os hábitos alimentares e a prática de atividade física exerce uma poderosa influência sobre o balanço energético, sendo considerados os principais fatores, passíveis de modificação, determinantes da diabetes.

### ♦ Classe 4: O diagnostico do diabetes

Nesta classe os sujeitos expõem a importância do diagnóstico. Na grande maioria dos casos o diagnóstico confirmatório do diabetes é realizado na capital do Piauí, Teresina. Nem sempre os pacientes têm suporte financeiro para realizar os exames e se deslocar para a capital. Então se torna muitas vezes complicado o diagnóstico da patologia. A confirmação do diagnóstico de Diabetes Mellitus é um marco muito profundo na vida da família, dividindo o “antes” e “depois” da descoberta da doença[12].

A confirmação do diagnóstico sugere uma nova rotina para a família. Um enfrentamento positivo pode ser encontrado a partir do momento em que houve a busca de informações e a tentativa de adaptação da rotina familiar, podendo proporcionar melhor qualidade de vida ao diabético[13].

A descoberta do diabetes é um evento traumático que envolve medos, incertezas, limitações, preocupações e que nunca será esquecido. É sempre resgatado porque é como um divisor de águas já que após a descoberta a família se reestrutura para, prioritariamente, atender as necessidades do membro doente. O diabetes torna-se o centro da vida da família. A vida familiar passa a girar em torno dos cuidados do individuo. Os membros da família mudam seus comportamentos voltando-se para um ponto

em comum; tornam-se mais unidos e cooperativos, trabalhando por um mesmo objetivo e deixando o restante das preocupações do cotidiano em segundo plano[14].

Existem reações emocionais comuns e frequentes, não só diante do diagnóstico de diabetes mellitus (DM), como também no convívio e no manejo da doença, identificadas em portadores de DM dos tipos 1 e 2. As reações emocionais precisam ser mais bem compreendidas pelos profissionais, uma vez que muitas destas são manifestadas através de comportamentos inadequados que interferem no bom controle glicêmico, o que repercute na saúde, nas relações sociais e, por extensão, na qualidade de vida do portador[15].

Ter uma doença crônica requer do portador um novo aprendizado, necessitando desenvolver competências para lidar com a doença que compreende modificar hábitos para alcançar um bom controle glicêmico.

### ♦ Classe 3: O agente comunitário de saúde como elemento central no acompanhamento realizado aos diabéticos

Associadas às suas formas completas, as palavras dessa classe evidenciam o acompanhamento realizado pela equipe Estratégia Saúde da Família, percebendo-se que o agente comunitário de saúde é o mais citado nas falas, como a figura mais frequente no acompanhamento realizado, seguido dos enfermeiros e, por fim, dos médicos, conforme pode ser evidenciado abaixo.

O depoimento dos pacientes denota uma assistência fragmentada realizada pela equipe da ESF, onde o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é a figura mais presente no atendimento realizado e algumas vezes, denotando as suas múltiplas funções dentro da equipe.

A profissão do ACS surgiu no Brasil em 1991 não tinha nem qualificação nem regulação profissional. A sua regulamentação ocorreu com a promulgação da Lei 11.350 de 05 de outubro de em que as atividades dos ACS e do agente de combate as endemias, passam a reger-se pelo disposto da lei[16]. O ACS é uma pessoa da própria comunidade que atende aos moradores de cada casa, dando atenção a todas as questões específicas relacionadas a saúde: acompanha, orienta, cadastra e desenvolve ações educativas, visando a promoção da saúde e prevenção das doenças, conforme planejamento da equipe. As ações são desenvolvidas por meio de visita domiciliar e ações realizadas na própria comunidade[17].

A dinâmica de trabalho dos agentes comunitários de saúde é complexa e apresenta diversas particularidades, potencializada pelo fato de que estes trabalhadores vivenciam a realidade do bairro onde residem e trabalham. Entretanto, um fator importante a ressaltar é que, dissonante a isso, sua capacitação se dá a partir de referenciais biomédicos, o que os transforma em portadores de muitas contradições[18].

Assim sendo a Equipe de Saúde da Família (ESF) tem um papel fundamental na atenção a estes pacientes na medida em que pode atuar em nível individual e coletivo, implantando programas de prevenção e controle do diabetes, que enfatizem atividades educativas, além da assistência com realização do diagnóstico precoce, intensificação do tratamento e cuidados especiais para as complicações crônicas[19].

Vale ressaltar a importância que todos os membros da equipe têm no acompanhamento dos diabéticos, as falhas apontadas nas falas em que os depoentes referem a ausência de alguns profissionais da equipe mínima da ESF, como médicos e enfermeiras,e remetem a necessidade de uma melhoria da assistência prestada a esse grupo.

### ♦ Classe 2: Orientação alimentar realizada pelo nutricionista

Esta classe é constituída por 30 segmentos de texto (16,4% do corpus) extraídos dos discursos dos sujeitos desta pesquisa. A classe denota sobre a orientação alimentar que é feita pelo profissional nutricionista, embora algumas falas referem a ausência desse profissional na assistência recebida.

A ESF tem uma grande importância no estímulo e orientação no que diz respeito ao desenvolvimento de ações que promovam a reeducação alimentar. O segmento da dieta é a base do tratamento, contudo, constitui-se em um grande desafio para as ESFs, uma vez que a maioria dos indivíduos têm dificuldade para modificar hábitos alimentares.

De acordo com as diretrizes da SBD (2013-2014) o acompanhamento nutricional, realizado por especialista favorece o controle glicêmico promovendo redução de 1% a 2% nos níveis de hemoglobina glicada, independentemente do tipo de diabetes e tempo de diagnostico. O estabelecimento de um plano alimentar para controle de pacientes com DM associado a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são considerados terapias de primeira escolha[12].

Para a educação efetiva em diabetes é necessário treinamento, conhecimento, habilidades pedagógicas, capacidade de

comunicação e de escuta, compreensão e capacidade de negociação pela equipe multiprofissional de saúde[20].

Além disso, a rede de apoio social, relação de confiança com os profissionais de saúde, também podem influenciar os comportamentos de autocuidado e autocontrole, aumentando a adesão ao tratamento e melhor controle glicêmico[21].

O acompanhamento da dieta deve ser realizado por meio de uma equipe multidisciplinar, onde o nutricionista é um profissional de suma importância, que prescreverá um plano alimentar individualizado, de acordo com as necessidades únicas de cada indivíduo. Por meio de uma anamnese detalhada, procura adequar gostos e desejos da pessoa com diabetes, a fim de que seu tratamento seja viabilizado.

O nutricionista é um profissional de saúde cuja formação visa à atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). A ausência do nutricionista na rede básica de saúde não se deve a uma falha nas atribuições do profissional descritas na legislação que regulamenta a profissão, tampouco a uma falta de habilidade técnica em participar das equipes de saúde dos estados brasileiros. Trata-se de uma questão histórica, estrutural na política de saúde[22].

Por isso há uma necessidade de um conselheiro ou educador nutricional, envolvido na educação ou aconselhamento de informações relacionadas à nutrição e/ou aspectos que levam à aderência de um novo comportamento alimentar especialmente aos pacientes portadores do diabetes mellitus. A intervenção nutricional tem como objetivo a prevenção de doenças, a proteção e a promoção de uma vida mais saudável, conduzindo ao bem-estar geral do indivíduo[7].

A ESF é claramente um novo campo de trabalho para o nutricionista. Agregar esse profissional à ESF é um ato que visa garantir à população serviços fundamentais para assegurar uma alimentação saudável e, consequentemente, prevenir doenças, promover e recuperar a saúde[23]. A proposta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) pode ser uma boa estratégia para inclusão desse profissional, uma vez que pode ser implantado em municípios que possuam até 1 equipe da ESF[24].

### ♦ Classe 1: Assistência prestada pela Estratégia Saúde da Família

Esta classe é constituída por 30 segmentos de texto (16,4% do corpus) extraídos dos discursos dos sujeitos desta pesquisa. Com base em suas palavras típicas e nos conteúdos dos segmentos de texto reflete a assistência prestada pela equipe da ESF, bem como o seguimento das orientações por parte dos pacientes.

Diante de algumas falas pode observar que alguns pacientes diabéticos estão habituados com o atendimento realizado pela equipe ESF, contudo, têm dificuldades na realização do tratamento proposto.

A ESF é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade[19].

A dinâmica proposta pela ESF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos diabéticos[25]. Os profissionais de saúde devem envolver a pessoa com diabetes mellitus em todas as fases do processo educacional, pois, para assumir a responsabilidade do papel terapêutico, o usuário precisa dominar conhecimentos e desenvolver habilidades que o instrumentalizem para o autocuidado[20].

Um dos maiores problemas, percebidos na prática clínica, tanto por parte do profissional de saúde como do paciente, é que o tratamento do DM é complexo e difícil de ser realizado, acarretando dificuldade no controle da doença[26].

O profissional deve buscar no indivíduo as suas necessidades em relação à doença, disponibilizando as informações necessárias e acompanhando na tomada de decisões, podendo assim melhorar as condições de vida da pessoa e auxiliar no aumento da adesão ao tratamento, "*o atendimento à saúde de um indivíduo com doença crônica deve abranger uma relação de afeto, respeito, capacitação, dedicação e comprometimento dos profissionais envolvidos em seu tratamento*"[27].

### ♦ Classe 6: Tratamento medicamentoso ao diabético na Estratégia Saúde da Família

A classe seis é constituída por 34 segmentos de texto (18,6% do corpus). É a classe que mais se sobressaiu, no entanto, não sendo a mais significativa do conjunto

apurado (Figura 2). Está diretamente relacionada à classe cinco e indiretamente relacionada às classes 1, 2, 3 e 4.

Associadas as palavras dessa classe evidenciam a importância que os pacientes conferem ao tratamento medicamentoso do diabetes e as dificuldades que os mesmos enfrentam para recebê-lo no serviço de saúde.

As falas dos pacientes evidenciam uma maior valorização ao tratamento medicamentoso em detrimento aos outros componentes da assistência, além das dificuldades na aquisição destes para a continuidade do tratamento. Este fato talvez seja explicado pela cultura já estabelecida nos serviços de saúde em que a utilização do medicamento é considerada a etapa mais importante no tratamento das doenças. Embora se reconheça a importância deste, deve-se enfatizar que em doenças crônicas como o diabetes, a dieta, exercícios físicos e outras mudanças nos hábitos de vida são importantes para o restabelecimento destes, bem como, lhes proporcionam uma melhor qualidade de vida.

Mudanças comportamentais e adesão ao tratamento medicamentoso são essenciais para prevenção das complicações agudas e crônicas. O profissional deve negociar prioridades, monitorar a adesão, motivar a participação e reforçar o esforço do paciente no manejo do autocuidado. Mesmo quando há mudanças comportamentais e adesão ao tratamento medicamentoso, manter o controle metabólico por longo tempo é difícil porque depende de uma variedade de componentes complexos que envolvem o tratamento do diabetes[28].

O enfoque da abordagem educativa deve englobar os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos. Enfim, é fundamental que a educação em saúde leve em consideração a realidade e a vivência dos pacientes, pois, muitas vezes, as informações em saúde são fornecidas de maneira vertical, sem permitir maior participação dos pacientes e sem considerar o que esses já sabem e o que desejariam saber. Nesse enfoque, almeja-se transformar o sujeito que assume uma posição *passiva* na condução de seu tratamento em um indivíduo participativo[29].

Na sociedade brasileira, os problemas assinalados com respeito ao acesso dos medicamentos são significativamente importantes, em especial quando se leva em consideração o diabetes mellitus. Em relação ao diabetes, de aproximadamente 5 milhões de portadores da doença, apenas 2,6 milhões são pacientes estão cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, o acesso aos medicamentos usados para tratar tais enfermidades fica comprometido, uma vez que, apesar de estar garantido constitucionalmente, nem todos os pacientes têm esse acesso viabilizado[30].

As dificuldades encontradas pelas pessoas com DM ao realizarem o tratamento de acordo com as orientações de uma equipe multiprofissional é um problema presente na prática clínica[28].

## CONCLUSÃO

A orientação alimentar prestada ao diabético se deu de forma restritiva e impositiva por parte da equipe da ESF, implicando na desvalorização da dieta pelo paciente, como um componente importante do tratamento. Associado a isto, a assistência prestada se deu de forma fragmentada, revelando a ausência dos membros da equipe no processo. O medicamento foi o item mais valorizado no tratamento, em especial, a falta deste nas Unidades Básicas de Saúde.

O profissional da saúde pode ser um agente facilitador e mobilizador no processo de adesão ao tratamento. Ele atua na conscientização, mudança de comportamento, desenvolvimento da capacidade e habilidade do individuo para o autocuidado. O profissional precisa estar capacitado, com o conhecimento avançado sobre a doença, propiciando condições favoráveis ao processo de aquisição de grupo para a dieta, atividade física, grupo para receber medicação, conhecimentos e possíveis mudanças de comportamento.

O cuidado com o usuário deve incluir explicações que sejam do seu entendimento, principalmente no tocante à utilização de alimentos adequados. As várias restrições alimentares impostas pela doença, o custo elevado dos alimentos dietéticos, bem como a ausência de controle alimentar dificulta a adesão dos diabéticos a este cuidado.

O nutricionista está capacitado para atuar na ESF, com vistas à promoção da saúde em todas as fases da vida, abordando aspectos da alimentação saudável, a questão da segurança alimentar, da cidadania e do direito humano fundamental à alimentação. Além disso, é importante a discussão da importância de todos, assim como do Estado, na garantia dos direitos à saúde, especificamente à segurança alimentar.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica 16: Diabetes Mellitus. 1st ed. Brasília: Ministério da saúde; 2006.

2. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiol serv saúde [Internet]. 2010 Mar [cited 2015 Jan 08];21(1):17-19. Available from: http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100002

3. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico- VIGITEL Brasil 2012. 1st ed. Brasília: Ministério da saúde; 2013.

4. Batista NNLAL, Luz MHBA. Vivências de pessoas com diabetes e amputações de membros. Rev bras enferm [Internet]. 2012 Mar/Apr [cited 2015 Jan 10];65(2):244-50. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200007

5. Araújo MFM, Gonçalves TC, Damasceno MMC, Caetano JÁ. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2015 Jan 12];14:2:361-7. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200021

6. Pontieri FM, Bachio MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Ciênc Saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 12];15(1): 151-60. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a21v15n1

7. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Oliveira SR, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. Rev bras enferm [Internet]. 2009 Jul/Aug [cited 2015 Feb 12];62(4):524-9. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400005

8. Sousa AFL, Queiroz AAFLN, Oliveira LB, Valle ARMC, Moura MEB. Representações sociais da infecção comunitária por profissionais da Atenção Primária. Acta Paulista de Enfermagem. In press 2015.

9. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

10. Santos AFL, Araujo JWG. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. Epidemiol serv saúde [Internet]. 2011 June [cited 2015 Feb 12];20(2):255-63. Available from: http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000200014

11. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.

12. Feijó AM, Bueno MEN, Ceolin T, Linck CL, Schwartz E, Lange C et al . Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. Rev bras plantas med [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 11];14(1):50-56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-05722012000100008&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-05722012000100008.

13. Souza IVB, Marques DKA, Lacerda ORM, Colle N. Percepção das mães frente ao diagnóstico do filho com diabetes mellitus tipo 1. Cogitare enferm [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2015 Feb 12];16(1):43-8. Available from: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21110/13936

14. Nunes MDR, Dupas G, Ferreira NML. A. Diabetes na infância / adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2007 [cited 2015 Feb 19];09(01):119-30. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a09.htm

15. Santos Filho CV, Rodrigues WHC, Santos RB. Papéis de autocuidado - subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2008 Mar [cited 2015 Feb 19];12(1):125-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a19

16. Barros DFO, Barbieri AR, Ivo ML, Silva Maria da Graça S. Contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Texto & contexto enferm [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2015 Fev 18]; 19(1): 78-84. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09

17. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

18. Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 Jun [cited 2015 Feb 18];46(3):633-40.

Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300015

19. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

20. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 Aug [cited 2015 Feb 18];45(4): 862-8. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400010

21. Nascimento LC, Amaral MJ, Sparapani VC, Fonseca LMM, Nunes MDR, Dupas G. Diabetes mellitus tipo 1: evidências da literatura para seu manejo adequado, na perspectiva de crianças. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 20];45(3):764-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a31.pdf

22. Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. Rev nutr [Internet]. 2006 July/Aug [cited 2015 Feb 20];19(4): 413-24. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732006000400001

23. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Batistel S, Martins TCA, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 20];16(1):797-804. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700010

24. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012: Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências [cited 2014 Mar 21]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

25. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escude MML. Avaliação da assistência ao paciente comdiabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 2006 Feb [cited 2015 Feb 20];22(2):377-85. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200015

26. Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 Fev 20];16(3):[about 5 p.]. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300034

27. Baggio SC, Mazzola JC, Marcon SS. A vivência da pessoa com diabetes após atendimento de urgência. Cogitare enferm [Internet]. 2011 Apr/June [cited 2015 Feb 20];16(2):275-81. Available from: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21816/14226

28. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. Acta paul enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 20];26(3):231-7. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300005

29. Peres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors. Rev Latinoam enferm [Internet]. 2007 Nov/Dec [cited 2015 Feb 21];15(6): 1105-12. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600008

30. Paula PAB, Stephan-Souza AI, Vieira RCPA, Alves TNP. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 May [cited 2015 Feb 21]; 16(5): 2623-33. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500032

Submissão: 05/08/2014
Aceito: 14/11/2015
Publicado: 15/01/2016

**Correspondência**

Carmen Viana Ramos
Condomínio Play Ilhotas
Rua Governador Tibério Nunes, 1000
Bloco Happy, Ap. 25
Bairro Ilhotas
CEP 64014-050 – Teresina (PI), Brasil