



Compreensões e práticas de cuidado de usuários diabéticos na atenção primária à saúde em um município da Paraíba

Understadings and care practices of diabetic users in primary health care in a municipality in Paraíba

Comprensiones y prácticas de atención de usuarios diabéticos em la atención primaria de salud em um município de Paraíba

Iasmim Alexandre Maia de Azevedo¹, Cândida Virllene Souza de Santana¹, Ana Livia Oliveira de Araújo¹, Janine Azevedo do Nascimento¹, Sandra Barbosa Costa¹, Dilma Lucena de Oliveira¹, Gabriella Barreto Soares¹.

RESUMO

Objetivo: Explorar compreensões e práticas de cuidado de usuários diabéticos a fim de analisar as formas de cuidado e os obstáculos enfrentados. **Métodos:** Realizou-se estudo qualitativo, descritivo e exploratório - observacional, utilizando-se questionário semiestruturado, cujas perguntas foram baseadas no método da Estimativa Rápida e no Pentáculo do Bem-Estar. A amostra estudada incluiu 20 usuários diabéticos adscritos a duas USF da Paraíba. Foram realizadas entrevistas para analisar como os indivíduos entendiam a patologia e seus cuidados. As respostas foram sistematizadas e categorizadas a partir da análise do conteúdo. **Resultados:** Foram observadas duas categorias: Compreensão e significado de Diabetes e Dificuldades de convivência e cuidado com a Diabetes. Percebeu-se que a incompreensão e os sentimentos negativos atrelados à diabetes, assim como os desafios existentes ao cuidado, influenciam na adesão ao tratamento. O estudo dessa conjuntura desvelou percalços existentes no acesso à saúde e apontou lacunas na assistência. **Conclusão:** Sendo assim, a qualificação do cuidado envolve o conhecimento do contexto sociocultural dos indivíduos e a interface entre usuários e profissionais, garantindo que as intervenções sejam eficazes em atender às necessidades específicas.

Palavras-chave: Compreensão, Diabetes mellitus, Perspectiva do paciente, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To explore understanding and care practices of diabetic users in order to analyze the forms of care and the obstacles faced. **Methods:** A qualitative, descriptive and exploratory – observation study was carried out, using a semi-structured questionnaire, whose questions were based on the Quick Estimate method and the Well-Being Pentacle. The sample studied included 20 diabetic users enrolled in two USF in Paraíba. Interviews were carried out to analyze how individuals understood the pathology and its care. The responses were systematized and categorized based on content analysis. **Results:** Two categories were observed: Understanding and meaning of Diabetes and Difficulties in living and caring for Diabetes. It was noticed that misunderstanding and negative feelings linked to diabetes, as well as existing challenges to care, influence adherence to treatment. The study of this situation revealed existing problems in access to health and highlighted gaps in assistance. **Conclusion:** Therefore, the qualification of care involves knowledge of the sociocultural context of individuals and the interface between users and professionals, ensuring that interventions are effective in meeting specific needs.

Keywords: Comprehension, Diabetes mellitus, Patient preference, Primary health care.

¹ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.

RESUMEN

Objetivo: Explorar comprensiones y prácticas de cuidado de usuarios diabéticos para analizarlas formas de cuidado y los obstáculos enfrentados. **Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio - observacional, mediante un cuestionario semiestructurado, cuyas preguntas se basaron en el método de Estimación Rápida y el Pentágulo del Bienestar. La muestra estudiada incluyó 20 usuarios diabéticos matriculados en dos USF de Paraíba. Se realizaron entrevistas para analizar cómo los individuos entendían la patología y su atención. Las respuestas fueron sistematizadas y categorizadas a partir de un análisis de contenido. **Resultados:** Se observaron dos categorías: Comprensión y significado de la Diabetes y Dificultades para vivir y cuidar la Diabetes. Se observó que los malos entendidos y los sentimientos negativos relacionados con la diabetes, así como los desafíos existentes en la atención, influyen en la adherencia al tratamiento. El estudio de esta situación reveló problemas existentes en el acceso a la salud y destacó brechas en la asistencia. **Conclusión:** Por lo tanto, la calificación de la atención implica el conocimiento del contexto sociocultural de los individuos y de la interfaz entre usuarios y profesionales, asegurando que las intervenciones sean efectivas para satisfacer necesidades específicas.

Palabras clave: Comprensión, Diabetes mellitus, Prioridad del paciente, Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve o diabetes mellitus (DM) como um grupo variado de distúrbios metabólicos que levam a níveis elevados de glicose no sangue devido a problemas na ação ou na produção de insulina. Globalmente, aproximadamente 537 milhões de pessoas têm diabetes mellitus. No Brasil, a taxa de ocorrência de diabetes é estimada em cerca de 10,5%, que se traduz em uma estimativa de 20 milhões de diabéticos (IDF, 2021; OMS, 2006).

A elevada prevalência representa um substancial impacto para a assistência ao usuário, mas não podem ser olvidados outros desafios intrínsecos ao processo de adoecimento crônico, o qual envolve determinantes sociais, psíquicos, antropológicos e biológicos, e demanda propostas clínicas horizontalizadas e a superação de condutas prescritivas. Evidencia-se então a importância de estratégias de empoderamento do sujeito e do incentivo a práticas de autocuidado e autogerenciamento (LUCHERINI M, 2016).

Nessa lógica, as equipes de saúde necessitam qualificar o cuidado com seus usuários, por meio da colaboração estreita, do trabalho conjunto e da partilha de saberes, com a finalidade de estabelecer métodos e metas para enfrentar problemas no processo de cuidado.

É essencial o conhecimento de saberes, práticas e estratégias que os usuários do território utilizam para a construção do cuidado a fim de que a assistência prestada seja compatível com a realidade e o contexto sociocultural e familiar das pessoas (MENDES EV, 2012). A aproximação entre trabalhadores da saúde e população adscrita promove um elo que legitima os usuários do território, viabilizando os princípios de autonomia e de corresponsabilização propostos pela Política Nacional de Humanização.

A corresponsabilidade na promoção de saúde e nas estratégias de gestão e atenção em saúde pressupõe a coparticipação de diversos atores no cenário do cuidado, o qual se torna multidimensional, e o sujeito passa a ser não somente paciente, mas também, um agente nesse processo (JANUÁRIO TGF, et al., 2023). O conhecimento popular é resultado da socialização familiar transgeracional e comunitária, da observação, dos movimentos sociais e das experiências acumuladas ao longo da vida. Os saberes são também fruto da cultura, da religiosidade e do diálogo com os agentes constituintes do meio (RUCKERT B, et al., 2018).

Essas representações, que alicerçam a realidade dos sujeitos, não dependem do respaldo científico, e condicionam as práticas de saúde a um enquadramento sociocultural. O profissional em seu diálogo com o usuário precisa focar no entendimento das condutas individuais prévias, transcendendo o conhecimento biomédico através da interação com o imaginário popular, a fim de que a terapêutica aplicada possa fazer sentido dentro do contexto do usuário. A integração entre saberes técnicos e populares revela lacunas no atendimento, possibilitando melhorias e resolutividade (MARTINS PG, et al., 2021; JUNGES, et al., 2011).

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é investigar as compreensões e as práticas de cuidado de pessoas vivendo com diabetes em duas Unidades de Saúde da Família (USF), suscitando a relevância do

conhecimento, pelos profissionais de saúde, de como os usuários se cuidam e que problemas enfrentam para que o cuidado seja plenamente estabelecido.

MÉTODOS

Esse estudo é de natureza qualitativa, observacional e exploratório-descritiva, e foi executado entre os meses de janeiro e junho de 2023. A pesquisa foi feita com usuários acompanhados em duas Unidades de Saúde da Família de um município do estado da Paraíba.

Uma delas comporta um público em situação de vulnerabilidade social e com difícil acesso aos serviços de saúde, enquanto a outra possui um perfil mais dicotômico de usuários: alguns acessam a rede privada e outros são integralmente dependentes dos serviços públicos. Ambos os territórios têm problemas de saneamento básico e acesso à moradia.

Realizou-se a amostragem por saturação, com o suporte dos Agentes Comunitários de Saúde de cada território, os quais foram responsáveis por indicar os usuários adscritos. O critério de saturação pressupõe a interrupção da coleta a partir do momento em que se verifica redundância nos dados (MINAYO MCS, et al., 2017). A presente amostra categoriza-se como não probabilística e por conveniência (CRESWELL JW e CRESWELL JD, 2024).

Foram preconizados os seguintes critérios de inclusão: indivíduos com pelo menos 18 anos diagnosticados com DM; residentes no território pesquisado e cognitivamente aptos para responder às perguntas; atendidos em uma das duas USF incluídas; em concordância com os termos estabelecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que não estivessem em conformidade com pelo menos um dos critérios acima.

Para a coleta dos dados, foram convidados 20 usuários. As respostas coletadas foram registradas e armazenadas digitalmente com o auxílio do Google Forms. Três estudantes da área de Medicina receberam treinamento e supervisão da pesquisadora para coletar as informações, sendo orientados a transmitir informações com clareza e a retirar dúvidas. O registro das entrevistas ocorreu no domicílio dos usuários, em horários e datas preestabelecidas.

O estudo das compreensões e práticas de cuidado dos usuários foi baseado em entrevistas semiestruturadas, utilizando o método da Estimativa Rápida. Esse método é uma técnica de identificação para reconhecimento e diagnóstico das necessidades de grupos, a partir da própria população e em conjunto com os profissionais de saúde (CAMPOS FCC, et al., 2010).

O roteiro foi dividido em duas partes: I. Entendimento acerca da vivência com o diabetes e do conceito subjetivo da doença, com perguntas subjetivas; II. Análise da adesão a um estilo de vida saudável e das formas de cuidado - perguntas objetivas e subjetivas sobre nutrição, atividade física e compreensão do cuidado. As objetivas foram baseadas no Pentágulo do bem-estar (NAHAS MV, et al., 2000).

A análise do conteúdo das entrevistas foi executada em conformidade com a metodologia apresentada por GIL AC (2022). Essa análise é segmentada nas seguintes fases: pré-análise, com o agrupamento do material a ser analisado; exploração do material; seguida pela etapa final de inferência e interpretação dos dados. O objetivo dessa ferramenta é a reunião de unidades de análise temática, com a formação de categorias, as quais aglutinam significados e permitem a elaboração de sentido no contexto da realidade pesquisada.

Ademais, os dados resultantes das perguntas objetivas também foram expostos a fim de expandir a análise. Esta pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba, sob o parecer nº 5.492.212 e CAAE: 58439322.9.0000.8069, em conformidade com a Resolução 446/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A entrada nas Unidades Básicas de Saúde foi viabilizada pela autorização da Secretaria Municipal do município. Com o propósito de manter o sigilo ético, procedeu-se à identificação dos entrevistados com a consoante A, seguida de numeral cardinal conforme a ordem de coleta dos relatos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletadas respostas de 20 entrevistados na faixa etária de 13 a 96 anos. A maior parte tinha idade entre 53 e 69 anos, conforme os dados apresentados (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Distribuição dos entrevistados de acordo com sexo e idade.

Perfil dos entrevistados	
Sexo	n (%)
Feminino	13 (65)
Masculino	7 (35)
Faixa etária	
10 - 50 anos	2 (10)
51 - 60 anos	6 (30)
61 - 70 anos	6 (30)
71- 80 anos	3 (15)
81 - 100 anos	3 (15)
Total	20 (100)

Fonte: Azevedo IAM, et al., 2024.

A análise de conteúdo originou duas categorias: Compreensão do significado de Diabetes e Dificuldades de convivência e cuidado com a Diabetes. A descrição da análise encontra-se a seguir (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Plano de Análise do Conteúdo.

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Indicadores
Vivências e percepções sobre DM	Compreensão do significado de diabetes	Morte	Finalização da vida
		Restrição da vida	Limitação crônica
		Incompreensão	Padrão de conceituação
Formas de cuidado e estilo de vida	Dificuldades de convivência e cuidado com o DM	Questão alimentar	Prejuízo social
			Rotina familiar
		Cuidado baseado nos sintomas	Ausência de sintomas
			Advento de complicações
		Cuidado centrado no medicamento	Secundarização de métodos não farmacológicos
		Administração de medicação e adesão	Condição física do usuário
			Problemas assistenciais
Pé diabético	Desconhecimento de cuidados		
	Pouca oferta de exame dos pés		

Fonte: Azevedo IAM, et al., 2024.

Compreensão do significado de Diabetes

Ao questionar os usuários sobre o que eles entendiam por DM, foi observado que um dos conceitos envolveu a sua associação com a morte, a qual seria sinônimo de diabetes para alguns:

“É uma doença que vai acabando com a vida do ser humano aos poucos, sem cura”. (UA5)

O fato de possuir uma doença de caráter crônico foi relacionado à consumação da vida, com uma ideia de elemento finalizador. Por outro lado, algumas pessoas compreendem que tal aspecto de cronicidade torna a doença um fardo a ser carregado, algo que não necessariamente exclui a sobrevivência, mas a restringe.

Tal cerceamento foi referido em atividades elementares da rotina diária, como a alimentação. A limitação de hábitos alimentares culturalmente reconhecidos e reforçados é um desafio que para alguns se torna a definição de seu problema:

“A gente não pode comer açúcar, fubá, arroz... É uma doença que significa nada e ao mesmo tempo muita coisa, pois se não cuidar a pessoa pode morrer.” (U A2)

Outro fenômeno averiguado foi o desconhecimento de muitos indivíduos sobre sua própria doença, pois alguns apresentaram dificuldade para conceituar sua condição, considerando a necessidade dos pesquisadores de reformular a mesma pergunta de formas diferentes, além do tempo prolongado para a obtenção de respostas, as quais, não raro, eram bastante sucintas:

“Não tenho ideia. Mas quando ataca, só falta morrer”. (UA19)

“Tomo o remédio, mas não sei pra que serve, não sei o que é diabetes alta ou baixa.” (UA16)

Nota-se que um conhecimento estruturado sobre a diabetes foi incomum na amostra: do total de vinte entrevistados, dez concederam respostas que demonstraram uma visão limitada do conceito biomédico da diabetes. Apenas um entrevistado forneceu um conceito mais técnico. Ainda assim, havia uma compreensão imprecisa do DM:

“É o problema no sangue criado por excesso ou escassez da glicose. Quando a glicose está normal, não está com diabetes. Se passar para menos, hipoglicemia. Se for para mais, hiperglicemia.” (U A10)

Foi perceptível na amostra uma escassez de conhecimento objetivo acerca da definição do diabetes e de suas possíveis complicações, bem como uma percepção negativa da vida com o diagnóstico. Geralmente, o processo de adoecimento traz à tona sentimentos de medo, apreensão e desesperança, os quais nem sempre são acompanhados por uma real compreensão do problema, e acabam por impactar negativamente na adesão ao tratamento (TOUSO MFS, et al., 2016).

Estudo realizado por SCORTEGAGNA H de M, et al. (2021) - com diabéticos e hipertensos monitorados em serviços de saúde públicos - mostrou que 55,1% dos entrevistados exibiram um inadequado letramento funcional em saúde, termo que se refere à habilidade de compreender informes relacionados à saúde. Nessa amostra apenas 14,1% apresentaram letramento adequado. Assim, não é incomum o usuário ficar preso à mera rotulação de diabético, ignorando a necessidade de mudanças em seus hábitos de vida e a probabilidade de comprometimento da saúde.

Além disso, a promoção à saúde está centrada em práticas prescritivas e saberes técnicos, nem sempre compreendidos plenamente pelos usuários, enquanto são relegados os fatores subjetivos e sociais atrelados ao processo saúde-doença (FITTIPALDI ALM, et al., 2021).

No estudo conduzido por HADJICONSTANTINO M, et al. (2020) demonstrou-se como a abordagem da diabetes para os profissionais de saúde é predominantemente técnica e restritiva, exibindo pouca compreensão acerca dos sentimentos e da convivência dos usuários com a doença.

Logo, uma conjuntura que desconsidera a subjetividade do diagnóstico e se limita à uma comunicação puramente técnica acaba dificultando a capacidade do usuário de refletir e de agir sobre seu próprio cuidado (FITTIPALDI ALM, et al., 2021).

Dificuldades de convivência e cuidado com a Diabetes

Um dos quesitos mais desafiadores para os usuários compreendeu o cuidado com a alimentação devido à dificuldade das restrições:

“É uma experiência horrível por restringir muito a alimentação, principalmente em épocas específicas do ano, como Natal, quando não é possível aproveitar alimentos diferentes e típicos dessa estação. Tento comer frutas mais doces como banana para aliviar a ansiedade de comer alimentos doces (...). (U A16)

O alimento é um artigo capaz de afirmar a identidade de um povo ou região, a exemplo da carne seca e da farinha como marco identitário no Nordeste. Por sua vez, a classe trabalhadora atribui ao alimento o sentido

de força, a exemplo da carne, do arroz e do feijão, os quais simbolizam saciedade e vigor físico. Diante disso, restrições nutricionais transmitem a ideia de fraqueza, de insuficiência, gerando como consequência uma debilidade moral e física (CANESQUI AM e GARCIA RW, 2005).

Embora as limitações dietéticas previnam malefícios futuros, elas também requerem privações constantes no cotidiano, que irão afetar o sujeito em seu convívio comunitário. Logo, proibições ao consumo de refeições culturalmente valorizadas podem ser entendidas como perdas sociais, e também expõem os indivíduos ao julgamento por parte de seus semelhantes, o que estigmatiza a identidade de usuários vivendo com DM (CANESQUI AM e GARCIA RW, 2005; BARSAGLINI RA e CANESQUI AM, 2010). A falta de suporte familiar às mudanças dietéticas necessárias foi outra adversidade referenciada. O indivíduo que precisa adquirir hábitos saudáveis nem sempre encontra respaldo no núcleo familiar.

“Não consigo controlar a dieta, pois o marido não gostou das comidas na época que fiz para controlar a diabetes.” (U A20)

A unidade familiar dispõe de crenças, costumes próprios e regras de convivência, sendo notório o influxo da dinâmica familiar sobre as recomendações nutricionais, que comumente vão de encontro a hábitos preestabelecidos. Isso ocorre porque, não raro, a conduta dos profissionais é direcionada ao paciente de modo isolado, enquanto a família é invisibilizada.

Portanto, considerar os familiares no plano terapêutico e buscar negociar caminhos de corresponsabilização e cuidado compartilhado são vitais para viabilizar a adesão a novos hábitos (FERREIRA TPS, et al., 2019). Também foi visto que alguns indivíduos entendem sua vivência com diabetes com base nos sintomas apresentados no cotidiano, e alguns chegam a ignorar a doença quando estão assintomáticos:

“Não tenho problema com isso, eu penso que nem tenho diabetes, eu como de tudo. Em aniversários eu como tudo.” (U A6)

Por outro lado, diante de uma sintomatologia desagradável, as pessoas com diabetes passam a reconhecer o processo patológico e a presença de complicações que ocorrem de maneira sistêmica, o que leva ao cuidado tardio, quando a doença altera funções orgânicas importantes.

“Tenho medo de dar trabalho e ter alguma complicação. O que mais sinto falta é a visão.” (U A11)

JUNGES JR e CAMARGO WV (2020) indicam que, para aceitar as modificações em seus hábitos de vida, os diabéticos geralmente necessitam enfrentar certos processos de transição na sua percepção corporal, que vai do corpo alterado para o corpo assumido. O primeiro deles é aquele que percebe os sintomas de descompensação, mas não os relaciona à DM, e essa negação é uma forma de manter o estilo habitual de vida e de evitar sofrimentos. A alteração de hábitos só é possível com o advento do corpo assumido, e a chegada a esse estágio pode ser dificultada por experiências prévias dos indivíduos que os tornam mais resistentes à aceitação, a exemplo de vivências familiares.

Em relação às percepções do tratamento, foram identificados desafios adicionais. Um número de 17 entrevistados cita o tratamento farmacológico como forma de cuidar da diabetes, e destes, nove referem um tratamento exclusivamente medicamentoso, sem terapêuticas não farmacológicas associadas.

“Só tomo o remédio.” (U A18)

“Tomei insulina quando ficou intensa a diabetes, mas só tomo metformina.” (U A4)

Ao serem perguntados sobre maneiras de cuidar da diabetes, apenas cinco entrevistados citaram atividade física. Em perguntas sobre a prática de exercícios, 17 participantes relataram nunca realizar. Ao serem questionados sobre o uso de escadas em vez de elevadores ou da realização de caminhadas, 55% revelou nunca realizar. O tratamento dietético como prática de cuidado conhecida foi citado por somente três entrevistados. Ao serem diretamente perguntados sobre práticas alimentares, 40% relatou não consumir pelo menos cinco porções de frutas e vegetais diariamente; 15% respondeu um consumo mais esporádico e 45% afirmou ingerir sempre ou quase sempre.

Acerca da redução da ingestão de alimentos lipídicos ou doces, um percentual de 45% afirmou evitar sempre ou quase sempre, e 15% respondeu nunca evitar. A análise do conteúdo e dos dados objetivos evidenciou a ênfase conferida aos métodos farmacológicos, o que faz com que, mesmo quando realizadas, outras medidas sejam desconsideradas como parte do tratamento. De acordo com pesquisa realizada com diabéticos e hipertensos de COTTA RMM, et al. (2009), 96,6% dos entrevistados afirmou que as medicações eram a principal forma de tratamento, e somente 3,33% citaram o exercício como prática terapêutica.

O estudo de SZWARCOWALD CL, et al. (2019) destacou que uma porcentagem de 20,2 % dos diabéticos realizava prática regular de atividade física, exibindo uma baixa adesão.

Por sua vez, a pesquisa de PURIM KSM, et al. (2022) apontou que a falta de interesse na prática de atividade física foi referida pelos usuários como a maior barreira na adesão a esse hábito, conjuntura motivada pelo escasso entendimento desta prática como parte do tratamento, sendo vista como desnecessária. A utilização de medicamentos da forma correta e em horários adequados foi mais um dos obstáculos encontrados, sendo um fator particularmente preocupante entre idosos com uma rede social deficitária.

“Sim, pois nem sempre tenho pessoas para me dar as medicações na hora certa.”
(U A2)

Fatores como idade, condições socioeconômicas, apoio social e familiar, analfabetismo e nível de educação em saúde influenciam fortemente a adesão ao tratamento (BARRETO CC e SANTANA FAF, 2022). Nesta amostra, a idade avançada foi um fator presente em pacientes que alegaram dificuldades com o manejo da medicação, a exemplo do usuário A2, de 83 anos.

Dados revelam que em idosos o seguimento da terapia é afetado pela complexidade dos regimes de medicação combinada com dificuldade de compreensão, diminuição da acuidade visual, lapsos de memória e habilidades manuais reduzidas, o que torna esses pacientes dependentes de terceiros (BORBA AKOT, et al., 2018). Adicionalmente, é importante reconhecer os impeditivos estruturais:

“Sinto falta do acompanhamento, porque como minha filha tem Síndrome de Down, não consigo ir na USF e a equipe não vem até minha casa.” (U A18)

Assim, a taxa de adesão também é dependente de fatores atrelados ao serviço de saúde local, como cobertura, equidade e acessibilidade. Apesar da existência de metas e protocolos que direcionam o processo de trabalho e a oferta de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), a gestão da ESF e os serviços prestados no setor primário exibem uma insuficiência na oferta de ações e cuidados em saúde.

Logo, problemas estruturais latentes ainda são uma realidade, como desigualdades geoespaciais na oferta de serviços e a restrição orçamentária. Sendo assim, é preciso ampliar e otimizar a APS, além de instituir métodos eficazes de acompanhamento e cuidado (FACCHINI LA, et al., 2018; NEVES RG, et al., 2018).

O pé diabético também mostrou ser um tópico complexo, pois 12 indivíduos afirmaram nunca terem recebido o exame dos pés. A mesma quantidade de entrevistados afirmou não conhecer maneiras de cuidar de seus pés, desconhecendo as vulnerabilidades inerentes ao DM e às práticas básicas de autocuidado.

“Já ouvi falar, mas não conheço [os cuidados com o pé diabético].” (U A2)

A Pesquisa Nacional de Saúde (2013) revelou que, entre usuários com DM que não apresentaram úlceras nos pés, o percentual que nunca recebeu o exame dos pés foi de 95,63%. A APS, ao servir como ponto de acesso inicial, tem papel significativo na promoção do acesso ao cuidado integral e na prevenção de agravos e lesões. Contudo, estudos indicam que o exame do pé diabético e as orientações para o autocuidado não foram medidas efetivamente assimiladas às práticas cotidianas da APS (SANTOS ICRV, et al., 2015).

A escassa adesão dos trabalhadores da saúde ao exame do pé e às recomendações de autoexame aos pacientes acarretam maiores índices de hospitalização, amputações e maiores perdas socioeconômicas. O usuário, por sua vez, sem informações concernentes às medidas de autocuidado, perde uma importante ferramenta de empoderamento, com prejuízos à autonomia e à aquisição de hábitos de cuidado (SANTOS ICRV, et al., 2015).

CONCLUSÃO

O estudo revelou que a maneira como a DM é compreendida exerce impactos sobre os comportamentos individuais. Logo, o limitado discernimento do processo saúde-doença, assim como a estigmatização do diabético, precisa ser considerado pelos profissionais de saúde à medida que dificultam as alterações de hábitos e a compreensão de medidas para otimizar o bem-estar físico e emocional das pessoas. As adversidades ao cuidado do DM evidenciaram-se nas esferas individual, familiar, social e assistencial. A presença de conflitos em pelo menos uma dessas áreas compromete mudanças comportamentais e inibe a receptividade a medidas terapêuticas. Adicionalmente, a realidade do cuidado com o pé diabético aponta uma das lacunas do seguimento na APS, tendo em vista que o exame clínico dos pés e a instrução do autoexame são subutilizados a despeito de sua efetividade. O enfrentamento desses desafios requer um plano terapêutico abrangente e embasado no vínculo entre os membros da equipe e o usuário. Logo, a coordenação do cuidado precisa levar em conta as diversas instâncias que envolvem os contextos individuais, a fim de reduzir barreiras no acesso à saúde e de estimular uma adesão terapêutica com mais autonomia e protagonismo do usuário.

REFERÊNCIAS

1. BARRETO CC e SANTANA FAF. Difficulties in adherencetoinsulintreatment in elderlypatientswithtype 2 Diabetes mellitus: A literature review. *Research, Society andDevelopment*, 2022; 11(16): 304111638176.
2. BARSAGLINI RA e CANESQUI AM. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saúde e Sociedade*, 2010; 19(4).
3. BORBA AKOT, et al. Factorsassociatedwithelderlydiabeticadherencetotreatment in primaryhealthcare. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(3).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS (www.gov.br). Acessado em: 27 de agosto de 2024.
5. CAMPOS FCC, et al. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010; 2: 114.
6. CANESQUI AM e GARCIA RWD. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005; 306.
7. COTTA RMM, et al. Perfil sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(4).
8. CRESWELL JW e CRESWELL JD. Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. 5 ed. Porto Alegre: Editora Penso, 2024; 392.
9. FACCHINI LA, et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*, 2018; 42(1).
10. FERREIRA TPS, et al. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. *Saúde em Debate*, 2019; 430(121).
11. FITTIPALDI ALM e O'DWYER G, et al. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Interface (Botucatu)*, 2021; 25: 200806.
12. GIL AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2022; 7: 208.
13. HADJICONSTANTINO M, et al. Perceptionsof healthcare professionalsandpeoplewithtype 2 diabetes onemotional support: a qualitativestudy, *BJGP Open*, 2020; 4(1).
14. IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: percepções do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acessado em: 3 de setembro de 2024.
15. IDF. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes Atlas. 10. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation, 2021. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>. Acessado em: 27 de agosto de 2024.
16. JANUÁRIO TGFM, et al. Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2023; 28(8).
17. JUNGES JR e CAMARGO WV. A percepção do corpo e o autocuidado em sujeitos com diabetes mellitus 2: uma abordagem fenomenológica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2020; 30(3): 300318.
18. JUNGES JR, et al. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(11).
19. LUCHERINI M. Performing Diabetes: surveillanceand self-management. *Surveillance& Society*, 2016; 14(2).
20. MARTINS PG, et al. Conhecimento popular e utilização das práticas integrativas e complementares na perspectiva das enfermeiras. *J Nurs Health*, 2021; 11(2).
21. MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012.
22. MINAYO MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Pesquisa Qualitativa*, 2017; 5(7).

23. NAHAS MV, et al. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2000; 2(5).
24. NEVES RG, et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad Saúde Pública*, 2018; 34(4): 72317.
25. PURIM KSM, et al. Percepção de barreiras à prática de atividades físicas por pacientes diabéticos tipo 2. *Rev. Méd. Paraná*, 2022; 80(1): 1690.
26. RÜCKERT B, et al. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2018; 22(66).
27. SANTOS ICRV, et al. Factors associated with diabetic foot amputations. *Jornal Vascular Brasileiro*, 2015; 14(1).
28. SCORTEGAGNA H de M, et al. Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*, 2021; 25(4): 20200199.
29. SZWARCWALD CL et al. Health life style and recommendations in health care among hypertensive and diabetic patients in Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*, 2019; 24(2): 210017.
30. TOUSO MFS, et al. Dificuldades emocionais e psicológicas em indivíduos com diabetes mellitus. *Revista de Enfermagem Ufpe Online*, 2016; 10(2).
31. WHO - IDF. WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia: report of a WHO/IDF consultation. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/43588>. Acesso em: 3 set. 2024.