



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

LUDMILA SANTOS DE OLIVEIRA

O NÚCLEO FAMILIAR DO PORTADOR DO DIABETES MELLITUS E A
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÕES INTEGRADAS DA SAÚDE?

Rio de Janeiro
Março – 2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LUDMILA SANTOS DE OLIVEIRA

O NÚCLEO FAMILIAR DO PORTADOR DO DIABETES MELLITUS E A
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÕES INTEGRADAS DA SAÚDE?

Dissertação apresentada à Universidade Federal
do Estado do Rio de Janeiro, como requisito
parcial para obtenção de grau de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Liliana Angel Vargas

Rio de Janeiro
Março – 2009

Oliveira, Ludmila Santos de.

O48 O núcleo familiar do portador do diabetes mellitus e a equipe de saúde da família : ações integradas da saúde ?/ Ludmila Santos de Oliveira, 2009.
63f.

Orientador:Liliana Angel Vargas..
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Diabetes – Enfermagem. 2. Diabetes – Pacientes – Relações com a família. 3. Família – Saúde e higiene. 4. Cuidados em enfermagem – Planejamento. 5. Enfermagem – Aspectos sociais. I. Vargas, Liliana Angel. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 616.4620231

LUDMILA SANTOS DE OLIVEIRA

O NÚCLEO FAMILIAR DO PORTADOR DO DIABETES MELLITUS E A
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÕES INTEGRADAS DA SAÚDE?

Aprovado em, ____ de _____ de 2009.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Liliana Angel Vargas – Presidente
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^a Dr^a Luciana Maria Borges da Mata Souza – 1^a
Examinadora Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO

Prof^a Dr^a Fátima Terezinha Scarparo Cunha – 2^a Examinadora
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^a Dr^a Elizabeth Araújo Paz – Suplente
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof^a. Dr^a Sônia Regina de Souza – Suplente
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, família, amigos e colegas que me acompanharam nesta longa e feliz caminhada, me auxiliando direta ou indiretamente a adquirir o título de mestre.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me amparar nos momentos difíceis, e por me mostrar através de orientações e intuições o caminho reto e transformador do percurso necessário à aquisição deste.

À minha orientadora, Prof. Dra. Liliana Angel Vargas, pelo carinho, paciência, amizade, e cumplicidade. Agradeço à orientadora, mas principalmente, à amiga.

À meus pais, por me incentivarem sempre, e por me amarem e me mostrarem o valor da família. Sem vocês, eu nada seria.

Ao meu marido, companheiro de todas as horas, amigo inseparável, amante incondicional. Agradeço por sua luz, e alegria, iluminando meus caminhos nos momentos de escuridão. Te amo como nunca amei ninguém; você mudou a minha história.

Aos profissionais que se dispuseram a contribuir para a realização desta pesquisa fundamental para meu desenvolvimento profissional.

Aos meus colegas de trabalho, que contribuíram direta e indiretamente para minhas argumentações a respeito do processo de trabalho em saúde da família.

PENSAMENTO

A família é o maior projeto de Deus na terra, é uma instituição indestrutível, pois foi idealizada pelo próprio Deus e por Ele defendida.

RESUMO

OLIVEIRA, L. S. O NÚCLEO FAMILIAR DO PORTADOR DO DIABETES MELLITUS E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÕES INTEGRADAS DA SAÚDE? 2009. 63f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Este estudo teve como objeto de investigação: o estímulo dado pelas equipes de saúde da família, para o envolvimento do núcleo familiar no cuidado ao paciente afetado pela diabetes mellitus. Os objetivos foram: 1) Identificar ações da equipe de saúde da família na vigilância e controle do Diabetes Mellitus, e 2) Investigar a maneira pela qual o núcleo familiar é estimulado a participar destas ações pela equipe de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi uma unidade de saúde da família situada na Área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram os componentes de uma equipe, totalizando 8 indivíduos. A técnica de coleta de dados foi um roteiro temático com quatro questões a serem discutidas pelos participantes. Para tratamento dos dados foi utilizada a análise temática, cujo processo emergiram quatro categorias analíticas: 1) O pensar e o agir coletivo: um desafio para a equipe responsável pela saúde da família; 2) A Família do Portador De Diabetes Mellitus: um parceiro fundamental para a equipe de saúde; 3) O Portador de Diabetes Mellitus e a dialética do individual e do coletivo; e 4) A assistência ao portador de diabetes e o risco de medicalização em domicílio. Os achados da pesquisa apontam que a equipe de saúde da família deve incluir os núcleos familiares nos cuidados à saúde do portador de diabetes mellitus, a fim de viabilizar a total adesão deste sujeito ao tratamento do agravo, o que requer o estabelecimento de um compromisso facilitado pelo vínculo entre usuário e equipe. Os desafios a serem enfrentados pelas equipes são a operacionalização de uma relação horizontal no trabalho em saúde da família, e a abordagem do núcleo familiar enquanto um sistema.

Descritores: Saúde da Família, Diabetes Mellitus, Produção Social da Saúde.

ABSTRACT

This study had as inquiry object: the stimulation given for the teams of health of the family, for the involvement of the familiar nucleus in the care to the patient affected for diabetes mellitus. The objectives had been: 1) To identify the action of the team of health of the family in the monitoring and control of the Diabetes Mellitus, and 2) To investigate the way for which the familiar nucleus is stimulated to participate of these actions for the team of health of the family. One is about a descriptive research, with qualitative boarding. The scene of the study was a unit of health of the situated family in the Programmatic Area 3,1 of the city of Rio De Janeiro. The citizens had been the components of a team, totalizing 8 individuals. The technique of collection of data was a thematic script with four questions to be discussed for the participants. For treatment of the data the thematic analysis was used, whose process had emerged four analytical categories: 1) Thinking and collective acting: a challenge for the responsible team for the health of the family; 2) The Family of the Carrier De Diabetes Mellitus: a basic partner for the health team; 3) The Carrier of Diabetes Mellitus and the dialectic of the individual one and the collective one; e 4) The assistance to the carrier of diabetes and the risk of medicalização in domicile. The findings of the research point that the team of health of the family must include the familiar nuclei in the cares to the health of the carrier of diabetes mellitus, in order to make possible the total adhesion of this subject to o treatment aggravate of it, what it requires the establishment of a commitment facilitated for the bond between user and team. The challenges to be faced for the teams are the operacionalização of a horizontal relation in the work in health of the family, and the boarding of the familiar nucleus while a system.

Key-words: Health of the Family, Diabetes Mellitus, Social Production of the Health.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

CAPÍTULO 1 – Considerações iniciais

Considerações Iniciais	12
Questão Norteadora	13
Objeto	13
Objetivos	13

CAPÍTULO 2 – Metodologia

Percurso Metodológico	15
Caracterização do Cenário	16
A Fase Ética da Pesquisa	18

CAPÍTULO 3 – Referencial Teórico

O problema do Diabetes no Contexto Brasileiro	20
Diabetes Mellitus tipo 1	21
Diabetes Mellitus tipo 2	22
Tratamento e Complicações do Diabetes Mellitus	22
O Portador de Diabetes Mellitus e seu núcleo familiar na Estratégia Saúde da Família: Aspectos Normativos	24
A Família na Estratégia Saúde da Família: Sujeito ou Objeto no Processo de Cuidar do Portador de Diabetes Mellitus?	28

CAPÍTULO 4 – Análise e discussão dos Dados da Pesquisa 34

Primeira Categoria: O Pensar e o Agir Coletivo: um desafio para a equipe responsável pela saúde da família	36
---	----

Segunda categoria: A família do portador de diabetes mellitus: um parceiro fundamental para a equipe de saúde	42
--	----

Terceira Categoria: O portador de diabetes mellitus e a dialética do individual e do coletivo	45
Quarta Categoria: A assistência ao portador de diabetes e o risco de medicalização em domicílio	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	53
ANEXOS	
Anexo 1 – Carta de Solicitação ao Comitê de Ética em Pesquisa	56
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2	58
Anexo 4 – Roteiro Temático	59
Anexo 5 – Roteiro de Observação	60
Anexo 6 – Ressalva	61

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo é fruto das reflexões iniciadas na graduação em Enfermagem, a partir de minha experiência em campos de ensino prático, e que tiveram continuidade até o presente momento, quando concluo o curso de mestrado acadêmico na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, inserida na linha de pesquisa “Enfermagem e População: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

Desde que fui apresentada à Estratégia Saúde da Família (ESF), cursando a disciplina Atenção e Gerência da Saúde Coletiva no SUS, e conheci a unidade Saúde da Família no Canal do Anil, município do Rio de Janeiro, comecei a desenvolver um pensamento crítico a respeito do papel do núcleo familiar nos cuidados necessários às pessoas. Adquirido o título de Bacharel em Enfermagem, iniciei a vida profissional numa rede privada de hospitais, onde percebi que, na assistência à saúde, muitas vezes, os cuidados precisam ser direcionados não apenas ao paciente, mas também ao seu núcleo familiar.

No ano de 2006, durante o curso de especialização em Saúde Pública, tornei-me professora substituta da Escola de Enfermagem Anna Nery, onde lecionava até dezembro de 2007 a disciplina “Cuidados de Enfermagem a Pessoas em Processo de Reabilitação II”, que tem como um dos campos de ensino prático uma unidade reabilitacional do município do Rio de Janeiro, onde realizava a consulta de Enfermagem a pacientes amputados.

Tanto neste cenário quanto na área hospitalar onde iniciei a vida profissional de Bacharel em Enfermagem, percebi e ainda percebo que tão necessário quanto à assistência ao usuário individual do sistema de saúde é direcionar este ato de cuidar a seu núcleo familiar, já que este grupo de pessoas tem participação direta e grande influência na vida do paciente.

Principalmente quando se trata de doenças crônicas, a necessidade de adaptação do meio familiar torna-se imprescindível, uma vez que este grupo de agravos requer mudanças significativas de hábitos e costumes, que muitas vezes estão enraizados na cultura e na vida destas pessoas. O diabetes mellitus (DM), doença causadora de grande número de amputações programadas, se fazia e provavelmente ainda se faz presente em grande parte das famílias dos amputados de quem cuidava.

A percepção que tinha a respeito deste agravo não me permitia imaginar que uma patologia que pode ser controlada por uma alimentação saudável, exercícios físicos, e hábitos regrados, continuasse causando tantos transtornos, a ponto de se tornar um dos principais

problemas de saúde pública do município do Rio de Janeiro, e do Brasil, que segundo Franco (2004), ocupa a sexta posição entre os dez países com maior número estimado de diabéticos.

Por isso a necessidade de discussão desta patologia nos dias atuais, onde os portadores precisam adequar seus modos de vida para uma convivência saudável com a doença. Conseqüentemente, já que existe uma condição de responsabilidade de socialização, nutrição e proteção entre os membros da família, os cuidados e orientações devem ser estendidos a estas pessoas. (COSTA; CARBONE, 2004).

Num momento em que a família é priorizada na política de saúde para fomentar, a partir de suas necessidades, uma estratégia governamental voltada para seu atendimento, é importante nos perguntarmos como se dá a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família junto a esta clientela? Quando existe um agravo como o diabetes mellitus inserido no contexto de vida familiar, os cuidados são direcionados ao usuário ou ao seu núcleo familiar? A assistência, em todos os aspectos, é centrada na família, no indivíduo ou no agravo?

Assim, uma vez explicitadas algumas considerações a respeito de um agravo tão presente na população brasileira, e de uma estratégia de saúde de caráter tão universal, redijo a questão que busco responder durante o curso de mestrado em Enfermagem.

Questão Norteadora

De que maneira a família do indivíduo afetado pelo diabetes mellitus é estimulada a participar das ações previstas pela Estratégia Saúde da Família no seu cuidado?

Objeto de estudo

Em função disto, aliado a fatos referentes à minha vivência profissional, trago como objeto de estudo deste trabalho **o estímulo dado pelas equipes de saúde da família, para o envolvimento do núcleo familiar no cuidado ao paciente afetado pela diabetes mellitus.**

Objetivos

A fim de responder as questões norteadoras deste trabalho, traço como objetivos:

- Identificar ações da equipe de saúde da família na vigilância e controle do

Diabetes Mellitus, e

- Investigar a maneira pela qual o núcleo familiar é estimulado a participar destas ações pela equipe de saúde da família.

Acredito que a relevância da pesquisa esteja na prevalência do agravo, que é considerada elevada na população brasileira (cerca de 12% na faixa etária dos 30 a 69 anos, de acordo com um estudo realizado em Ribeirão Preto com a mesma metodologia do Censo Nacional de Diabetes, em 2000). A sociedade de um modo geral e os profissionais trabalhadores do setor saúde precisam estar capacitados para lidarem com a patologia e/ ou com seus portadores a fim de evitar potenciais complicações.

Da mesma maneira, faz-se necessário divulgar informações a respeito da organização hierárquica do Sistema Único de Saúde, a fim de que os usuários possam entender seu funcionamento, e utilizá-lo da melhor maneira, aproveitando-o integralmente, de acordo com sua vontade e necessidade. A partir desta informação, a atenção básica poderá deixar de ser compreendida de forma distorcida, como um nível voltado para os desfavorecidos economicamente, como defendem algumas correntes de pensamento.

O diabetes mellitus atinge grande parte da população brasileira, sendo responsável por grande número de internações, complicações renais provocadoras de necessidade de realização de hemodiálise, alterações visuais e motoras. Estes fatos justificam a inclusão do núcleo familiar no cuidado aos portadores desta patologia. Por respeitar e considerar o potencial limitante da doença e o perfil epidemiológico da população brasileira, é que devemos encarar a questão do diabetes mellitus como um grande problema de saúde pública enfrentado atualmente pelo Sistema Único de Saúde brasileiro.

A fim de proporcionar melhor compreensão da ESF, novos estudos e reflexões acerca de sua verdadeira clientela precisam ser desenvolvidos. Com isso, a equipe responsável pelo desenvolvimento deste cuidado pode centrá-lo no núcleo familiar, e não no paciente individual.

Desta maneira, reconhecendo a importância dos temas citados nesta pesquisa, acredito poder contribuir não apenas para a comunidade acadêmica, mas para a sociedade em geral, no momento da divulgação das informações obtidas no decorrer do trabalho.

2 METODOLOGIA

2.1 Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Caracterizo-a desta maneira porque “pretende interpretar o evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem” (CHIZZOTTI, 2006, p. 28). A unidade a ser estudada é composta por duas equipes de saúde da família, que atendem às comunidades adscritas, quais sejam Sereno, Paz e Fé; a pesquisa teve como sujeitos, os profissionais de apenas uma equipe, qual seja, a comunidade do Sereno.

A unidade foi escolhida por se localizar na área de responsabilidade do Grupo de Apoio Técnico (GAT) contactado, ou seja, Área Programática 3.1. Inicialmente, a pesquisa se realizaria na Comunidade da Baiana, que apresentava um total de 77 diabéticos cadastrados, porém, não apresentava equipe completa, pois uma profissional se encontrava licenciada. Então, a equipe do Sereno, integrante da área programática 3.1, por se encaixar no critério de localização, e por contar com equipe completa, tornou-se sujeito desta dissertação.

Como estabelecido no projeto, para a coleta de dados, foi realizada a técnica de **observação** (anexo 5) da atuação da equipe junto à clientela atendida. Com auxílio de um diário de campo e um roteiro de observação, fatos importantes para a contextualização da situação observada foram coletados.

Posteriormente, a equipe responsável pela Estratégia de Saúde da Família do local foi abordada, a fim de conhecer dos mesmos as ações direcionadas a estimular a participação da família ao cuidado ao indivíduo diabético, através da realização de um **roteiro temático** (anexo 4). Os dados levantados foram confrontados de acordo com o que esta proposta apresenta em relação à assistência a este grupo.

Os dados são analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo, que segundo Berelson apud Turato (2003), é uma técnica de pesquisa destinada a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo expresso na comunicação. Este processo deu origem a categorias analíticas que serviram como suporte de argumentação dos resultados da pesquisa.

A observação ocorria, principalmente durante as visitas domiciliares e durante os grupos, em função da dificuldade de acompanhamento de uma consulta médica ou de

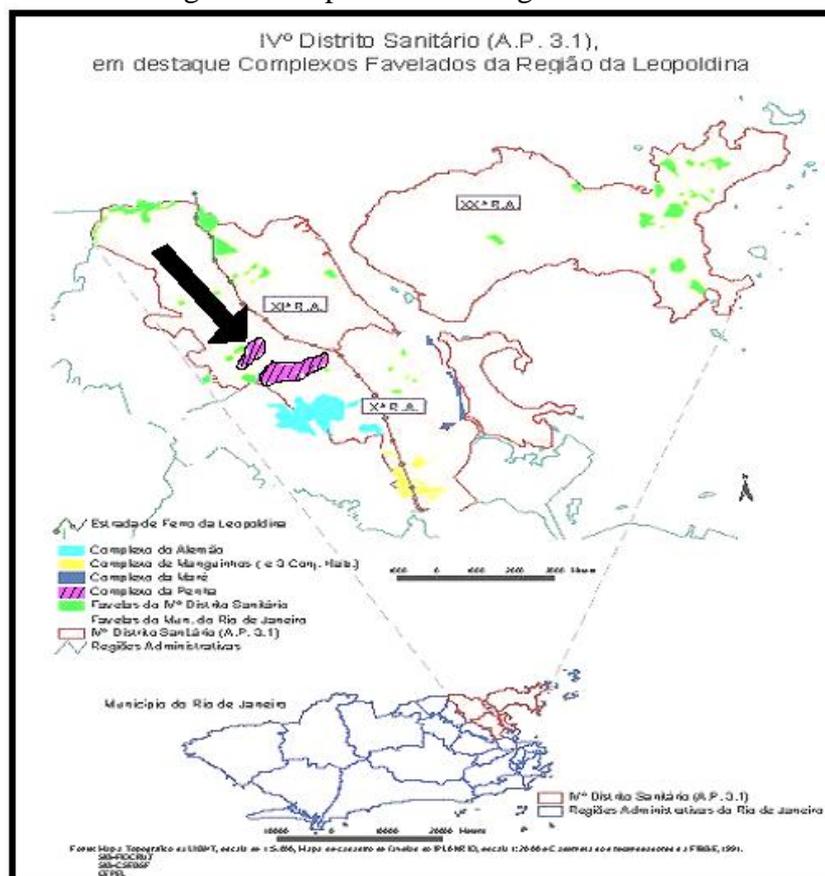
enfermagem para o público diabético, uma vez que a unidade não possuía dia e horário reservado para tal. As entrevistas foram realizadas em cinco dias, com agendamento prévio via telefone.

Após a transcrição dos depoimentos, os mesmos foram analisados, e agrupados segundo os pontos de convergência, o que originou as categorias de análise. De acordo com o referencial teórico apresentado no decorrer do trabalho.

2.2 Caracterização do Cenário

A comunidade do Sereno se localiza no Complexo da Penha, fazendo parte da Área Programática 3.1, região da Leopoldina, conforme apresentado no mapa a seguir.

Figura 1: Mapa da Área Programática 3.1



Fonte: **Saúde da criança e formação no trabalho: a prática como e com saber** Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 214 p.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS – RJ), a localidade, à época, possuía uma população local de aproximadamente 887204 habitantes no ano de 2004, sendo 418605 homens, e 468600 mulheres. A faixa etária prevalente é entre 15 e 49 anos, num total de 225169 indivíduos. Abaixo seguem indicadores de mortalidade proporcional, da referida área, segundo dados extraídos da SMS – RJ.

Em 2004, a AP 3.1 teve 6331 óbitos totais, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por 1726 destas, seguidas das neoplasias, que somaram 1002 mortes. As causas externas e/ ou mal definidas totalizaram 1473 casos, e as doenças respiratórias e infecto-parasitárias foram responsáveis por 675 e 377 casos, respectivamente. Finalmente, as doenças endócrinas causaram 354 casos de óbitos, sendo 293 destes, provocados pelo diabetes mellitus.

Além destes aspectos, devemos citar os aspectos econômicos da população adscrita à unidade estudada. A comunidade conta com uma creche e uma escola próxima. Os espaços comunitários se compõem por igrejas e a associação de moradores. Segundo a primeira depoente, a maior parte dos habitantes do local são trabalhadores da construção civil, e de outras atividades como a marcenaria e a carpintaria; boa parte da população adscrita é formada por migrantes nordestinos e/ou seus descendentes diretos.

De acordo com a proximidade do local, a unidade básica de referência é um Centro Municipal de Saúde localizado na Penha, de onde procedem os medicamentos distribuídos pela unidade de saúde da família. A região conta, também com uma unidade hospitalar, o Hospital Estadual Getúlio Vargas, de grande porte, que atende a várias especialidade médicas, dentre delas emergência e cirurgia geral.

A unidade em questão, conta com consultórios médico, odontológico e de enfermagem, além das salas de espera, sala de curativos, sala de imunização, e sala de reuniões, utilizada também para a realização de grupos e farmácia. Além destes cômodos, existem, também a cozinha, e cerca de três banheiros, utilizados pelos profissionais e pelos usuários. O imóvel é uma casa transformada em unidade de saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram os membros da referida equipe, especificamente, um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma odontóloga, uma técnica de higiene dental, e inicialmente, quatro agentes comunitários de saúde (ACS). No decorrer da coleta de dados, uma das ACS pediu demissão do cargo; em função deste fato, a pesquisa se conclui com o depoimento de um total de três ACS.

Antes de cada encontro, havia uma solicitação e um agendamento, que respeitava a disponibilidade de cada integrante, e a rotina seguida pela unidade e pelos profissionais.

2.3 A FASE ÉTICA DA PESQUISA

Após a realização das modificações sugeridas pela banca de apreciação a que o projeto desta pesquisa foi submetida, foi estabelecido contato com o grupo de apoio técnico (GAT) responsável pela área programática 3.1 para a verificação da possibilidade de utilizar uma de suas equipes de Saúde da Família como sujeitos de coleta de dados da pesquisa.

Visando otimizar a operacionalização do processo de coleta de dados, solicitei aos membros do GAT a indicação de uma unidade de saúde da família capaz de atender aos requisitos da pesquisa de contar com uma equipe completa e realizar ações específicas para diabéticos. A princípio, o trabalho se desenvolveria tendo como cenário da Comunidade da Baiana, localizada no Complexo do Alemão, que possuía, à época 77 diabéticos cadastrados.

O projeto foi submetido ao comitê de ética Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro para a submissão do o trabalho, de acordo com o estabelecido pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), que estabelece normas para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Após a aprovação do projeto, retomo contato com o GAT, e verifico o licenciamento de um dos profissionais da equipe de saúde da família da comunidade da Baiana, sendo necessária a mudança de cenário. Foi sugerido, então, que a coleta de dados fosse realizada na comunidade do Sereno, localizado no Complexo da Penha, também de responsabilidade do GAT da região 3.1. Por este motivo, entro em contato novamente com o Comitê de ética da Prefeitura, que dá parecer positivo à mudança de cenário.

Como já explicitado, a pesquisa seria operacionalizada no Complexo do Alemão. Porém, de acordo com as características geográficas e espaciais do Complexo da Penha, que inclusive se confundem com o Complexo do Alemão em função da própria geografia, das características econômicas e sociais da região, realizo a pesquisa de campo na comunidade do Sereno, integrante do Complexo da Penha.

Para a abordagem aos profissionais lotados na unidade, foi desenvolvido um termo de consentimento livre e esclarecido (anexos 2 e 3) a ser assinado pelos sujeitos da pesquisa, a equipe de saúde; termo este que garante o anonimato dos participantes, e o respeito a seus direitos de participação ou desistência na pesquisa. Após a transcrição dos depoimentos, os

mesmos eram apresentados aos depoentes para que estes tivessem a certeza do que seria escrito no relatório da pesquisa.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O PROBLEMA DA DIABETES NO CONTEXTO BRASILEIRO

O diabetes é uma doença crônico-degenerativa, caracterizada pela alteração negativa do metabolismo dos carboidratos ou açúcares, lipídios, proteínas, água, proteínas e minerais. (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

Por sua elevada prevalência na população - 7,6% segundo Athaniel e Saito (2008) - pelas potenciais complicações e por seu curso crônico, a assistência desta doença é priorizada nas unidades públicas de saúde, e a padronização de conceitos, formas de tratamento e terapia medicamentosa distribuída gratuitamente pelas unidades básicas para a população portadora.

Dentro da cronicidade do Diabetes Mellitus (DM) e dos problemas de saúde causados pelo tempo de convivência com a doença e pelas complicações decorrentes dela, o diabetes passa a ser um importante problema de saúde pública, com consideráveis ônus para o sistema de saúde dos países, por ser a causa primária de um elevado número de hospitalizações. (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura. (BRASIL, 2006, p.9).

Como algumas das complicações da doença são potencialmente fatais, ou capazes de inserir na vida do portador e de sua família importantes alterações da qualidade de vida, fica claro que não se trata de uma doença crônica como outra qualquer, mas um agravo de alta morbidade, que exige ações específicas para seu controle, tratamento e prevenção.

Pode ser classificado como diabetes gestacional, diabetes insípido e diabetes mellitus. Neste momento vamos nos deter especificamente no diabetes mellitus, que por sua vez, pode ser classificado pelos tipos 1 e 2.

3.1.1 Diabetes Mellitus Tipo 1

Síndrome endócrina caracterizada pela produção deficiente de insulina – hormônio produzido nas Ilhotas de Langerhans do pâncreas, responsável por transportar a glicose presente na corrente sanguínea para o interior das células -, causando uma falha no metabolismo dos açúcares. Pode ser causada por fatores genéticos ou doenças auto-imunes, e normalmente tem início na infância ou juventude, sendo conhecido também como diabetes juvenil (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

A tríade polidipsia – excesso de sede -, polifagia – excesso de fome -, e poliúria - aumento da frequência e do volume urinário -, pode ser frequentemente associada ao início da doença. Os portadores de diabetes juvenil são, geralmente, magros e dependentes da administração de insulina (SMELTZER; BARE, 2002).

A doença se caracteriza pela destruição das células beta pancreáticas, localizadas nas Ilhotas de Langerhans do pâncreas. Essa destruição pode ocorrer devido a fatores imunológicos, onde o organismo produz anticorpos que vão atacar as próprias células que se encontram em situação e funcionamento normais. Outra causa comum das células produtoras de insulina está ligada a fatores genéticos. O fator herdado é a pré-disposição genética para o desenvolvimento do diabetes tipo 1, presente no antígeno leucocitário humano (HLA), um grupo de genes responsáveis pelos antígenos de transplantes humanos e outros processos imunológicos. (SMELTZER; BARE, 2002).

Independente da etiologia, a glicose proveniente da alimentação, que deveria ser transportada para o interior das células para que servisse como combustível do processo de produção de energia – respiração celular -, permanece circulante na corrente sanguínea, gerando um quadro hiperglicemia. Fisiologicamente, ocorre a produção hepática de glicose a partir do glicogênio com o uso do hormônio glucagon. Como parte deste descontrole metabólico característico do diabetes tipo 1, a destruição das células beta pancreáticas influencia a produção da glicose pelo fígado, gerando descontrole. (SMELTZER; BARE, 2002).

3.1.2 Diabetes Mellitus tipo 2

Síndrome caracterizada pela resistência tecidual à ação da insulina, causada pela sensibilidade diminuída dos tecidos a esse hormônio. Se diferencia do tipo 1 pela produção hormonal insuficiente em relação à demanda orgânica. Os portadores, geralmente se encontram em sobrepeso, e não são dependentes de insulina; a convivência com o agravo se dá através da utilização de hipoglicemiantes orais (SMELTZER; BARE, 2002).

Também conhecida como diabetes estável do adulto, ou diabetes insulino-não-dependente, esta forma da doença é associada a uma predisposição familiar ao sobrepeso, e a ambiente com altos índices de estresse. Os portadores deste agravo não possuem alteração da produção de insulina, mas apresentam uma resistência à sua ação, que precede o início do quadro clínico; uma deficiência relativa do hormônio se acentua de acordo com o passar dos anos e a evolução da doença. (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

3.1.3 Tratamento e complicações do Diabetes Mellitus

Geralmente, a equipe de saúde deve se esforçar para manter o nível de glicemia abaixo de 110mg/dl de sangue em jejum. Esta meta pode ser atingida com o uso de insulina exógena, e/ ou através da utilização de hipoglicemiantes orais. Associada a terapia farmacológica para o tratamento do DM, o portador pode ser aconselhado a praticar exercícios físicos com regularidade, adotar um padrão de vida saudável, controlar a pressão arterial, e principalmente, estabelecer um padrão nutricional equilibrado.

Os portadores do tipo 1 do agravo, podem utilizar como terapia medicamentosa a insulina exógena. Esta pode ser obtida através da extração do hormônio de porco ou de boi, e pode ser de ação lenta, rápida ou ultra-rápida. Os níveis glicêmicos devem ser aferidos antes da administração do medicamento, a fim de evitar hipoglicemias severas, o que será considerada uma situação de urgência. (SMELTZER; BARE, 2002).

Normalmente, os portadores de diabetes tipo 2 fazem uso de hipoglicemiantes orais para manterem os níveis de glicemia nos padrões considerados normais (70 a 110mg/dl). Neste caso, o tratamento da patologia está associado ao tratamento de outros fatores

relacionados ao estilo de vida. Abaixo segue o quadro informativo a respeito do tratamento farmacológico do DM tipo 2.

Quadro 1 - Fármacos para o tratamento da hiperglicemia do diabetes tipo 2. (Brasil, 2006)

FÁRMACO		POSOLOGIA
Metforminas		❖ 500mg a 2,550gr, fracionada em 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições
Sulfoniluréias	Glibenclamida	❖ 2,5mg a 20mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
	Glicazida	❖ 2,5mg a 20mg, 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições; ❖ 40mg a 320 mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
Insulina	NPH	❖ 10 U NPH ao deitar (ou 0,2 U/kg), aumento gradual de 2U; reduzir em 4U quando houver hipoglicemia; se necessário, adicionar 1 a 2 injeções diárias.
	Regular	❖ Em situações de descompensação aguda ou em esquemas de injeções múltiplas.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica n.º 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos (2006)

As complicações do diabetes mellitus podem ser diferenciadas entre agudas e crônicas. As complicações agudas são decorrência de eventos esporádicos, enquanto as crônicas podem ser o resultado do mau controle dos níveis glicêmicos ao longo dos anos de convivência com a doença (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

Dentre as complicações agudas estão a cetoacidose diabética, o estado hiperglicêmico hiperosmolar não-cetótico, hipoglicemia e acidose láctica.

Em longo prazo, o agravo pode provocar alterações diversas regiões do corpo, inclusive a disfunção e falência de vários órgãos, sendo os rins, olhos e coração os mais afetados, além dos nervos e vasos sanguíneos. (OHARA; SAITO, 2008). Além disso, o diabético pode ter resistência diminuída às infecções e alguns problemas relacionados à neuropatia autonômica, como a bexiga neurogênica, neuropatia sudomotora, e disfunção sexual (SMELTZER; BARE, 2002).

Além disso, dentro das peculiaridades quando se trata de saúde bucal, é comum que o portador de DM desenvolva, ao longo de sua trajetória com a patologia, a doença periodontal. Trata-se de uma infecção da gengiva e dos tecidos de sustentação dos dentes, que se tornam edemaciadas, hiperemiadas, dolorosas e sangrantes. O portador também pode apresentar halitose, amolecimento e perda dos dentes. (BRASIL, 2006).

3.2 O PORTADOR DE DIABETES MELLITUS E SEU NÚCLEO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ASPECTOS NORMATIVOS

Em princípio, o primeiro nível de assistência à saúde deve ter suas ações fundamentadas nos dados epidemiológicos do país, dos estados, e das microrregiões, dando enfoque maior a determinados agravos, de acordo com a incidência e prevalência na população. Em função disso, doenças crônico-degenerativas - como o diabetes mellitus, tuberculose, hipertensão, hanseníase, etc - têm merecido especial atenção para prevenção e tratamento, dentro dos programas de atenção à saúde do adulto.

.Num contexto de valorização da atenção básica surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que originou a Estratégia Saúde da Família (ESF), como a possibilidade para reorientar o modelo assistencial do SUS a partir da atenção básica, de acordo com Costa e Carbone (2004).

Desta forma, no Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família deve ser considerada como sua porta de entrada, onde a clientela, na medida em que apresente situações de maior gravidade, é referenciada a outros níveis do sistema.

Esta proposta prioriza não apenas o indivíduo, mas seu núcleo familiar. A atenção passa a ser direcionada a todos que residem no domicílio, já que “morar junto implica em ter responsabilidade moral e afetiva entre si, e esta situação é um dos indicadores de ser da família” (CARTANA apud CIANCIARULLO, 2002, p. 33).

Numa outra perspectiva, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - para pesquisas realizadas no Brasil, entende que família e domicílio estão diretamente relacionados, sendo o número de domicílios contabilizados como o número de famílias. (ALVES, 2005 s/n).

Na ESF, é reconhecida a influência do núcleo familiar na saúde do indivíduo, e aquele deve ser envolvido danos cuidados à saúde deste. A família, então, em conjunto com a equipe de saúde, deve exercer ações de proteção e vigilância à saúde de seus membros, partindo do pressuposto da co-responsabilidade na produção social da saúde e desta forma, concretizando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Assim, o Diabetes Mellitus enquanto doença crônico-degenerativa prevalente em considerável parcela da população brasileira gerou a necessidade da criação de um programa de saúde verticalizado pelo respectivo Ministério, a fim de possibilitar seu maior controle e

tratamento eficazes dentro da atenção básica de saúde. Em contrapartida, os profissionais trabalhadores deste setor, precisam estar capacitados para identificarem, na população, problemas em curso ou em potencial, de modo a tratá-los na unidade básica, ou a referenciá-los a um nível de maior complexidade.

Dentro desta normatização, a Portaria Nº 648 do Ministério da Saúde (2006), aprova a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil e relaciona as atribuições gerais e específicas dos profissionais responsáveis pela estratégia saúde da família. Porém, neste documento, não são consideradas as especificidades das localidades, tampouco das patologias de maiores incidência e prevalência no país.

No caso do DM, os cuidados e as ações necessários para um manejo da patologia estão descritos nos Cadernos de Atenção Básica – publicações do Ministério da Saúde, específicos para determinados agravos – e através do Manual de DM e Hipertensão (2006). Apesar desta descrição das normas, as equipes de atenção básica possuem autonomia para agirem de acordo com as peculiaridades de cada caso, otimizando recursos pessoais e materiais, já que num território tão amplo como o Brasil, onde cada região possui características e problemas específicos e distintos, a padronização da assistência aos portadores dos agravos corre o risco de se tornar descontextualizada e inócua.

Assim de acordo com Ministério da Saúde são atribuições da equipe

encorajar relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta; criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado (BRASIL, 2006, p.10).

Em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF), ações específicas sobre o cuidado a portadores de DM são apontadas no Guia Prático do PSF, publicação do Ministério da Saúde, 2002, tal como ilustrado no quadro a seguir:

Quadro 2: Ações Previstas pelo Ministério da Saúde brasileiro para a Equipe de Saúde da Família para com os Portadores de Diabetes Mellitus. (BRASIL, 2002)

Responsabilidades	Atividades
Diagnósticos dos casos	Investigação em usuários com fatores de risco
Cadastramento de portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Busca ativa de casos	Visita domiciliar
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar; Educação terapêutica em Diabetes; Fornecimento de medicamentos; Curativos
Monitorização dos níveis de glicose dos pacientes	Realização de exame de glicemia capilar pelas unidades de saúde
Diagnóstico precoce das complicações	Realização ou referência ambulatorial para apoio ao diagnóstico de complicações; Realização ou referência para ECG
1º atendimento de urgência	1º atendimento às complicações agudas e outras intercorrências; Acompanhamento domiciliar.
Encaminhamento dos casos graves para outro nível de complexidade	Agendamento de atendimento
Medidas preventivas e de promoção da saúde	Ações educativas sobre condições de risco (obesidade, sedentarismo); Ações educativas para prevenção de complicações (cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo, controle de PA e das dislipidemias); Ações educativas para auto-aplicação de insulina; Ações educativas para controle das patologias bucais buscando proporcionar condições para auto-cuidado.

Fonte: Guia Prático do Programa de Saúde da Família; Ministério da Saúde, 2002.

Deve-se, porém, ter clareza de que, apesar de prescrito, nem todas as unidades conseguem executar tais ações por condições peculiares próprias a cada uma. Muitas dessas limitações estão relacionadas à escassez de insumos principalmente materiais necessários para a operacionalização das referidas ações.

Um outro obstáculo é o despreparo e rotatividade das equipes. No primeiro caso, devido às poucas oportunidades dessas equipes participarem sistematicamente de cursos introdutórios e de educação permanente que fundamentem a prática desses profissionais; o segundo, é decorrente do que poderíamos chamar da precarização da inserção laboral dos membros da equipe, o que compromete a estabilidade dos mesmos, na medida que seus contratos nem sempre são renovados o que traz como consequência a não continuidade das ações.

Com isso, a preservação do vínculo, preconizado pela ESF, também pode se tornar prejudicada (COSTA; CARBONE, 2004) assim como o alcance do objetivo maior dessa estratégia, qual seja, reverter o modelo assistencial vigente.

Neste contexto de incertezas, preocupa nos principalmente a assistência a portadores de DM, que constituem um grupo de exige de cuidados e assistência durante longos períodos de suas vidas. E aí onde se faz *mister* então nos perguntarmos qual é a valoração e participação do núcleo familiar na assistência a esse grupo de pessoas portadoras dessa doença?

Na tentativa de respondermos essa pergunta, entendemos ser fundamental refletirmos sobre a importância que, dentro da política de saúde no Brasil, tem se dado à figura da família como célula a partir da qual se constitui a sociedade brasileira e unidade de análise e intervenção dentro das ações dirigidas não mais somente ao indivíduo mas ao núcleo familiar de uma forma mais completa.

Entendermos o conceito, constituição e papel da família na política de saúde hoje nos parece condição *sine qua nom* para antever suas reais possibilidades de participação ativa dentro do planejamento, execução e avaliação das ações previstas, neste caso específico, para o portador de DM.

3.3 A FAMÍLIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SUJEITO OU OBJETO NO PROCESSO DE CUIDAR DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS?

O núcleo familiar tem sido tema de reflexões desde a idade média, quando o modelo de família patriarcal adotado pela sociedade contemporânea foi estabelecido na burguesia (RIBEIRO, 2004). Contudo, as mudanças vivenciadas pela humanidade contemporânea, dentre elas o fenômeno da globalização, insere nas diferentes regiões do mundo novos conceitos de família que merecem ser destacados neste estudo.

Provavelmente, significado de família que hoje pode ser encontrado em na sociedade, pode ser diferente daquele padrão burguês adotado pela classe dominante da sociedade, onde a figura masculina representa o centro do núcleo familiar, provendo o necessário para o desenvolvimento e proteção dos outros integrantes. Os laços sanguíneos antes tão valorizados, agora passam a ter um papel secundário, e o valor atribuído a eles são dirigidos para a rede social ou rede de apoio do usuário dos serviços.

Neste contexto, Potter e Perry (2002, p. 314) introduzem um novo conceito de família como um “grupo de relacionamentos que o cliente identifica como família ou como uma rede de indivíduos que influenciam as vidas uns dos outros, quer existam, quer não laços biológicos ou legais reais”.

A partir desta definição, a família patriarcal burguesa se adapta às novas realidades, transforma-se e admitindo que outros padrões de socialização domiciliar recebam a denominação de núcleo familiar, sendo estes:

- ❖ *Família nuclear*: marido, esposa e filhos.
- ❖ *Família estendida*: inclui outros parentes (tias, tios, avós e primos), além dos membros da família nuclear.
- ❖ *Famílias de pais solteiros*: é formada quando um dos pais deixa a família nuclear por causa de morte, divórcio, ou ainda, se uma pessoa solteira decide ter ou adotar uma criança.
- ❖ *Família mista*: é formada quando os pais trazem crianças não-aparentadas provenientes de relações anteriores ou de adoção para uma situação de vida conjunta nova.
- ❖ *Padrões alternativos de relacionamento*: estes relacionamentos incluem os domicílios com múltiplos adultos, famílias de gerações saltadas, grupos comunitários com crianças sem famílias, parceiros que coabitam e casais de homossexuais

Segundo Ribeiro (2004) no cenário assistencial da ESF, a família pode ser abordada sob diferentes aspectos, a seguir: família/ indivíduo, família/ domicílio, família/ comunidade, família/ risco social, e família/ família, onde:

- ❖ **Família/domicílio:** a infra-estrutura material da família, as condições de cuidado desse ambiente são o foco de atenção;
- ❖ **Família/indivíduo:** a família é o cliente nominal, mas não o objeto de cuidado; tem papéis a desempenhar, deveres e responsabilidades para com o indivíduo em foco, e para isso necessita de orientação e treinamento. Interfere positiva ou negativamente no processo saúde doença do indivíduo;
- ❖ **Família/indivíduo/domicílio:** unem-se os sentidos/conteúdo de família/indivíduo e família/domicílio, diferenciando-se por ser focado, agora, num doente presente no domicílio ou em outros indivíduos sob circunstâncias específicas do processo saúde doença;
- ❖ **Família/comunidade:** a identidade familiar e processo de viver definem-se sob parâmetros universais provenientes do contexto, inserção social, do ambiente físico social da comunidade;
- ❖ **Família/risco social:** a atenção está dirigida às condições de um grupo específico de famílias, geralmente aquelas em exclusão social, que vivem em comunidades periféricas.
- ❖ **Família/família:** a família é o foco principal e real da atenção considerada em sua identidade, enquanto possuidora de um plano de simbolismos, emocionalidades, racionalidades, intencionalidades, pactuações, saberes, fazeres e necessidades.

A abordagem que vamos considerar na construção desta pesquisa é a de família/indivíduo/domicílio, já que este agravo pode afetar não apenas seu portador, mas todos os que convivem com ele, devendo estas pessoas estarem preparadas para lidarem de maneira satisfatórias com as peculiaridades e complicações envolvidas no processo de cuidado ao sujeito diabético.

O envolvimento do núcleo familiar nestas ações de cuidado se justifica pela influência da genética no desenvolvimento do diabetes tipo I, e pela influência do estilo de vida no diabetes tipo II. Uma vez instalado, o agravo requer controle rigoroso da alimentação, das taxas sanguíneas de determinados nutrientes, e a adoção de estilos de vida saudáveis, com realização de exercícios físicos e inspeção da superfície corporal.

O entendimento de família enquanto sistema está diretamente relacionado à compreensão de que o todo é sempre afetado por fatores relacionados às partes. Portanto, um

sistema familiar que apresenta um membro diabético, pode ser considerado como uma família diabética, já que as ações de saúde devem priorizar todo o núcleo. Faz-se necessário, porém, compreender que a perspectiva de cuidado está centrada na família, e não na doença, ou no indivíduo doente.

Por isso, as mudanças ocorridas no sistema familiar em função da patologia devem priorizar o equilíbrio entre seus integrantes, o ambiente e a condição econômica, já que de acordo com o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), para se ter saúde necessita-se de uma interação entre as condições econômicas, ambientais, sociais, educacionais e outros determinantes.

Assim como a saúde tem um conceito amplo e com uma perspectiva política, também devemos compreender a família como uma entidade política e social, e portanto prioridade dentro da estratégia de saúde. Neste sentido, não podemos mais conceber este núcleo como aquela família patriarcal delimitada pelas instituições político-econômicas, como a Igreja, no século XVII, que mais tarde se estende a quase toda a sociedade (RODRIGUES, 2008).

Na ESF, além de se compreender o núcleo familiar enquanto sistema, devemos também respeitar a visão que o cliente tem a respeito deste núcleo social, nos despidendo de nossos valores, e considerando os valores e saberes dos clientes. Com isso, os cuidados de estenderiam a rede social ou rede de apoio familiar.

É notória a diferença entre a relação profissional-usuário na rede básica e na rede hospitalar; o sujeito cuidado (portador de diabetes), quando hospitalizado, exerce uma postura baseada na relação de poder existente entre ele e o profissional de saúde, onde este se comporta como o único detentor de saber, e por isso, o único capaz de opinar a respeito de possíveis falhas na terapia estabelecida. Então, devemos deixar claro que, no ambiente hospitalar, o profissional decide a terapia medicamentosa e o plano de cuidados ao portador de diabetes através da prescrição, limitando a autonomia, colocando o cliente passivo no processo de tratamento.

Quando o cenário em questão é uma unidade básica de saúde, ou a unidade da saúde da família e inclusive seu próprio domicílio, nota-se uma maior autonomia exercida pelo usuário dos serviços, uma vez que as relações de poder entre ele e o profissional de saúde ficam relativizadas, o que amplia sua capacidade de autonomia e a possibilidade de decidir sobre seu próprio tratamento.

Esta negociação entre profissional e usuário, ainda que implícita, ou escrita apenas nas entrelinhas, foi analisada por Cunha (2007; p. 37) em uma de suas obras, quando o autor afirma que “embora a clínica na Atenção Básica seja muito complexa, não só pela

necessidade de entender o sujeito, mas também pela necessidade de negociação da terapêutica, as corporações tendem a negar esta complexidade”.

Aí está um dos aspectos que compõem desafios que se fazem presentes não apenas para os profissionais envolvidos, mas também para a própria ESF: o desafio de se estabelecerem pactos de confiança entre a clientela que passaria a ser vista como *sujeitos*, isto é, homens críticos, reflexivos, e democráticos, ou seja: homens autônomos, capazes de compreender e agir sobre si mesmos e sobre o contexto. (CAMPOS; CAMPOS, 2007).

Assim, entendemos o sujeito individual diabético, portador do agravo, como aquele capaz de entender o mesmo, seus determinantes e suas complicações, relacioná-los a seu contexto de vida, e agir sobre estes fatores. Da mesma forma se encontra a família do portador, sujeito coletivo diabético, co-habitante, estabelecendo uma relação de cuidado ampla e efetiva, que facilite o engajamento do sujeito individual no tratamento da patologia, sendo co-responsável pela saúde de todos os habitantes do domicílio.

Na realidade de uma família que possui um integrante diabético – família diabética –, as ações de envolvimento para que se lide melhor com o sujeito enfermo e suas peculiaridades decorrentes da patologia possuem um caráter muito mais abrangente e complexo do que se pode imaginar.

No mundo globalizado em que vivemos, com as influências fortes da mídia sobre aspectos relacionados aos padrões alimentares adotados por usuários e por suas famílias, existe um certo limite na influência que a equipe pode exercer sobre a adoção de hábitos saudáveis. Esta afirmativa é embasada no depoimento da Professora Starfield-Holtzman, que em entrevista à Revista Brasileira de Saúde da Família, afirmou que “o problema da obesidade é o grande, enorme poder das empresas multinacionais de alimentação, induzindo pessoas a comerem o que irá fazê-las engordar. (2008, p. 5)

E quando entramos nesta linha de raciocínio, chegamos facilmente ao desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo II, ou ao agravamento das condições glicêmicas do Diabetes Mellitus tipo I. Logo, percebemos que a conscientização e participação comprometida entre os sujeitos que cuidam e são cuidados, se tornam aspectos fundamentais na atenção básica, já que neste nível de assistência, o aspecto da co-responsabilidade usuário/profissional é o que vai delimitar, ou não, uma nova idéia de se pensar a assistência que parte do princípio da construção social da saúde.

Na cronicidade do DM, dialogar com o sujeito cuidado para que este compreenda que grande parte da efetividade do tratamento está na mudança de seu estilo de vida, se caracteriza como outro aspecto desafiador, já que para um diabético, os ambientes saudáveis serão o

domicílio – desde que a família esteja engajada numa convivência saudável com o portador do agravo - e a unidade de saúde, onde os profissionais estarão engajados na busca por uma convivência satisfatória entre a doença, o portador e sua família.

A condição econômica das famílias atingidas pelo agravo também pode influenciar positiva ou negativamente no controle da glicemia, e a conseqüente melhora ou piora do estado de saúde do diabético. Sabe-se que para se estabelecer um padrão alimentar saudável, sem a utilização de alimentos prejudiciais à saúde, é necessário uma utilização mais regulada do orçamento doméstico. O valor de alimentos dietéticos, por vezes, pode não ser acessível à maioria da população, principalmente quando grande parte deles não se encontra mais na faixa etária economicamente ativa.

Cunha (2007) defende os aspectos explicitados acima quando cita determinantes condicionados ao padrão alimentar que influenciam riscos de adoecimento, quais sejam:

- ❖ a estrutura econômica (possibilitando ou limitando o acesso aos alimentos);
- ❖ a estrutura familiar (com um padrão de relações definindo a divisão de trabalho, hierarquia, e hábitos);
- ❖ a cultura e a mídia produzindo necessidades e canalizando desejos;
- ❖ os desejos propriamente ditos (um tipo de comida pode ser objeto de desejo absolutamente vital, ou ter uma carga de transferência afetiva);
- ❖ a fisiologia, condicionada por fatores genéticos e ambientais, produzindo necessidades de algum tipo de alimento e outros.

Logo, percebe-se que estabelecer um hábito alimentar saudável envolve situações que podem fugir do alcance das equipes de saúde. Por isso a necessidade de envolvimento do núcleo familiar; para que o processo de adaptação do portador de diabetes com as novas condições de vida exigidas pela doença ocorra de forma menos dolorosa possível.

Como explícito no nome, a Estratégia Saúde da Família deve priorizar o núcleo familiar, encarado como sistema, priorizando o todo, já que a “decomposição das subpartes em partes, para que pudessem ser melhor compreendidas e cuidadas obscureceu a visão e o cuidado do todo” (OHARA; SAITO, 2008, p. 77).

Partindo deste princípio, pode-se considerar a importância da participação deste núcleo no cuidado destes indivíduos. Logo, identificamos no processo de cuidar a ação de dois sujeitos: o sujeito cuidador – representado pelos profissionais de saúde e potencialmente a família do portador, - e o sujeito cuidado – representado pelas pessoas a quem direcionamos o ato de cuidar -, estando este último não necessariamente numa posição passiva e

expectadora em relação a tratamentos e procedimentos relacionados à melhoria ou recuperação de sua saúde.

A família, por sua vez, quando percebida enquanto unidade participativa e integrante das ações de saúde, atua ora cuidando do familiar enfermo, ora cuidada pela equipe de saúde, de acordo com a relação estabelecida entre a unidade familiar e a equipe de saúde. Neste processo de cuidar, está presente a criação de uma co-responsabilidade nos cuidados à saúde.

Na integração das atitudes de cuidado, família pode tornar-se equipe, sendo reconhecida como sistema dinâmico que participa como apoio contínuo, na solução de problemas, aprendendo a realizar os cuidados necessários (LEITE; FARO, 2005).

A partir daí, acredita-se que o núcleo familiar estará capacitado a desempenhar sua função de maneira satisfatória, sem que qualquer um de seus integrantes seja colocado de lado em função da doença apresentada por um de seus integrantes.

De modo a evitar a sobrecarga de alguma parte do núcleo familiar, a equipe de saúde da família deve identificar os pontos fortes da mesma, para que as reais potencialidades sejam exploradas da maneira correta (WRIGHT; LEAHEY, 2002). Assim, cada integrante estará sendo respeitado, e encarado verdadeiramente enquanto sujeito participante do processo cuidador, sendo ao mesmo tempo cuidado.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada mediante as técnicas de observação e do roteiro temático (anexos 4 e 5). Este último foi utilizado para nortear o assunto a ser discorrido pelos depoentes, onde tópicos relacionados ao tema pesquisado, elaborados previamente, eram apresentadas para os sujeitos de pesquisa, e estes se encarregavam de discursar a respeito da temática apresentada. As respostas deram origem a quatro categorias de análise apresentadas a seguir:

- O pensar e o agir coletivo: um desafio para a equipe responsável pela saúde da família.
- A Família do Portador de Diabetes Mellitus: um parceiro fundamental para a equipe de saúde?
- O Portador de Diabetes Mellitus e a dialética do individual e do coletivo.
- A assistência ao portador de diabetes e o risco de medicalização em domicílio.

As respostas fornecidas foram agrupadas mediante os pontos de convergência encontrados, ou mediante a ênfase dada nas respostas, entendendo-se que a ênfase feita pelos depoentes expressa o quão significativo é aquele aspecto dentro do âmbito temático proposto. Uma questão importante a ser mencionada neste momento, é o número de vezes que os depoentes silenciaram.

Num total de trinta e dois depoimentos (quatro respostas de oito sujeitos), nove vezes o silêncio esteve presente, iniciando ou dando continuidade a uma resposta. Orlandi (1993) afirma em sua obra a respeito do silêncio que este pode ser parte da retórica da opressão e/ ou da resistência. O mesmo autor lembra que “quando não falamos, não estamos apenas mudos, estamos em silêncio; há o pensamento, a introspecção, a contemplação” (ORLANDI, 1993, p. 37).

Na dinâmica assistencial aos portadores de DM desenvolvidas na comunidade do Sereno, os grupos são realizados uma vez por semana, e os portadores têm a possibilidade de compartilharem uns com os outros experiências vivenciadas com a própria condição, ou com a condição de alguns familiares. As mudanças de estilo de vida, necessárias para uma boa adaptação à nova condição instalada junto com o agravo, são incentivadas durante a realização dos grupos semanais de DM e hipertensão arterial, onde a glicemia capilar é verificada. As consultas médicas e as visitas domiciliares foram outras ações também citadas durante a coleta de dados com os depoentes.

Mas, antes de iniciar as reflexões e comentários a respeito dos depoimentos, abro espaço para a inserção dos dados obtidos com a observação.

Ao observar o trabalho da equipe, sendo autorizada pela mesma a observar seu trabalho junto a portadores de Diabetes, percebi que, apesar de a equipe informar que não havia, no local atividades específicas voltadas para os portadores de diabetes e suas famílias, a observei a realização de grupo realizado semanalmente com hipertensos e diabéticos, onde os portadores dos agravos são ouvidos, orientados e atendidos. Os usuários participam ativamente, dando depoimentos e dividindo suas experiências com outros pacientes e/ou seus familiares que porventura estejam presentes.

Durante as visitas domiciliares, pude estabelecer contato com os ACS's, conversar e observar sua atuação. Percebi, a princípio, um desconforto por parte da equipe, que foi dando lugar a certa insegurança na forma de agir com a população adscrita.

Todos os membros da equipe se mostraram um tanto confusos no início das atividades, já que entravam nas residências perguntando se a pessoa que os estava recebendo era portadora de diabetes, ou se no domicílio havia algum portador da doença, fato que deveria ser do conhecimento da equipe. Isto reforça que a justificativa da ação parece ser a doença, e não a saúde daqueles usuários, o que os coloca longe da possibilidade de serem sujeitos.

O caso mais grave aconteceu quando, chegando a uma residência, o ACS que me acompanhava, solicitou a presença de um portador que já havia falecido. Naturalmente, o fato causou desconforto, e quando voltamos ao módulo, todos os integrantes da equipe presentes já comentavam o ocorrido.

Outra situação que merece relato é a pouca interação e integração entre a equipe e o núcleo familiar no momento da visita domiciliar. Os integrantes da equipe de saúde orientavam o doente para a observação dos pés, e o uso correto das medicações, mas, na maior parte das vezes, a família não participava desta atividade; ou seja, a visita domiciliar era direcionada ao portador do agravo, e não para os que com ele convivem. Apresentamos a seguir as categorias que emergiram nesta pesquisa.

4.1 O PENSAR E O AGIR COLETIVO: UM DESAFIO PARA A EQUIPE RESPONSÁVEL PELA SAÚDE DA FAMÍLIA

Esta categoria surge a partir do primeiro aspecto do roteiro temático (A equipe responsável pela Estratégia Saúde da Família no Complexo da Penha e a família do portador de diabetes mellitus). A Estratégia Saúde da Família como proposta de reorientação do modelo assistencial tradicional com demanda espontânea, para a atenção básica com demanda programada, se fundamenta em princípios e diretrizes do SUS, o que significa dizer que surge como possibilidade de concretizar o SUS dentro da sociedade brasileira a partir do núcleo familiar. Nesse sentido, a célula familiar, antes coadjuvante nas questões sobre saúde, agora passa a ser o principal sujeito cuidado da atenção básica.

Para que este ideal se operacionalize, faz-se necessário que os profissionais que compõem as equipes não apenas operem ações coletivas, mas principalmente pensem de modo coletivo. O pensamento coletivo dentro da equipe de saúde pode vir a facilitar a compreensão da família enquanto sujeito cuidado deste nível de atenção.

A partir dos pressupostos e das teorias sobre o processo de trabalho em saúde, do reconhecimento dos sujeitos envolvidos e da definição do que se constitui trabalho em equipe, podemos considerar que a atuação multiprofissional, desenvolvida sob as bases de uma equipe, é uma estratégia que tende a possibilitar uma atuação em saúde mais resolutiva e contextualizada segundo as necessidades trazidas pelos usuários no âmbito da saúde. Assim, o trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (SAITO, 2008; p.21).

Entretanto, o foco principal desta estratégia, a unidade familiar, não aparece de forma clara e específica nos depoimentos dados pelos sujeitos desta pesquisa. Na verdade, perceber-se enquanto membro de uma equipe única, responsável por encarar o núcleo familiar como o verdadeiro alvo dos serviços de saúde, é tarefa muito mais difícil do que separar os membros da família e tratá-los de forma individual.

Mas, exatamente pela complexidade da ação, e pela abrangência das situações de saúde encontradas, é que não se pode deixar de lado a importância da família e sua repercussão nos processos de adoecimento e de cura. Os aspectos culturais relacionados a este núcleo podem ser capazes de influenciar sobremaneira no estabelecimento do processo saúde-doença.

A estratégia saúde da família, como proposta de reorientação do modelo assistencial, capaz de atuar de forma preventiva e curativa, deve agir exatamente no local de inserção do sujeito cuidado: o domicílio, que abriga a célula familiar, seus costumes, crenças e valores.

Assim, é preciso resgatar o olhar sobre os indivíduos, suas famílias, e seus contextos de vida, identificando como as famílias existem, quem são, como são compostas, como funcionam, que papéis desempenham, quais são as forças que os grupos familiares constituíram ao longo de sua trajetória para co-construir o cuidado às famílias, reconhecendo-as, respeitando sua autonomia e favorecendo a resolução de seus problemas. (OHARA; SAITO, 2008; p. 77).

O plano de ação traçado pela equipe de saúde da família deve ser suficientemente amplo para alcançar não apenas o indivíduo enfermo, mas toda a sua rede familiar, já que esta tem total influência sobre o mesmo.

Nesse sentido, o portador de diabetes e seus conviventes devem se apropriar do plano de tratamento, e incorporar esta nova situação a suas vidas, de maneira a tornarem estas necessidades hábitos de vida, como tantos outros adquiridos durante esta trajetória.

Compreendendo que um agravo acometendo um indivíduo acomete sua família como um todo, devemos, enquanto agentes cuidadores, estender os cuidados e orientações a todos os envolvidos no processo de adoecimento. Por isso a importância de se reconhecer os pontos fortes na família: para que nenhum de seus membros se tornem sobrecarregados, sob o risco de se desenvolver a “tensão no papel de cuidador”, situação que pode prejudicar a relação de cuidado no âmbito familiar.

Da mesma maneira que, segundo Wright e Leahey (2002), a família deve ser entendida como um sistema, onde qualquer alteração em uma das partes afeta o todo, a equipe de saúde também deve se perceber como tal. Então, os pontos de convergência existentes nas profissões da saúde ficariam em evidência, e o agir coletivo teria chance de se concretizar.

Os depoimentos abaixo descritos configuram trechos extraídos dos roteiros temáticos no momento da coleta de dados, e podem comprovar o paradoxo existente no modelo que preconiza o trabalho em equipe como novidade na assistência, e que na prática termina reproduzindo discursos e práticas conservadoras do modelo tradicional, tal como expresso pelos depoimentos a seguir.

...a gente passa para os agentes a importância de eles estarem acompanhando os diabéticos... (E1)

A equipe é... Eu sou agente comunitário de saúde, e eu então sou um elo de ligação da comunidade para com o postinho. (...)Então, a minha missão em si, qual é? Estar sempre com eles e procurar saber o que eles precisam, né? (E3)

Acompanhando as pessoas, fazendo o controle da medicação, o controle do açúcar, da glicose, chamando para participar dos grupos que é importante. Saber se o açúcar está naquela faixa. (E4)

As formas de se trabalhar em equipe, muitas vezes distorcidas pelo ato de delegar funções, seja para outros profissionais do mesmo grau de escolaridade, ou para os trabalhadores com ensino médio e/ou fundamental, contribuem para o insucesso do trabalho em saúde, configuram o que se pode chamar de divisão social do trabalho.

Concordamos que, durante o desenvolvimento do trabalho na ESF, os agentes comunitários de saúde possuem mais disponibilidade para estar em contato com os diabéticos e hipertensos, devido à agenda de atendimentos prestados na unidade. Porém, o acompanhamento propriamente dito, no real sentido da palavra é de responsabilidade de toda a equipe de saúde multiprofissional.

Neste caso, as diferenças encontradas, na teoria e na prática do trabalho em equipe, provavelmente, possuem as raízes fixadas no processo de formação dos profissionais da saúde, onde as respectivas leis de exercício profissional delimitam de forma clara o que será desenvolvido pelos membros de cada categoria envolvida na ESF. Assim, seus integrantes levam consigo as dificuldades de se perceberem enquanto membros de um todo.

E quando citamos estas peculiaridades, não estamos querendo afirmar que o sujeito cuidado individual, representado pela pessoa usuária dos serviços de saúde, seja mal atendido ou não tenha suas necessidades sanadas. O que se quer ressaltar nesse tópico de discussão é o contraste entre o trabalho em equipe, preconizado pela estratégia, e o trabalho individual realizado pelos profissionais envolvidos na saúde da família da localidade estudada.

Quando a responsabilidade por acompanhar os diabéticos é de todos os membros, e apenas os agentes de saúde recebem esta incumbência, tornam-se claras a compartimentalização da clientela, a transferência de responsabilidades, e a delegação de funções que deveriam ser desempenhadas pela equipe como um todo.

Esta idéia originária de um modelo vertical de atendimento à saúde, onde existe uma separação entre os que delegam e os que são delegados, ganha força, e se torna quase natural para os integrantes da equipe.

Nesta confusão gerada pelo processo de trabalho cotidiano na ESF, o agir conjunto se torna quase utópico, ou seja, o trabalho em equipe pode ser explicada pelo desenvolvimento profissional, que fragmenta e compartimentaliza as ações, sejam elas quais forem. Mesmo em equipe, o agir conjunto se torna quase utópico. Carvalho e Ceccim (2007) defendem a idéia de que a separação de disciplinas e departamentos, na universidade moderna, deu origem ao

corporativismo das especialidades e controles burocráticos, que dificultam as práticas interdisciplinares.

Dentre os aspectos relevantes para confrontar a universidade hoje há o questionamento quanto ao espaço e tempo disponibilizados para a criatividade, quanto à flexibilidade nos seus ordenamentos e quanto à integração de conhecimentos, aspectos fundamentais para a formação de profissionais pensantes, objetivos insubstituíveis da universidade. Outro aspecto da formação, hoje, é que parece estar ausente do ensino o prazer do conhecimento, a alegria do trabalho coletivo e a responsabilidade social do profissional (CARVALHO; CECCIM, 2007, p.137).

Esta afirmativa parece se encaixar com a situação que encontramos na unidade-cenário estudada. O profissional que atua na saúde da família deve ser criativo o suficiente para criar condições de diálogo e interação tanto com o usuário dos serviços, quanto com a equipe com quem compartilhará idéias para a produção social da saúde.

A dificuldade do agir coletivo limita, então, as possibilidades de romper com a verticalização das ações em saúde e perpetuam as assimetrias nas relações entre profissionais de saúde e usuários, muito características do modelo tradicional. Neste sentido, entendemos legítimo denominar que, assim sendo, a ESF termina verticalizando uma proposta horizontal.

A predominância da prática hospitalocêntrica durante os anos que antecederam a reforma sanitária que originou o sistema único de saúde do Brasil parece continuar impregnada nos profissionais que atuam no setor e cujas práticas são fragmentadas e individualizadas, e inclusive terminam estimulando atitudes corporativas entre os membros das equipes, no sentido de reproduzir relações hierárquicas construídas no interior do setor saúde.

Esta verticalização parte não somente da equipe, mas também da população, que sem conhecer a hierarquia do sistema de saúde, ou a finalidade da ESF, continua valorizando o atendimento individual em detrimento do coletivo, priorizando a prescrição medicamentosa em detrimento da mudança de estilo de vida e do estabelecimento de um padrão de vida e saúde saudáveis.

A valorização do atendimento individualizado, ainda que seja necessário para a satisfação do usuário pode prejudicar atividades coletivas de incentivo à mudança de comportamento para o estabelecimento da saúde. A possível carência de uma visão voltada para o coletivo, com a utilização de estratégias coletivas para a resolução dos problemas encontrados coloca a ESF na posição de um “Posto de Saúde” tradicional, novidades e nem aderência nos pressupostos teóricos próprios da proposta.

Mesmo com a existência do grupo de diabetes e hipertensão, as práticas assistenciais encontradas na comunidade cenário desta pesquisa são aquelas encontradas nos manuais de

saúde oferecidos pelo Ministério da Saúde. Ainda no primeiro questionamento, encontra-se nos sujeitos o discurso da prática vertical da saúde, onde a equipe tem nas mãos o “poder” sobre o usuário. Embora o contato entre a família e a equipe se pareça com o exercício da horizontalidade pretendida na estratégia, o que temos claro é a prática vertical e medicalizada, caracterizando um “Programa” de Saúde da Família, ao invés da operacionalização de uma Estratégia, como mostrado no depoimento que segue.

... também é responsabilidade também do familiar, né? De estar sempre também ali vendo como é que está alimentação, se realmente ele está... como é que se diz? Se ele está seguindo as nossas orientações, né? Quem está dentro de casa também tem de estar vendo se ele está fazendo a dieta direitinho, se ele está tomando o remédio direitinho, se ele está cumprindo com os deveres do jeito que deve ser, conforme a gente passa para eles. Por que a gente aqui no postinho, a gente passa pra eles tudo direitinho como tem de ser, mas ele chega em casa e faz tudo diferente. Aí complica. (E6)

Mais profundo e eficaz que seguir as orientações fornecidas, é o estabelecimento do compromisso individual do portador de DM e da família com a saúde, pois núcleo familiar cuidando de um integrante é um núcleo familiar que cuida de si próprio, o que pode nortear as ações da equipe para investir nas ações de vigilância em saúde necessárias para monitorização das ações preventivas direcionadas para esta patologia. No contexto pesquisado, o que se observa é que os membros da equipe tomam para si uma responsabilidade que deve ser compartilhada, tal como aparece no depoimento a seguir.

Você quer saber a respeito do que a gente faz? A gente tem um grupo aqui de hipertensos e diabéticos, que acontece uma vez por semana, e eles comparecem e ficam sabendo como conviver com essa doença. (E8)

A gente dá orientação sobre a importância...(Silêncio) Na visita que eu faço, aí, se for uma pessoa diabética, a gente procura sempre estar orientando que eles têm de tomar o remédio, a importância do remédio. Desde o momento que a gente descobre uma pessoa diabética, uma doença crônica, a pessoa vai ter de tomar o remédio pro resto da vida. Aí tem de tomar o remédio. Dá orientação também da motivação do grupo para que ele venha até o módulo, no grupo, porque ele tem de saber sobre alimentação, sobre o exercício físico, sobre os cuidados que ele tem de ter com o diabetes. Os cuidados...eu faço isso tudo pra ele.(E4)

A realização de ações preventivas de educação em saúde, conforme prescrito para a atenção básica se faz necessária no manejo e tratamento de doenças crônicas, como a DM. O que se está querendo discutir é se a atuação das equipes se restringe ao que é preconizado, ou se é ampliada e direcionada à clientela adscrita. A novidade que justificaria a ruptura com o modelo biomédico é a realização de ações de atenção primária que não fossem realizadas por uma unidade básica comum.

O que parece é que o fornecimento de informações substitui a inserção parcial na realidade do sujeito cuidado a fim de uma busca pela resolução das situações desfavoráveis.

O impacto que o diagnóstico da doença causa no portador e na família é grande e merece especial atenção por parte da equipe de saúde por exigir mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida, aspectos relacionados diretamente com a qualidade de vida do diabético e do meio onde está inserido.

Além destes fatores, existe uma questão delicada que envolve a relação profissional entre os integrantes da equipe. Sob as vestes da horizontalidade, se escondem profissionais de nível superior que, teoricamente, se responsabilizam, orientam, e supervisionam o trabalho de agentes comunitários de saúde. Estas “ilhas do saber” personificadas por profissionais, quando assumem uma posição destacada em relação aos outros integrantes, acabam por fomentar a verticalidade da estratégia dentro da equipe. A respeito, Sallum, diz que

estamos re-editando o atendente de enfermagem, romanticamente chamado de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e que, explorado na sua solidariedade social, ganha mal, para sob o comando da enfermeira, realizar o trabalho manual tão próprio da força de trabalho que se vende para o projeto de acumulação do capital; re-edita-se assim a dicotomia entre o trabalho intelectual e manual, de que tanto falaram nossas teses da década de 80 (SALUM, 1999, s/n).

“Ilhas de saber”, que dentro da realidade proposta, deveriam se articular, para que a interdisciplinaridade das práticas de saúde se efetive. Hoje, o que vemos neste cenário assistencial são consultas médicas, de enfermagem, de odontologia, a realização de curativos, aferições de pressão arterial, aplicações de vacinas. Durante as práticas características da atenção básica – grupos de educação em saúde, palestras... -, na maior parte das vezes, apenas um profissional fica responsável pelo desenvolvimento da atividade, em conjunto com os trabalhadores da saúde nomeados agentes comunitários.

É lógico, o médico não participa diretamente porque tem as consultas marcadas e a demanda para ele atender. O enfermeiro, o agente comunitário de saúde e os residentes ajudam bastante. (E3)

Esta postura adotada pelo profissional de medicina da unidade pesquisada não se adequa às características da Estratégia Saúde da Família; ao contrário, coloca este cenário assistencial a posição de uma unidade com o modelo de pronto-atendimento em saúde.

Esse comportamento de aproveitar as qualidades profissionais em atividades não exatamente próprias da ESF pode ter origem no gestor local, que coloca a responsabilidade de gerir a unidade no graduado em enfermagem, o que pode causar sobrecarga deste profissional. Sabemos que, de acordo com a portaria 648/06 do MS, que regulamenta a Atenção Básica em saúde, que “as atribuições específicas dos profissionais da atenção Básica deverão constar na normatização do município”. Porém, como se trata de um processo de trabalho não

hierarquizado, a presença de um suposto chefe pode colocar em xeque a integração dos atores envolvidos.

O trabalho é muito bom. A gente faz tudo que manda o figurino. Tudo direitinho conforme eles mandam a gente fazer, entendeu? (E6).

Com isso, a unidade da equipe acaba comprometida, e a prática dos profissionais membros da equipe acaba fragmentada e pouco resolutive, o que se traduz em baixos índices de impacto da referida estratégia. O saber compartilhado entre profissionais e clientela se torna quase utópico, uma vez que a priorização do modelo de demanda espontânea de consultas não permite aos sujeitos envolvidos o processo de construção da saúde o estabelecimento de relações de parceria e cooperação porque o foco central do modelo continua priorizando a doença.

4.2 A FAMÍLIA DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS: UM PARCEIRO FUNDAMENTAL PARA A EQUIPE DE SAÚDE?

Como foi dito anteriormente, o núcleo familiar do portador de diabetes possui a peculiaridade de conviver com um integrante que requer maiores cuidados no que diz respeito à saúde. Questões que para as pessoas que se mantém com a glicemia dentro dos valores normais se tornariam corriqueiras, para o diabético exigem maiores cuidados e atenção.

Doença silenciosa, e causadora de grande sofrimento social e psicológico, o diabetes pode atingir não apenas seus portadores, mas também aqueles com quem convivem. Por isso, atitudes cuidadoras devem atingir a todos, de modo que ocorra uma verdadeira incorporação de comportamentos saudáveis perante esta doença crônica. Tanto os portadores de diabetes quanto suas famílias, se devidamente capacitados, poderão participar ativamente das ações relacionadas ao cuidado com esta doença, exercendo, assim seus verdadeiros papéis de sujeitos ativos e participativos das questões de saúde.

Diabéticos e familiares devidamente empoderados, podem se envolver mais nos aspectos relacionados ao cotidiano, que influenciem na saúde de ambos, e com uma boa formação de vínculo entre estes e a equipe de saúde da família, cuidadores e cuidados encontrarão na própria comunidade as soluções para os problemas que a assolam.

A importância do grupo familiar também foi citada nos depoimentos dos sujeitos desta pesquisa. Quando questionados a respeito da importância da família do portador de diabetes, 7 sujeitos (87%) atribuíram grande importância ao núcleo familiar, seja pelos aspectos emocionais que cercam a patologia, seja pelos cuidados prestados pelos integrantes deste grupo.

Eu acho que a família tem de participar (do grupo) para saber como lidar com certos problemas, certas doenças do diabético. (E4)

A gente tenta envolver todo mundo, né? Para isso é saúde da família. Porque a família ajudando, orientando, até fazendo uma certa pressão, a pessoa se cuida, se trata, se dedica, controla a alimentação do jeito que deveria ser. Porque eles sozinhos, às vezes são meio relutantes. (E7)

É fundamental para o cuidado do usuário, para ajudar a reforçar as orientações que muitas vezes as pessoas não sabem cuidar de sua saúde, ou às vezes não estão com as suas faculdades mentais plenas para entender as recomendações dos profissionais. (E5)

Embora quando questionados a respeito da equipe de saúde e o portador de diabetes mellitus na área pesquisada os sujeitos terem demonstrado certa dificuldade para o pensamento e a ação coletiva, quando a temática foi a importância da família, 7 de 8 sujeitos, o que representa 87,5% da equipe estudada, apresentaram a família como essencial nos cuidados cotidianos dos portadores de diabetes.

No entanto, este fato se torna paradoxal quando a equipe que exerce suas atividades assistenciais junto a estes usuários no seu dia-a-dia termina assumindo sozinha a responsabilidade de seu cuidado, deixando às famílias uma possibilidade limitada e quase periférica no cenário de vida cotidiana do usuário e sua relação com a doença.

A participação da família fornecendo suporte emocional, participando do processo de adaptação do diabético com sua nova realidade, e incorporando as necessidades alimentares do enfermo às suas pode minimizar os fatores excludentes do diabético em seu meio social. Isto pode contribuir com a socialização deste membro da família, que tende a se isolar com o descobrimento da doença.

No entanto, ainda ao verbalizar suas experiências particulares de vida, os membros da equipe reforçam este isolamento da família perante a situação do portador de diabetes, tal como apontado no depoimento a seguir. Esta mudança de discurso tão marcante pode se dever ao fato de que 50% dos depoentes possuem na família um ente diabético. Assim, o olhar continua individual, já que ele pode partir das experiências de próprias de cada um.

Igual lá em casa, minha mãe é diabética; eu sei de alguma coisa porque eu acompanho ela, mas minhas irmãs não sabem de nada. Se ela tiver de pedir um

remédio, o nome ela não sabe. Se ela passar mal e tiver de dar um remédio, elas levam a caixa toda, ou se não dar qualquer um outro. Eu achava que a família toda, não só o diabético, tinha de participar do grupo; cada dia que tivesse grupo, vinha uma pessoa da família. Eu achava que também é muito importante saber, entendeu? Porque na hora precisa de uma emergência, precisa que pegue o remédio, dar uma orientação, uma informação, aí não sabe, entendeu? Eu achava que todo mundo da família, da casa, deveria estar na ponta da língua saber o que pode, o que não pode.
(E4)

Entendemos que este engajamento deve ser estimulado pela própria equipe, que durante o relacionamento com a família, pode criar oportunidades para uma discussão a respeito da convivência saudável com a doença. A partir do momento em que o conhecimento acerca do agravo seja criado e estimulado no núcleo familiar, poder-se-á dizer que este grupo estará preparado para lidar com as possíveis situações adversas do cotidiano do portador de diabetes e aqueles com quem convive.

Dessa forma, poderíamos dizer que a família estará preparada para superar situações estressoras e, após o término destas, se perceber fortalecida. Assim, introduzimos nesta discussão o conceito de resiliência, que de acordo com Yunes (2003), é frequentemente referida por processos que explicam a superação de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações.

Com isso, compreendemos que a equipe da ESF pode contribuir para tornar este núcleo capaz de passar por situações adversas e, mesmo assim se fortalecer, na medida em que esclarece dúvidas surgidas, e proporciona à família as condições de enfrentar situações que exijam coesão, solidariedade, paciência e demais valores dentro das relações do núcleo familiar.

Preparado para lidar com as situações e instrumentalizada no que diz respeito ao tratamento, a família diabética poderá se apropriar da situação e da terapia de maneira a reduzir os impactos negativos do agravo no núcleo familiar.

Assim, na medida em que todos os integrantes do sistema se tornam preparados para uma convivência saudável com o diabetes e suas complicações, instaladas no portador integrante do núcleo, poderemos afirmar que esta família se encontra realmente envolvida nas ações de cuidado ao portador de diabetes.

O domicílio pode ser transformado num ambiente saudável, a partir das transformações e adaptações de seus moradores, se tornando, desta forma, um local de proteção e acolhimento, não apenas para o portador de diabetes, mas para toda a família. As sensações de segurança e o cuidado do portador de DM podem ajudá-lo a vivenciar esta experiência sem perder a possibilidade de viver com maior qualidade de vida.

4.3 O PORTADOR DE DIABETES MELLITUS E A DIALÉTICA DO INDIVIDUAL E DO COLETIVO

Esta categoria de análise surge associada à necessidade de discorrer sobre se o portador de diabetes deve ser priorizado dentro do núcleo familiar, ou ser visto como mais um membro da família, que por sua vez, integra um conjunto de famílias da microárea.

Entendemos que as privações sofridas pelos portadores de diabetes mellitus, muitas vezes, podem ser mais significativas sob o aspecto social do que sob o aspecto alimentar. Sem dúvida, as restrições alimentares são significativas, mas quando se trata do enfoque social, não se pode deixar de lado as repercussões que a doença insere no cotidiano do diabético.

Algumas modificações no estilo de vida necessárias para uma melhor adaptação do portador ao agravo, podem ser mais difíceis de serem operacionalizadas em função da rede ambiental e social do diabético. Por isso alguns atingidos pelo agravo têm chance de se tornarem resistentes às mudanças necessárias ao estabelecimento de um padrão de vida saudável, se privando, inclusive, dos momentos de lazer que compartilham com familiares e amigos considerados saudáveis, tal como ilustra o depoimento a seguir.

... Agora, estes diabéticos não têm o costume de ter lazer, se isolam. Eles geralmente ficam muito em casa, não saem pra nada.(E1)

O isolamento social, mesmo quando ocorrido dentro do seio familiar, contradiz a proposta de inclusão e participação no tratamento de determinados agravos, dentre eles o diabetes. A relação que o sujeito cuidado estabelece com o meio em que vive é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Na saúde da família, os usuários podem ser atendidos de maneira igualitária, de acordo com as peculiaridades características de cada agravo. Porém isto não ficou claro no depoimento a seguir:

É atendido como qualquer outro paciente. Porque aqui é saúde da família, não trata de pacientes como partes, trata como um todo. Então ele é tratado como qualquer outro paciente, tentando controlar e compensar ele.(E7).

Apesar coerência contida neste discurso, percebemos certa inadequação no que diz respeito ao tratamento de um portador de doença crônica. Priorizado pela estratégia e pelo MS devido ao potencial limitante da doença, quando se trata um portador de DM como *qualquer outro paciente*, estamos negando a doença e todos os aspectos mórbidos contidos nela. Por

apresentar situações peculiares, este usuário não pode receber o mesmo tratamento que outros sujeitos não portadores do agravo em questão.

Defendemos a equidade, mas compreendemos que numa realidade de anos de (con) vivência com fatores capazes de alterar a qualidade de vida e sobrecarregar a equipe de saúde e a família devido às complicações iminentes, o diabético merece e precisa de atenção especial para que não sucumba às apelações alimentares do mundo globalizado, e mantenha um padrão de vida saudável. Portanto, entendemos que o diabético deve ter uma atenção diferenciada.

Por estes motivos, o portador de diabetes merece ter especial atenção no que diz respeito à saúde bucal, a testes de sensibilidade dos membros inferiores, a atividades voltadas para re-educação alimentar – atividade que já ocorre na unidade, sob o nome de cozinha experimental -, e outros relacionados ao agravo em questão.

Mas além destas limitações características da doença, existe ainda certo preconceito sofrido pelos portadores, e relacionado ao agravo apresentado. Aspectos físicos erroneamente associados ao diabetes e a seus atingidos são apresentados pelos integrantes da equipe entrevistada como um estigma carregado pelos diabéticos, tal como colocado por um dos membros da equipe.

Não chega aqui pacientes diabéticos com problemas no pé, visivelmente, né? Aquela magreza, são pessoas até bonitas, que ninguém diz que são diabéticas. (E8).

O que percebemos neste depoimento é a atribuição de características relacionados aos aspectos físicos aos diabéticos, como se a doença mostrasse qualquer sinal físico diferente da hiperglicemia. Neste caso, pior que o estigma da aparência é a desinformação; porque se uma equipe de saúde confunde tanto assim um agravo, de que maneira este portador está sendo cuidado? Como os envolvidos no processo cuidativo do núcleo familiar diabético tecem tais comentários a respeito de sua clientela? O que percebo é que, talvez, falte informação sobre os malefícios da estigmatização de pessoas e coletividades. O isolamento social é o fator que prejudica o tratamento de agravos, sejam eles quais forem.

4.4 A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DIABETES E O RISCO DE MEDICALIZAÇÃO EM DOMICÍLIO

Pelas condições sociais e econômicas dos sujeitos cuidados da comunidade estudada, os programas sociais de inclusão também foram citados pelos profissionais entrevistados nesta pesquisa. As iniciativas governamentais do Bolsa Família e do Remédio em Casa aparecem aqui como uma forma de diminuir a desvantagem social que se deposita sobre os diabéticos da comunidade em questão.

O Bolsa Família, iniciativa do governo federal para auxiliar famílias de baixa renda, e o remédio em casa, iniciativa municipal de distribuição de medicamentos utilizados por portadores de doenças crônicas, são usufruídos pelos moradores da comunidade, situada, tal como explícito no depoimento da seguir.

... é uma comunidade que recebe o Bolsa Família. Os diabéticos aqui têm possibilidade de receber o Bolsa Família. (...) Nesse momento, nós estamos com uma boa doação de remédio da prefeitura, e o Posto XI deu pra gente o “remédio em casa”. (E1)

Estas iniciativas, louváveis por possibilitarem de certo modo, a operacionalização de inclusão social, parecem medicalizar a estratégia. A questão do medicamento, importante, porém não principal quando se fala em atenção básica, foi citada por 2 (25%) dos interpelados. Apesar disso as atividades em grupo realizadas no módulo apareceram em 4 das respostas apresentadas (50%), mas como uma forma de verificar a medicalização.

A prefeitura tem o programa do remédio em casa, que parece que está agora “centralizado” para os PSF’s e controle desse remédio, nós temos que estar atentos por que os hipertensos como os diabéticos não fiquem sem os remédios deles. E nesse grupo a finalidade também é essa: controlar os remédios dos diabéticos. Uma das finalidades do grupo é justamente esta, é trazer os diabéticos para o módulo para ajudar a controlar a diabete deles ver se eles tornam o remédio direito. (E3).

Reconhecemos a importância do fornecimento de medicamentos a portadores de doenças crônicas; mas sabemos que tão importante quanto o fornecimento do remédio é a conscientização do usuário e de sua família de que a terapia medicamentosa também exige compromisso da parte do usuário, e este é só um dos aspectos contemplados dentro das medidas terapêuticas próprias as doença.

Esta relação de (in) dependência entre a equipe e o usuário é frágil, no sentido de que o medicamento prescrito será utilizado a partir do momento em que o portador do agravo tiver disciplina e compromisso com sua saúde, mesmo que o medicamento chegue à residência do

portador de diabetes. Por isso a necessidade de situar sujeito cuidado individual- portador – e sujeito cuidado coletivo – núcleo familiar do portador – para uma convivência saudável com o DM.

a gente poderia dizer que em matéria de medicação para o diabético nós estamos dando assistência, além de atendimento estamos fazendo a dosagem com as fitas para aferir a glicemia na captação e no acolhimento na estratégia (E5).

Como dito anteriormente, a realização de consultas médicas e distribuição de medicamentos não garantem um tratamento ideal do diabetes e de outras doenças crônicas. A fim de um maior e melhor controle da doença, pode-se afirmar que o aspecto principal e fundamental é a adesão ao tratamento praticada pela população portadora do agravo. O núcleo familiar tem sua participação definida e classificada com essencial, mas a questão individual de se comprometer com o cuidado à saúde será estimulada e resgatada através do vínculo estabelecido entre usuário e profissional.

A assistência ao portador poderá se tornar completa a partir do momento em que a equipe negociar com o paciente um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do paciente (BRASIL, 2006, p. 11).

Os grupos representam uma oportunidade para a troca de experiências entre os usuários de um serviço de saúde. Geralmente, são utilizados em instituições de atenção básica, seja no nível primário da prevenção e promoção de saúde, ou no nível terciário da reabilitação.

No caso da diabetes mellitus, os grupos podem ser utilizados como uma maneira de os portadores se encorajarem e adquirirem um espaço para a convivência com outras pessoas que compartilhem das possíveis angústias e fatores estressores em função da doença que possuem. Para a equipe de saúde envolvida no tratamento destas pessoas, a reunião de vários pacientes num mesmo local possibilita um atendimento coletivo para os possíveis problemas comuns.

Dessa maneira, os grupos de pacientes configuram, para a equipe de saúde, uma forma de realizar ações educativas voltadas para um grupo específico de sujeitos cuidados. No caso da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família da comunidade do Sereno, quando questionados a respeito das ações da equipe junto ao portador de diabetes, 5 sujeitos (62,5%), citaram os grupos.

As ações que a gente faz são as visitas domiciliares, grupos de educação em saúde e prevenção de agravos, inclusive do pé diabético. A gente sempre fala. Nós temos também o grupo de nutrição e re-educação alimentar; toda segunda-feira a gente faz várias receitas diet e light com eles... (E1)

... Nós todos no dia do grupo, a gente participa diretamente; o médico dá um apoio numa emergência, mas toda a equipe está engajada no atendimento do hipertenso e do diabético... (E3)

Ações preventivas; além das visitas domiciliares, são feitos grupos, por microárea, acompanhamento tanto dos diabéticos quanto dos hipertensos. (E5)

As consultas médicas e ações preventivas apareceram, cada uma, em 2 (25%) dos depoimentos; visitas domiciliares foram citadas em 4 vezes, isto é em (50%) dos depoimentos desta pesquisa. Um dos depoentes (12,5%) citou ações específicas e individuais do diabético para o seu próprio cuidado.

Embora possa parecer redundante, as ações citadas não abordam o desenvolvimento do vínculo entre a equipe de saúde e a clientela atendida. Mais uma vez, compreendemos a grandeza das atividades realizadas em grupo, mas estas pouco efeito possuem se o caráter ampliado do atendimento à doença não for contemplado.

As ações cuidativas deveriam estar centradas na realidade sócio-econômica das famílias atendidas, para que as mesmas tenham subsídio para colocá-las as orientações em prática. Numa comunidade de baixa renda, como esta, os sujeitos assistidos possuem autonomia até o momento em que as questões financeiras se sobrepõem aos aspectos que envolvem qualidade de vida.

E quando abordamos o aspecto econômico, fazemos referência, inclusive, à terapia medicamentosa, já que embora a unidade operacionalize o Programa Remédio em Casa, alguns fármacos não estão padronizados pelo MS, não sendo distribuído nas unidades, principalmente quando se faz necessário o tratamento das co-morbidades. Por outro lado, no momento em que existe uma apropriação do tratamento por parte do portador e de sua família, não é o fato da medicação não ser distribuída que fará com que a mesma não seja ingerida.

Estas questões são peculiares, porque envolvem um compromisso estabelecido entre o portador e si mesmo, que é o compromisso de viver com saúde, independente dos agravos instalados. Estabelecer uma vida saudável, mesmo quando o ambiente oferece resistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Durante a realização desta pesquisa, vários aspectos relacionados à assistência do diabético e seu núcleo familiar foram levantados. A família, enquanto núcleo atuante e alvo de uma estratégia de saúde foi contemplada e analisada nesta pesquisa, aspecto que entendemos de relevante reflexão na prática do cotidiano do saber fazer a produção social da saúde dentro do SUS, em particular na Estratégia Saúde da Família.

Para isto, o sujeito coletivo alvo da assistência deve ser compreendido de duas formas: como sujeito cuidado, isto é, receptor de ações cuidativas, e como potencial sujeito cuidador, ou seja, realizador destas ações. Dessa forma, a estratégia considera e respeita os determinantes sociais, econômicos, ambientais, individuais e coletivos da saúde, permitindo um atendimento integral e resolutivo.

A equipe, enquanto sujeito formalmente cuidador, e a família enquanto sujeito potencialmente cuidador devem atuar de forma sintonizada e em parceria para otimizar os resultados de sua atuação junto aos sujeitos cuidados.

Na ESF, pela necessidade e priorização do trabalho em equipe para uma assistência integral e interdisciplinar, tanto usuários (indivíduos e famílias) quanto equipes (sujeitos cuidadores), devem ser encarados e percebidos enquanto um sistema, para que a totalidade das ações atinja um nível de resolutividade adequado. Esta forma ampla de encarar os sujeitos envolvidos no processo de cuidar pode tornar as ações mais específicas e personalizadas, já que além dos aspectos característicos da patologia, serão consideradas também, as particularidades de cada família.

A equipe, no amplo sentido da palavra, deve tomar decisões em conjunto, otimizando as contribuições de cada membro envolvido, dando um caráter realmente interdisciplinar à Estratégia Saúde da Família. Dessa maneira a riqueza do processo cuidativo eficaz na Atenção Básica em saúde poderá envolver os sujeitos cuidados nas ações individuais e coletivas para a melhoria do estado de saúde, fortalecendo o vínculo entre usuários e profissionais.

Para tal, cada profissional envolvido deverá estar despido de todo e qualquer pré-conceito que possa interferir no cuidado ao portador de doença crônica. Pensamentos distorcidos a respeito do diabético e pré-conceitos relacionados à capacidade de apreender orientações, modificar hábitos de vida e saúde, e relacionados a aparência física deste

indivíduo devem ser sumariamente extintos, de modo a permitir um atendimento completo e de qualidade a esta clientela.

Nesta perspectiva, a equipe responsável pela saúde da família, sujeito coletivo, poderá melhor compreender a realidade apresentada por cada domicílio, e em conseqüência, por cada sistema familiar, ampliando, assim, o impacto do trabalho em saúde.

Isto posto, salienta-se a necessidade de construir relações horizontais, que superam as relações hegemônicas, dentro da equipe e dentro do setor, para serem sujeitos cuidadores da saúde, com vivências e saberes próprios, com a possibilidade de formação de vínculo com a clientela adcrita, facilitado pela inserção parcial na realidade apresentada pela comunidade. A dificuldade de se trabalhar em equipe tem início quando atitudes corporativas e hierárquicas tomam o lugar de atitudes e decisões conjuntas, discutidas e elaboradas coletivamente.

Por isso, a família envolvida e engajada no cuidado à saúde de seus membros, pode e deve ser incorporada à equipe, dentro da perspectiva da ESF, porque pode contribuir fornecendo informações relevantes e subsídios para o estabelecimento do compromisso entre profissionais e indivíduos atingidos pelo diabetes.

A atuação consciente e global do núcleo familiar no cuidado dos que co-habitam, ajustados às soluções terapêuticas e de fundo científico da equipe, completam a participação da família no processo de tratamento do indivíduo atingido por esta doença, tão potencialmente diminuidora da qualidade de vida, e é exatamente por este motivo que o diabético deve ser cuidado a partir da complexidade que o caracteriza dentro do contexto familiar em que se insere.

Aspectos ligados às relações estabelecidas dentro deste sistema também norteiam as atuações das equipes, na medida em que delimitam a entrada do setor público num ambiente privado. Esta peculiaridade, presente em todos os princípios da estratégia, define a importância deste modelo de atenção à saúde. Os limites estabelecidos pela família podem estar fundamentados nos valores presentes nas particularidades da vida das pessoas em questão.

Aí está uma das principais diferenças entre o cenário hospitalar, onde os profissionais podem exercer uma relação de poder sobre o sujeito cuidado através da prescrição das terapias utilizadas na assistência, enquanto a atenção básica, onde a co-responsabilidade do sujeito cuidado é determinante para o sucesso do tratamento, porque é parte integrante do compromisso individual e coletivo para o estabelecimento da saúde.

Não apenas o portador, mas toda sua família devem ser entendidos como um todo e suas partes, respeitando-se todas as suas peculiaridades. Com isso, as únicas diferenças impostas pela patologia estão relacionadas às peculiaridades orgânicas próprias da doença.

Lembramos também que a assistência a estes usuários deve ser integral e ampliada, respeitando-se a importância da terapia medicamentosa, mas também estimulando a responsabilidade individual do portador e da família no compromisso de cuidar da saúde. Para que isto ocorra de maneira plena, deve-se ter clareza da amplitude do trabalho em saúde da família, que se diferencia dos outros modelos pelo caráter peculiar da formação de vínculo entre usuários e equipe.

Esta nova forma de se encarar o núcleo familiar, na sociedade brasileira, dentro deste modelo de atenção à saúde causa a necessidade profissional compreensão e se adaptação aos novos modelos de família.

Além disso, a equipe precisa se perceber também como uma unidade, assim como o núcleo familiar, onde cada integrante possui participação ativa e importante para o desenvolvimento do trabalho. Caso contrário, a autonomia supostamente existente na estratégia de reorientação de modelo assistencial do SUS continuará reproduzindo o antigo modelo excludente, privatista e curativista, em detrimento da proposta da Atenção Básica de Saúde.

Por isso, dizemos que a pesquisa contribui para o estabelecimento de um novo olhar para o portador de doenças crônicas, e seu núcleo familiar, a fim de garantir a qualidade de vida de ambos, e assim, diminuir o grau de sofrimento imposto pela patologia.

Isto posto, permanecemos com a certeza de que podemos acreditar na mudança, que apesar de lenta e árdua, para ser operacionalizada, apenas necessita de coragem e persistência.

REFERÊNCIAS

ALVES, J.E.D. **A definição da família convivente do IBGE: cuidados metodológicos necessários**, 2005, sem página.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência: Filosofia e Prática da Pesquisa**. São Paulo: Ed Thomson, 2006.

ATHANIEL, M.A.S.; SAITO, R.X.S. **Saúde do adulto – doenças e agravos não transmissíveis: hipertensão arterial e diabetes mellitus** in *Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade*. São Paulo, Ed. Martinari, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/ 1996.

_____, _____. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Governo Federal, 2002.

_____, _____. **Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes**, disponível em <http://hiperdia.datasus.gov.br/hipercadinstprop.asp> acesso em 12/08/07.

_____, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Dados sobre Diabetes Mellitus no Brasil**. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/imprensa/estatisticas/index.php> acesso em 18/08/07.

_____, **Cadernos de Atenção Básica**, n. 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos, Ministério da Saúde, 2006, disponível em www.saude.gov.br/dab, acesso em 18/02/2009.

BRUNNER ; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 9ª edição, Rio de Janeiro, editora Guanabara Koogan, 2002.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. **Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva**, In: **Tratado de Saúde Coletiva** – Organização: CAMPOS, G.W.S. , MINAYO, M.C.S, AKERMAN, M., DRUMOND Jr, M., CARVALHO, Y.M; Editoras Hucitec e Fiocruz, São Paulo – Rio de Janeiro, 2007.

CIANCIARULLO, T. I. **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais**. Petrópolis, RJ; Ed. Vozes, 2006.

CORBO, A.D; MOROSINI, M.V.C. **Saúde da Família: História Recente da Reorganização da Atenção à Saúde**, in Textos de Apoio em Políticas de Saúde – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (organização). Editora Fiocruz, 2005.

COSTA, E.M.A. e CARBONE, M.H. **Saúde da Família – uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio ed, 2004.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Ed. Hucitec 2ªed; São Paulo, 2007.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Ed Nova Fronteira, 1975.

LEITE, V.B.E; FARO, A C M e. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1,Mar 2005

OHARA, E. C. C e SAITO, R. X.S **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**, Ed Martinari, São Paulo, 2008.

ORLANDI, E.P. **As formas do silêncio no movimento dos sentidos**. 2 edição. São Paulo, editora da UNICAMP, 1993.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Prevenção de Amputações em Diabéticos na cidade do Rio de Janeiro** – Secretaria de Saúde, 2002. disponível em www.saude.rio.rj.gov.br. Acesso em 03/11/2006.

_____, **Amputações de Membros Inferiores na Cidade do Rio de Janeiro, janeiro a dezembro de 2000** – Secretaria de Saúde, 2001. disponível em www.saude.rio.rj.gov.br. Acesso em 03/11/2006.

_____, **Cartilha Saude Familia**. Secretaria Municipal de Saúde, 2005. Disponível em <http://www.tcm.rj.gov.br/> ; acesso em 28/08/2007.

RIBEIRO, E.M. **As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família**. v.12 n°4 Ribeirão Preto jul/ago 2004.

RODRIGUES, C.R.F. **Famílias como unidade de cuidado em saúde: subsídios para o ensino/ prática em graduação**, in Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade. Organização Elisabete Calabuig Chapina Ohara e Raquel Xavier de Souza Saito, editora Martinari, São Paulo, 2008.

SOUZA, N.R.; DALLALANA, T.M. Enfoque sistêmico: uma discussão sobre mudanças de modelo no PSF. **Revista Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.6, n.2, p.154 – 165, mai/ago, 2004.

STARFIELD-HOLTZMAN, B. **Revista Brasileira de Saúde da Família** – Mais Saúde da Família (entrevista); Ministério da Saúde Ano IX- janeiro a março de 2008.

TEIXEIRA, C.F, **Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da Atenção e Saúde**, in Revista Brasileira De Saúde da Família; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Dep. Atenção Básica. Edição especial, ano V, nº 7, janeiro a abril de 2004.

TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa** 2ªed. Editora Vozes. Petrópolis, 2003.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias – Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família**. 3ª edição; São Paulo, Editora Rocca, 2002.

YUNES, M.A.M. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 8, num. esp., p. 75-84, 2003

Anexo 1**Carta de Solicitação ao Comitê de Ética em Pesquisa**

Prezado Chefe do Comitê de Ética em Pesquisa

Venho por meio desta solicitar sua autorização para utilizar como cenário de coleta de dados de meu trabalho de pós-graduação em Enfermagem – mestrado – da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, a Estratégia de Saúde da Família localizadano Complexo do Alemão, município do Rio de Janeiro. Os objetivos da pesquisa são: identificar ações da equipe de saúde da família no tratamento e controle do Diabetes Mellitus; verificar a maneira pela qual o núcleo familiar é estimulado a participar destas ações pela equipe de saúde da família.

A fim de atingir aos objetivos supracitados, pretendo realizar observação da atuação da equipe de saúde da família junto à família do cliente diabético, com posterior entrevista semi-estruturada por roteiro temático com os profissionais. Envio o projeto de minha pesquisa para que vossa senhoria possa ser apresentada ao assunto que abordo neste da maneira como se deve. Deixo meus contatos para que quaisquer dúvidas sejam esclarecidas. Desde já, agradeço a atenção.

Atenciosamente,

Anexo 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisa: **A Equipe de Saúde Da Família e o Núcleo Familiar do Cliente Diabético: ações integradas de promoção da saúde**

Pesquisadora: **Ludmila Santos de Oliveira**

Orientadora: **Prof. Dra. Liliana Angel Vargas**

Eu, _____,

profissional de saúde responsável pela Estratégia Saúde da Família da comunidade do Complexo do Alemão, informo que fui esclarecido por este documento, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento ou coerção que a pesquisa: **A Equipe de Saúde Da Família e o Núcleo Familiar do Cliente Diabético: ações integradas de promoção da saúde** de autoria de **Ludmila Santos de Oliveira**, tem como objetivos: identificar ações da equipe de saúde da família no tratamento e controle do Diabetes Mellitus; verificar a maneira pela qual a o núcleo familiar é estimulado a participar destas ações pela equipe de saúde da família. Fui informado sobre a ausência de riscos da pesquisa, e que para a coleta de dados será realizada a observação centrada nas atividades realizadas por mim e por outros membros da equipe durante a assistência a esta clientela na minha microárea, seguida de entrevista com roteiro tem. As informações depois de analisadas poderão ser divulgadas e publicadas, de acordo com o levantamento realizado em entrevista, cujo conteúdo será revisado por mim antes de compor o estudo, ficando a pesquisadora comprometida em assegurar que minha participação neste estudo não interferirá de forma alguma no meu trabalho. Fui igualmente informado que tenho assegurado o direito de: receber respostas a todas as perguntas que desejar fazer sobre o desenvolvimento da pesquisa; a liberdade de, a qualquer momento, deixar de participar do estudo sem sofrer nenhum tipo de dano; não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa.

Assinatura do participante: _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Pesquisador responsável: _____

Anexo 3**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisa: **A Equipe de Saúde Da Família e o Núcleo Familiar do Cliente Diabético: ações integradas de promoção da saúde**

Pesquisadora: **Ludmila Santos de Oliveira**

Orientadora: **Prof. Dra. Liliana Angel Vargas**

Eu, _____, agente comunitário de saúde da comunidade do Complexo do Alemão, informo que fui esclarecido por este documento, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento ou coerção que a pesquisa: **A Equipe de Saúde Da Família e o Núcleo Familiar do Cliente Diabético: ações integradas de promoção da saúde** de autoria de **Ludmila Santos de Oliveira**, tem como objetivos: identificar ações da equipe de saúde da família no tratamento e controle do Diabetes Mellitus; verificar a maneira pela qual a o núcleo familiar é estimulado a participar destas ações pela equipe de saúde da família. Fui informado sobre a ausência de riscos da pesquisa, e que para a coleta de dados será realizada a observação centrada nas atividades realizadas por mim e por outros membros da equipe durante a assistência a esta clientela na minha microárea. As informações depois de analisadas poderão ser divulgadas e publicadas, de acordo com o levantamento realizado em entrevista, cujo conteúdo será revisado por mim antes de compor o estudo, ficando a pesquisadora comprometida em assegurar que minha participação neste estudo não interferirá de forma alguma no meu trabalho. Fui igualmente informado que tenho assegurado o direito de: receber respostas a todas as perguntas que desejar fazer sobre o desenvolvimento da pesquisa; a liberdade de, a qualquer momento, deixar de participar do estudo sem sofrer nenhum tipo de dano; não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa.

Assinatura do participante: _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2008.

Pesquisador responsável: _____

Anexo 4**Roteiro Temático de Abordagem á(s) equipe(s) de saúde da família:**

1. A equipe responsável pela Estratégia de Saúde da Família no Complexo do Alemão e a família do portador de Diabetes Mellitus.
2. O portador de Diabetes Mellitus atendido na Estratégia de Saúde da Família nesta microárea.
3. As ações da equipe responsável pela Estratégia de Saúde da Família junto ao portador de Diabetes Mellitus nesta microárea.
4. A importância da família do portador de Diabetes Mellitus nesta microárea.

Anexo 5**Roteiro de Observação:**

Dia: ____/____/2008.

Hora: _____.

Situação:

 Visita domiciliar ConsultaProfissionais envolvidos: médico enfermeiro dentista agente comunitário
de saúde outros; especificar: _____

Comentários:

Anexo 6

Rio e Janeiro, 30 de junho de 2008.

Declaro para os devidos fins que, visando oportunizar melhor coleta dados para a pesquisa intitulada “A Equipe de Saúde Da Família e o Núcleo Familiar do Cliente Diabético: ações integradas de promoção da saúde”, registrada neste comitê de ética com CAAE – 0010.0.314.000-08, mudo o cenário da pesquisa para a unidade de Saúde da Família do Sereno, Complexo da Penha, situado na área programática 3.1. Ressalto que a unidade-cenário também se encontra sob coordenação do Grupo de Apoio Técnico responsável pelo Complexo do Alemão, local onde, a princípio, me restringi a coletar os dados. Ainda informo, que respeitarei as decisões do Grupo de Apoio Técnico responsável pela comunidade do Sereno no que diz respeito à escolha da unidade-cenário.

Atenciosamente,

Enfermeira Coren-RJ 125520

Membro do GAT AP 3.1

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)