

## ***Qualidade de Vida e Diabetes Mellitus***

***Inaldo Cavalcanti Figueiredo Filho***

*Médico Endocrinologista – CSS/CECOM/UNICAMP*

***Rôse Clélia Grion Trevisane***

*Enfermeira Sanitarista - Assessora Técnica – CSS/CECOM/UNICAMP*

***Edite Kazue Taninaga***

*Enfermeira – CSS/CECOM/UNICAMP*

***Rosely Cai Albertin***

*Psicóloga – CSS/CECOM/UNICAMP*

Já mencionada há milhares de anos, pelo menos há 3.500, no papiro egípcio de Ebers, a doença ainda continua uma incógnita. De algumas décadas para cá, tem-se aumentado a expectativa de uma vida mais longa para os diabéticos, além de permitir a gestação a termo de mães diabéticas, o que gerou o problema de elevar o número de doentes diagnosticados, levando-se em conta seu fator hereditário.

Diabetes Mellitus é o nome dado a uma síndrome que tem como seu aspecto mais proeminente uma elevação na concentração de glicose (açúcar) no sangue, com consequente glicosúria (eliminação de açúcar pela urina). Seus principais sintomas são sede, micção e fome, todos em demasia, cansaço, perda de peso (com bom apetite), coceira ou infecção nas regiões genitais, distúrbios da visão, doença de pequenos e grandes vasos na periferia (principalmente nas pernas), doenças que acometem as fibras nervosas (incluindo impotência e diarreia noturna) e doença que acometem os rins.

Os sintomas podem ser repentinos, abruptos ou, pelo contrário, serem insidiosos; nas crianças e jovens aparecem dramaticamente, em geral acompanhados de desidratação e ceto-se, o que raramente se observa nos adultos (alguns notam gotas de urina nas roupas ou sapatos, que ao secarem deixam uma mancha branca farinácea).

Grande número de estudos sugere que o risco de complicações específicas do diabetes, devido à doença dos pequenos vasos, torna-se importantes somente em indivíduos que mostram concentrações de glicose elevadas durante muito tempo.

Geralmente é aceito que o Diabetes Mellitus não é uma, mas várias doenças, provavelmente com diferentes causas e modos de transmissão. O único fator em comum entre as várias síndromes que estão incluídas sob o título amplo de diabetes é a hiperglicemia, com os sintomas consequentes a todas as variedades. Até muito recentemente, a maioria dos estudos sobre a herança do diabetes, viam-na como uma entidade simples, porém a natureza multifatorial e a heterogeneidade genética do diabetes são largamente aceitas.

Atribuem-se causas genéticas, cujo modo de transmissão não está ainda claramente entendido, porém o Diabetes tipo II tem um componente genético mais forte que o tipo I, com fatores hormonais e ambientais contribuindo bastante para seu aparecimento.

Em relação ao tratamento, o diabetes é uma das poucas doenças que dão origem a muitas opiniões diferentes para a terapia, principalmente com o tipo de insulina usada, o tipo de dieta, escolha das drogas hipoglicemiantes orais. O ponto básico objetiva capacitar o paciente para viver seu tempo de vida como um membro da sociedade, útil e produtivo, sem alterar radicalmente seus hábitos e seu meio de vida.

Por ser uma doença epidemiológica importante, atingindo 7 a 10% da população, sendo 80 a 90% do tipo 2, implica em gastos de alto custo para qualquer governo tornando-se imprescindível o seu controle, com ações no sentido de diminuir ou minimizar sua incidência e complicações.

O acesso efetivo aos serviços de saúde, garantia de qualidade do tratamento, educação e adesão dos portadores de diabetes reduziriam a carga da doença (TOSCANO, 2004)

## **A Metodologia Problematicadora**

O Centro de Saúde da Comunidade da Unicamp (CECOM) foi criado em 1986 com o objetivo de atender alunos, funcionários e docentes da universidade. Tem a função de prestar assistência primária realizando ações curativas, preventivas e de promoção à saúde. É constituído pelos serviços de clínica médica e especialidades: dermatologia, oftalmologia, cardiologia, endocrinologia e ginecologia. Ainda conta com equipes da saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, fisioterapia, nutrição, enfermagem e assistência social.

Dentro das ações de prevenção e promoção a saúde disponibiliza para a comunidade interna ações coletivas e atendimento individual para algumas doenças crônicas degenerativas do tipo Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus. O Programa de Diabetes atua no CECOM desde o ano de 1986 e conta com médico, enfermeira, psicóloga, assistente social e nutricionista. Tem como objetivo assistir aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus, envolvendo-os no processo de auto-cuidado e também motivá-los a desenvolver suas capacidades em potencial, para agirem com autonomia, segundo seu estilo de vida, idade, rotinas e exigências da vida cotidiana.

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) tem como um dos objetivos dos programas de educação em diabetes a longo prazo, melhorar o estado de saúde e da qualidade de vida, reduzindo ou prevenindo as complicações crônicas (SBD, 2007).

O tratamento do Diabetes Mellitus tem como meta, atingir o controle metabólico, melhorar as habilidades de auto tratamento, prevenir e retardar as complicações crônicas dos pacientes, minimizar as complicações agudas e promover um estilo de vida que colabore em melhorias na qualidade de vida.

Para atingir estes objetivos o Programa de Diabetes no CECOM tem uma rotina de atendimento aos pacientes, onde se desenvolve consultas médicas e de enfermagem, alternadamente e consultas com psicóloga, assistente social e nutricionista. Este atendimento é individualizado e realizado em consultório por profissionais do programa. Entretanto, a

abordagem educativa é complementar e constitui uma estratégia importante no alcance dos objetivos do tratamento.

Rickheim et al. (2002) demonstram que a educação realizada de forma individual (através de consultas com nutricionistas e/ou enfermeiras) comparada com o grupo de pacientes utilizando a mesma metodologia sistematizada de educação foi equivalente na melhora do controle metabólico, porém o grupo foi considerado melhor com relação ao custo/benefício.

A Educação em Saúde para Diabetes deve ser reconhecida como parte do tratamento e qualquer iniciativa pedagógica no sentido de buscar a modificação comportamental para o controle efetivo da doença deve ser considerada. Dividir experiências, compartilhar anseios, respeitando a cultura geral de cada pessoa e proporcionar competências para o desenvolvimento de uma autonomia com certeza ajudarão os pacientes a entender mais sobre a doença e a se cuidarem melhor.

Nesse tipo de atividade, o paciente se identifica com outros indivíduos com problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas. Com isso, passa a compartilhar das experiências de todos, a discutir buscando soluções reais para problemas de saúde semelhantes aos seus e usar os serviços de saúde quando houver necessidade.

Devido ao fato de que todos os atendimentos são realizados durante os horários de expediente dos participantes no início do trabalho desenvolvido pelo programa, as reuniões eram semanais num total de oito encontros com duração de 01 hora. No entanto, no decorrer da década de 1990 vários fatores negativos à metodologia abordada foram analisados e mostraram a necessidade de mudança na abordagem educativa. Os dois fatores que mais contribuíram para a mudança foi que os profissionais sentiam a necessidade de empregar técnicas problematizadoras que pudessem obter uma participação mais ativa dos membros do grupo, colocando os pacientes como sujeitos do tratamento. Outro fator era buscar uma alternativa, um método, que não exigisse a vinda dos funcionários/pacientes ao CECOM com frequência semanal, pois isto ocasionava ausências às atividades do programa e comprometia a dinâmica interna do grupo.

A mudança na metodologia e no número dos encontros, que antes era através de oito encontros com o método tradicional e aulas expositivas passou a ser em módulo único, em um encontro e pautada em uma proposta de educação problematizadora e na interdisciplinaridade, buscando uma atitude ativa e participativa do paciente em relação ao controle de sua doença, relativas às decisões, opções e ações ajudado pela equipe que o acompanha no programa.

A disciplina em relação ao tratamento passa a ser realizada de dentro para fora, autonomamente. (FREIRE, 1983).

Por outro lado, a visão interdisciplinar ultrapassa a justaposição de conhecimento e habilidades dominados entre os vários profissionais, pois o relacionamento dinâmico não deixa as visões estanques à sua própria especialidade mas se expande em um trabalho mais conjunto que supera o domínio de cada área (MARCELLINO, 1994 e FAZENDA, 1994)

No decorrer da década de 2000 a experiência desta abordagem educativa mostrou resultados muito positivos ao longo dos vários encontros e que repercutiram diretamente no controle da doença e no estímulo ao auto-cuidado do paciente.

### **Considerações Finais**

Atualmente mantemos essa dinâmica da abordagem problematizadora, em que o paciente é convidado a participar de um único encontro, onde são distribuídas entre os participantes várias figuras para que as pessoas possam escolher, relacionar a figura com algo positivo ou negativo em sua vida e explicar esta relação com os aspectos importantes que interferem na sua qualidade de vida. A partir daí, abre-se a discussão dos porquês de cada figura e o que representa de bom ou ruim para o diabético. Esta discussão e reflexão é direcionada para o dia a dia de cada um, principalmente quantos às questões ligadas à alimentação, lazer e atividade física.

Participam dessa dinâmica todos os membros da equipe envolvida com o grupo (médico, enfermeira, nutricionista, assistente social, psicologia) e assim cada um contribui com seu próprio referencial teórico, inerente à sua profissão complementando, às vezes, a discussão de seu colega (BOOG ET al, 1999).

Dessa forma o paciente sente-se mais próximo do profissional pois há uma troca de idéias e informações e ele pode perceber que não há soluções mágicas para sua doença, que a equipe não pode resolver mas sim apontar qual o melhor caminho para que ele mesmo possa desenvolver formas de auto cuidado, tanto em sua alimentação, quanto ao uso das medicações, realização de atividades físicas e outros cuidados (pés, lesões, sinais de complicações). A equipe entende que é necessário que a pessoa aprenda a se conhecer, saber os limites de sua doença, os limites do que cada profissional pode fazer por ele. Na discussão que se abre no grupo isso é esclarecido, pois ele percebe-se entre pares e nessa troca de informações (profissional ↔ paciente ↔ grupo) a pessoa pode ou tem a oportunidade de verificar que, muitas vezes, a mesma dificuldade que ele tem, seu colega também o teve e pode adequar a solução à sua própria vida, ou ao menos perceber que pode não haver de fato solução mas ir tomando consciência do que deve ser feito (ex: “porque não posso mais comer um churrasco todo final de semana...”).

Estes aspectos são, obviamente, temas e conceitos de qualquer estudo, porém, percebe-se que o diabético sente-se melhor e aceita-se mais facilmente pois se identifica com os outros, podendo ter os mesmos sofrimentos e mesmas dificuldades. Muitos deles retornam aos encontros voluntariamente, indicando que ele necessita e deseja apoio e reforço constante das suas ações, de seus hábitos, suas rotinas perante seus iguais e a equipe. Ao mesmo tempo deseja ser lembrado sobre o que falta para seguir corretamente o que lhe foi orientado, traçando metas a serem realizadas e mesmo que ele não consiga, quando exterioriza frente ao grupo essas metas, ele está tentando firmar novos compromissos consigo mesmo.

Mudanças de comportamento tão significativas quanto as que se esperam do paciente diabético, não podem ser impostas e somente se fazem ao longo do tempo, com a compreensão da necessidade de mudança. Sensibilizar os diabéticos para compreender essa necessidade de alterações pessoais no estilo de vida é papel fundamental dos profissionais, envolvidos com o tratamento do diabetes (GROSSI, 2009).

Com esse modelo de atendimento deseja-se fazer com que a adesão do paciente ao tratamento seja maior pois procura-se mostrar a ele que um bom auto gerenciamento de seu tratamento influencia diretamente no curso de sua doença, portanto, em melhoria na qualidade e perspectiva de vida.

### Referências Bibliográficas

- BOOG, M.C.F.; TREVISANE, R.C.G.; ALBERTIN, R.C. RELATO DE EXPERIÊNCIA: PROGRAMA EDUCATIVO PARA DIABETES EM MODELO ÚNICO. *SAÚDE EM REVISTA*. UNIMEP, VOL. 1, N. 2, PAG. 25-32, JUL./DEZ. 1999.
- FAZENDA, I.C.A. *INTERDISCIPLINARIDADE: HISTÓRIA, TEORIA E PESQUISA*. CAMPINAS: PAPIRUS, 1994.
- FREIRE, P. *PEDAGOGIA DO OPRIMIDO*. 14 ED. ED. RIO DE JANEIRO: PAZ E TERRA, 1983.
- GROSSI, S.A.A. O MANEJO DO DIABETES MELLITUS SOB A PERSPECTIVA DA MUDANÇA COMPORTAMENTAL. IN: *CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM DIABETES MELLITUS DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES*. SÃO PAULO, PÁG 18 – 31, 2009.
- MALAFAIA, S. EDUCAÇÃO: A MELHOR FERRAMENTA PARA O CONTROLE DE DIABETES. *REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES*, VOL. 14, N. 02, P. 9-11, AGOSTO 2007.
- MARCELLINO, N.C. *DEPARTAMENTALIZAÇÃO E UNIDADE DAS CIÊNCIAS SOCIAIS*. IN: MARCELLINO, N.C. (ORG.). *INTRODUÇÃO ÀS CIÊNCIAS SOCIAIS*. CAMPINAS: PAPIRUS, 1994.
- RICKHEIM, P.R.; WEANER, T.W.; FLADER, J.L.; KENDALL, D.M. *ASSESSMENT OF GROUP VERSUS INDIVIDUAL DIABETES EDUCATION*. *DIABETES CARE*, 25: 74 – 269, 2002.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). DIRETRIZES SBD/2007. *EDUCAÇÃO DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS*, P. 156 – 158, GESTÃO 2006/2007.
- TOSCANO, C.M. AS CAMPANHAS NACIONAIS PARA DETECÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL. *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*. N. 9 (4): 885 – 895, 2004.

do conceito da QVT amplamente utilizada na literatura, mas prioriza o apontamento de fatores que determinam o sucesso nos programas de QVT, não apresentando indicadores para a avaliação da QVT.

Ainda que se tratem de modelos pioneiros e amplamente utilizados, esses foram propostos há pelo menos duas décadas, abrindo margem para a indagação sobre a atualidade de tais modelos. Há de se reconhecer, também, que estes modelos foram validados a partir da população estadunidense, cuja cultura difere-se demasiadamente da sociedade brasileira.

Frente ao estudo apresentado, exprime-se a existência de um embate no que diz respeito à escolha de um modelo de avaliação da QVT. Cada um dos referidos modelos apresenta suas respectivas vantagens e desvantagens, as quais devem ser analisadas antes da opção de utilização por um dos modelos. Todavia, a inexistência de um modelo adequado para a fomentação de determinados estudos perfaz com que se faça necessário a construção de instrumentos específicos, condizentes com as populações a serem examinadas.

### **Referências Bibliográficas**

- CHANG JÚNIOR, J.; ALBUQUERQUE, L. G. COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL: UMA ABORDAGEM HOLÍSTICA E SIMULTÂNEA DOS DETERMINANTES ENVOLVIDOS NO PROCESSO. *REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO MACKENZIE*, SÃO PAULO, v. 3, n. 2, p. 13-38, 2002.
- FERNANDES, E. *QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: COMO MEDIR PARA MELHORAR*. SALVADOR: CASA DA QUALIDADE, 1996.
- HACKMAN, J. R.; OLDFHAM, G. R. *THE JOB DIAGNOSTIC SURVEY: AN INSTRUMENT FOR THE DIAGNOSIS OF JOBS AND THE EVALUATION OF JOB REDESIGN PROJECTS*. TECHNICAL REPORT N. 4, DEPARTMENT OF ADMINISTRATIVE SCIENCES OF YALE UNIVERSITY, MAY 1974.
- NADLER, D. A.; LAWLER, E. E. QUALITY OF WORK LIFE: PERSPECTIVES AND DIRECTIONS. *ORGANIZATIONAL DYNAMICS*, v. 11, n. 3, p. 20-30, 1983.



— | | —

WALTON, R. E. QUALITY OF WORKING LIFE: WHAT IS IT? *SLOW MANAGEMENT REVIEW*, v. 15, n. 1, p. 11-21, 1973.

WERTHER, B. W; DAVIS, K. *ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL E RECURSOS HUMANOS: A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO*. SÃO PAULO: MCGRAW-HILL DO BRASIL, 1983.

WESTLEY, W. A. PROBLEMS AND SOLUTIONS IN THE QUALITY OF WORKING LIFE. *HUMANS RELATIONS*, v. 32, n. 2, p. 111-123, 1979.