

Estudo qualitativo sobre o conhecimento e as vivências de pessoas com diabetes mellitus atendidas em uma farmácia municipal

A qualitative study on the knowledge and experiences of people with diabetes mellitus treated at a municipal pharmacy

Josana Benato*¹, Andressa Cristiane Ferreira dos Santos¹, Marco Antonio Costa², Arcelio Benetoli³,
Gerusa Clazer Halila Possagano⁴

¹Mestre em Assistência Farmacêutica. Universidade Estadual de Maringá (UEM). ²Doutor em Ciências Farmacêuticas. Universidade Estadual de Maringá (UEM). ³Doutor em Prática Farmacêutica. The University of Sydney, Austrália. ⁴Doutora em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Resumo

Introdução: o diabetes mellitus (DM) é uma condição crônica caracterizada pela elevação das taxas de glicose no sangue, decorrente da deficiência e (ou) da falta de insulina, hormônio responsável pelo metabolismo da glicose. O DM é um problema mundial, e sua prevalência cresce a cada ano. Por isso, tem se tornado um desafio para o sistema de saúde na atualidade. O tratamento envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas, como a prática de atividade física e uma reeducação de hábitos alimentares. **Objetivo:** o objetivo deste estudo foi compreender os conhecimentos, crenças e sentimentos da vivência das pessoas com o DM. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. A escolha da amostra se deu por conveniência de tempo, e o fechamento se deu por saturação teórica. Na análise dos dados foi utilizado o referencial da análise temática de Braun e Clarke. **Resultados:** o estudo permitiu compreender melhor a população atendida. Identificou-se a pouca clareza sobre a doença. O início dos sintomas ocorreu de forma silenciosa, na maioria das vezes. A alimentação foi relatada como maior dificuldade, e se verificou que aspectos emocionais podem interferir nos níveis glicêmicos. **Conclusão:** ficou evidente que os profissionais precisam desenvolver um cuidado centrado no usuário. A equipe precisa conhecer cada pessoa, a fim de contribuir para a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde; Diabetes Mellitus; Adesão à medicação; Pesquisa qualitativa.

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus (DM) is a chronic condition characterised by elevated blood glucose levels resulting from a deficiency and/or lack of insulin, the hormone responsible for glucose metabolism. DM is a global problem, and its prevalence increases every year. Therefore, it has become a challenge for the health system today. Treatment involves pharmacological and non-pharmacological measures, such as physical activity and re-education of eating habits. **Objective:** the study aimed to understand the knowledge, beliefs, and feelings of people with DM and their experience. **Methodology:** this is a descriptive study of a qualitative nature. Semi-structured interviews were conducted for data collection. The sample was chosen based on time convenience, and the sample was closed based on theoretical saturation. The Braun and Clarke thematic analysis framework was used for data analysis. **Results:** the study allowed a better understanding of the assisted population. There was little clarity about the disease. The onset of symptoms occurred silently, most of the time. Eating was reported as the most significant difficulty, and it was found that emotional aspects can interfere with glycaemic levels. **Conclusion:** it was clear that professionals need to develop user-centred care. The team needs to know each person to contribute to treatment adherence.

Keywords: Comprehensive health care; Diabetes Mellitus; Medication adherence; Qualitative research.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma condição crônica caracterizada pela elevação das taxas de glicose no sangue, decorrente da deficiência e (ou) da falta de insulina, hormônio responsável pelo metabolismo da glicose¹.

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é o mais comum, caracterizado pela dificuldade de secreção ou ação da insulina produzida, sendo relacionado à obesidade e ao

envelhecimento. Já o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é caracterizado pela deficiência da produção de insulina, majoritariamente com causa autoimune, cujo diagnóstico se dá geralmente na infância e na adolescência².

Apesar de, muitas vezes, ser uma doença assintomática na fase inicial, os sintomas clássicos do DM2 são: poliúria, polidipsia, polifagia, formigamento e perda de peso inexplicada³. A confirmação do diagnóstico do diabetes é realizada pelos resultados dos exames de glicemia plasmática de jejum (≥ 126 mg/dL), teste de tolerância oral à glicose (TOTG) duas horas após 75g de sobrecarga de glicose (≥ 200 mg/dL) e a hemoglobina

Corresponding / Correspondente: Josana Benato* Endereço: Av Colombo, 5790, Bloco Q04, Jardim Universitário, 87020-900 Maringá – PR, Brasil. – E-mail: josanabenato@hotmail.com

glicada (HbA1c) igual ou acima de 6,5%, segundo os critérios da SBD⁴. O DM é um problema mundial, e sua prevalência cresce a cada ano. Segundo a Internacional Diabetes Federation (IDF), aproximadamente 537 milhões de adultos entre 20 e 79 anos vivem com diabetes, e o Brasil é o 5º país em incidência de DM⁵. Assim, o DM tem se tornado um grande desafio para o sistema de saúde na atualidade.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde define a adesão ao tratamento como a situação em que uma pessoa, em tratamento farmacológico, segue uma dieta e (ou) executa mudanças no estilo de vida correspondentes às orientações acordadas com a equipe de saúde⁶. Vários fatores podem interferir nessa adesão, porém quanto maior o conhecimento e o entendimento da pessoa sobre a sua doença, melhor será sua adesão e melhor será sua qualidade de vida⁷.

Sob este aspecto, o cuidado centrado na pessoa pode detectar problemas relacionados à adesão ao tratamento de doenças crônicas, como o DM, que dificultam o alcance das metas estabelecidas. Para isso, a fim de melhorar o atendimento às pessoas com DM e propor estratégias de cuidado mais assertivas, é importante investigar o conhecimento e a vivência das pessoas em relação a essa condição crônica.

No local onde o presente estudo foi desenvolvido, suspeita-se que muitos indivíduos com DM possuem dificuldades quanto à execução do tratamento. Portanto, o objetivo do estudo foi compreender os conhecimentos, crenças e sentimentos de pessoas com DM atendidas em uma farmácia municipal, para que essas informações possam subsidiar a atuação dos profissionais de saúde, no sentido de melhorar a adesão e a qualidade de vida dessas pessoas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa. A coleta de dados ocorreu no período entre julho e outubro de 2022. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, de forma presencial, em uma Farmácia Municipal localizada em um Pronto Atendimento em Irati, um município de pequeno porte do Estado do Paraná. Essa farmácia está localizada apenas na mesma estrutura física onde se encontra o Pronto Atendimento Municipal, mas atende toda a população, devidamente cadastrada, com o elenco de medicamentos da Atenção Básica, além de atender usuários que procuram pelo Pronto Atendimento em casos de urgência.

A escolha da amostra se deu por conveniência de tempo, pelo fato de as entrevistas terem sido realizadas apenas por uma pesquisadora, que também é farmacêutica do local. Portanto, nos dias em que a demanda pelo serviço era menor, à medida que compareciam ao local para retirar seus medicamentos, os usuários eram convidados a participar da pesquisa.

Foram incluídos, no estudo, usuários com DM1 ou

DM2, com diagnóstico superior a seis meses, atendidos pela Farmácia Municipal, maiores de 18 anos e com condições de manter diálogo. O critério de exclusão adotado foi a presença de qualquer limitação que impedisse a pessoa de responder as perguntas realizadas.

As entrevistas foram gravadas e tiveram duração de 7 a 20 minutos, com roteiro composto por nove perguntas, elaborado pelos autores. As perguntas foram feitas com o máximo de abertura, a fim de que o entrevistado se sentisse à vontade para responder e explorar o tema. Para garantir o anonimato das pessoas, na transcrição dos dados, seus nomes foram substituídos por um código P, seguido do número de sequência das entrevistas.

Antes do início da investigação, o roteiro foi submetido a um estudo piloto, com o objetivo de eliminar possíveis variáveis de confundimento para os sujeitos da pesquisa e observar se a abordagem adotada também não gerava vieses. Para isso, foram selecionadas cinco pessoas, que responderam às perguntas e fizeram sugestões, as quais foram avaliadas pela equipe que elaborou o roteiro.

Dados sociodemográficos foram coletados mediante formulário padronizado elaborado pelos pesquisadores para autopreenchimento (idade, sexo, escolaridade, ocupação profissional e renda familiar).

Na análise dos dados foi utilizado o referencial da análise temática de Braun e Clarke (2006), a qual segue seis passos: 1º – familiarização com os dados: transcrição das entrevistas e leitura detalhada e repetida de todo o material; 2º – geração de códigos: identificação dos pontos importantes do material e codificação; 3º – busca pelos temas: reunião dos códigos e classificação em potenciais temas e subtemas; 4º – revisão dos temas: revisão dos potenciais temas e subtemas e realização da checagem para ver se estão de acordo com a análise; 5º – definição dos temas: aperfeiçoamento dos temas e subtemas e definição dos nomes para cada um; 6º – produção de relatório: análise final e escrita do relatório, fornecendo exemplos que validem a análise⁸.

As entrevistas foram realizadas até se obter a saturação teórica, ou seja, quando novos elementos deixam de ser coletados devido à repetição das informações.

A pesquisa respeitou todos os aspectos éticos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob parecer n. 5.435.462/2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 12 pessoas, predominantemente do sexo feminino (75% dos participantes), com faixa etária variando entre 50 e 73 anos e com diagnóstico de DM2 há mais de 5 anos. Em relação à escolaridade, 75% (9/12) dos entrevistados possuem Ensino Fundamental incompleto. Sobre a ocupação profissional, 58,3% (7/12) afirmaram trabalhar em casa, nos afazeres domésticos, enquanto a renda familiar predominante foi a de um salário-mínimo (91,7%).

A análise das entrevistas, a partir do conteúdo das falas dos entrevistados, possibilitou a categorização em três temas e seus subtemas, apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – *Categorização de temas e subtemas encontrados no estudo com pessoas com diabetes mellitus.*

TEMA	SUBTEMA
1. Diagnóstico	1.1 Conhecimento superficial sobre a doença. 1.2 Principais sintomas.
2. Tratamento	2.1 Dificuldade relacionada à alimentação. 2.2 Dificuldade relacionada à prática de exercício físico. 2.3 Importância do tratamento por medo de complicações do DM. 2.4. Custo influenciando a adesão ao tratamento. 2.5 Uso de medicamentos naturais e crenças populares. 2.6 Importância do cuidado centrado na pessoa.
3. Influência emocional	3.1. Aspectos emocionais que interferem no controle glicêmico.

Fonte: autoria própria

Os temas e subtemas serão discutidos adiante.

DIAGNÓSTICO

O tema deste estudo focaliza o conhecimento e o entendimento dos entrevistados sobre a doença com que convivem, e também sobre como ocorreu o início dos sintomas que os levaram a buscar auxílio médico para diagnóstico. A partir do tema, foram desmembrados dois subtemas.

Conhecimento superficial sobre a doença

Essa categoria diz respeito a uma compreensão relativamente superficial sobre a doença, como é demonstrado nas falas:

P1: Eu, eu entendo assim... O diabetes, por a gente escutar os outros falar que o diabetes é a tal, tal do sangue que possui muito açúcar né?

P2: Eu sei que o diabetes é açúcar no sangue, né?

Apesar de conceituarem a doença de forma simples e popular, as pessoas conseguem entender o significado básico do DM. A falta de conhecimento aprofundado sobre a doença pode ser associada à baixa escolaridade e ao baixo nível socioeconômico. Entretanto, também foi possível observar a falta de entendimento sobre a doença, como é exemplificado a seguir:

P3: Olha, falar que eu entendo, eu não entendo nada, só entendo que eu tenho a diabetes.

Ressalta-se, aqui, a importância e a responsabilidade da equipe multidisciplinar de saúde, no que diz respeito ao processo educativo em diabetes. A equipe deve estar preparada e disposta a compartilhar informações atualizadas.

Nesse sentido, estão disponíveis vários protocolos de linhas de cuidados com o DM, que trazem informações desde a epidemiologia da doença até os planos de tratamento e possíveis complicações⁹, que devem ser de conhecimento dos profissionais.

Principais sintomas

Nas entrevistas, o sintoma mais relatado pelas pessoas que vivem com DM foi polidipsia, que é a sede excessiva. A descoberta da doença também pode acontecer através de exames de rotina¹⁰, como ilustram as falas:

P2: Por causa que eu comecei a ter muita tontura e secura na boca e aí eu fui consultar e tava com diabetes.

P4: Na verdade, é, eu comecei a sentir muita sede e secura na boca. Daí começou a secar minha boca e ficar bastante sem líquido, né? Daí eu comecei a tipo, é... fraqueza, é, não podia subir, subida eu já ia sentando, né? [...] Daí quando eu descobri que eu tava.

P7: Porque eu fui fazer exame para fazer uma cirurgia de hérnia. E daí, no hemograma completo, daí deu diabetes.

A entrevistada P7 relata que não possuía nenhum sintoma e descobriu que tinha a doença quando foi realizar exames pré-operatórios. Nas falas, também foi observada a falta de conhecimento sobre o diagnóstico do DM, uma vez que uma informante comenta que, através do hemograma, descobriu a doença, embora o mencionado diagnóstico seja feito por meio de outros exames de sangue.

As principais causas do DM2 estão ligadas a hábitos de vida, alimentação, sedentarismo e predisposição ao desenvolvimento da doença. Por isso, é importante a orientação dos profissionais, pois é possível evitar que a doença se estabeleça com mudanças no estilo de vida¹¹. Diante desse fato, é importante refletir sobre o trabalho de prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), para que se evite o aumento da incidência dessas doenças.

TRATAMENTO

Quanto a esse tema, os entrevistados relataram as dificuldades encontradas para o seguimento do tratamento, a busca por tratamentos alternativos e a importância dos profissionais de saúde nesse processo. O tema foi desmembrado em seis subtemas.

Dificuldade relacionada à alimentação

Por meio da análise das transcrições, verificou-se que a alimentação foi um dos fatores mais difíceis para seguimento. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2022), a alimentação tem grande poder no controle glicêmico, mas também é a parte mais desafiadora do tratamento.

P1: A única coisa que, para mim, é difícil é ficar sem o pão, né? Mas, como a gente já não é criança, a gente sabe que não dá, né? Então eu corto. Fico sem o pão, fico sem a massa. Quando eu tô boa, que estou me sentindo bem, daí eu como um pouco.

O ato de comer não serve apenas para nutrir as pessoas, mas inclui também uma dimensão emocional, cultural e comportamental¹², e esse fato pode explicar a dificuldade de mudar esse hábito. Ao privar os pacientes de muitos alimentos e exigir mudanças dietéticas limitadas, de maneira rápida, o DM pode acarretar sentimentos de desgosto, por “forçar” as pessoas a não comerem alimentos que desejam e trazem alegria, fatores que podem trazer prejuízo na adesão ao tratamento¹³.

É importante reforçar que a dieta que as pessoas com DM devem seguir é uma dieta saudável, que implica variedade, moderação e equilíbrio¹⁴. Portanto, as proibições e dificuldades sentidas pelos entrevistados apenas retratam a má alimentação da população em geral, um hábito nocivo que deveria ser observado anteriormente como prevenção ao desenvolvimento do DM2.

Um discurso muito relevante, encontrado numa entrevista, diz respeito à dificuldade financeira de P4 para seguir a dieta prescrita pelo médico:

P4: O difícil, o difícil porque a alimentação [...] não tô preparada na parte financeira. E o básico que eu tenho, eu não posso comer, né? [...]

Outro ponto muito importante é o apoio familiar no tratamento do DM:

P8: Olha problema meu também é aniversário [...]. Daí, ali a aniversariante ou a mãe da aniversariante fala: “Não! Coma seu A., compadre, coma compadre! Um pouquinho não faz mal”. Não, mas olhe o doce, qualquer coisinha... Eu sinto, eu não sei como que eu sinto no corpo...

O entrevistado P8, relatou como é difícil frequentar eventos festivos, pois pessoas da própria família insistem para que ele coma alimentos que não são adequados para o controle glicêmico. Esse é um ponto negativo na adesão ao tratamento. A pessoa já passa por uma aceitação interna de todas as mudanças que ocorrerão em sua vida e, por isso, o apoio familiar é essencial. Pode-se afirmar que a mudança nos hábitos alimentares ocorre de forma lenta e gradual e afeta a vida familiar e comunitária do usuário. Consequentemente, nesse momento, o apoio familiar é indispensável¹⁵.

Dificuldade relacionada à prática de exercício físico

A atividade física é conhecida por ser benéfica para a saúde e é um dos pilares do tratamento do DM, auxiliando a normalizar a glicose sanguínea, possibilitando diminuir a resistência de insulina, além de reduzir o risco de doenças do coração¹⁶.

Sob esse aspecto, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2022) recomenda, para pessoas com DM2, a prática

de exercícios combinados, resistidos e aeróbicos, no mínimo 150 minutos semanais de caminhada moderada ou de alta intensidade, sem permanecer mais do que dois dias consecutivos sem atividade. Ainda, especialmente para as pessoas idosas, há recomendação de treinos de equilíbrio e flexibilidade, com o objetivo de redução de quedas¹⁷.

P1: Ah sim... caminhar [...] pedalo um pouco... E, às vezes, eu faço um pouco de exercício; só não dá pra fazer muito por causa da coluna também né? Mas sempre, sempre, estou me mexendo.

P2: É só a caminhada. Porque agora, não... Depois que me deu esse negócio no pé, não sei se é... [...]. Às vezes, eu levanto da cama e não posso pôr o pé no chão, sabe? Então é difícil, para sair assim, para andar.

P4: É só caminhada mesmo [...]. Uma hora, mais ou menos.... Meia hora, uma hora.

Neste estudo, alguns entrevistados relataram que fazem caminhadas, o que é um ponto positivo. Mas foi observado que as pessoas apresentaram inconsistência na prática dos exercícios, o que pode acarretar a não obtenção da totalidade dos benefícios dos exercícios.

A falta de prática de exercício físico foi justificada, na fala de algumas pessoas, devido às limitações físicas, que podem ter sido geradas por complicações do DM, ou pela idade mais avançada dos entrevistados. Por isso, é necessário levar em conta a idade, respeitando-se as limitações de cada paciente.

Um relato marcante foi de P2, que descreveu ter desconforto nos pés e não sabe a origem. Esse desconforto a impede de fazer sua caminhada. Segundo a literatura, a neuropatia diabética tem como manifestação clínica de sensação de formigamento, dormência ou queimação dos membros inferiores. Esses sintomas referidos pela usuária podem sugerir um quadro de neuropatia ainda não diagnosticado, uma complicação que modifica a qualidade de vida das pessoas, sendo uma doença progressiva e que pode afetar outras extremidades¹⁸.

Ressalta-se, aqui, que a prática de atividade física é hábito importante e deve ser realizada por pessoas de todas as faixas etárias. Essa prática previne diversas doenças crônicas, diminui a mortalidade, ajuda a controlar o peso e a melhorar a disposição. Por isso, é um hábito que deveria existir em toda a população¹⁹.

Importância do tratamento por medo de complicações do DM

Percebe-se que algumas pessoas com DM utilizam o medicamento por receio de algo pior acontecer, como, por exemplo, sofrer amputação decorrente das complicações da doença. Diante do perigo iminente, as pessoas começam a se cuidar. Sendo assim, é possível inferir que o medo obriga o usuário a cuidar de si mesmo e a aderir ao tratamento. Sob este aspecto, alguns trechos podem ser destacados:

P1: [...] *Eu acho que é muito importante, porque, se abandonar, eu acho que daí...Acaba.*

P2: *Sim, com certeza, muito importante [...] Porque a gente pensa, né, que Deus me livre dar um AVC na gente ou a gente fica na cama, né? [...] Então, por isso, que a gente tem que fazer uso do melhor remédio pra controlar.*

P4: *Porque essa doença é silenciosa e ela leva morte né?... Então, quanto mais você cuidar dela para controlar...*

P5: *Eu acho importante, sabe por que? Porque o diabetes, ele não mata a gente, sabe, a gente não more de diabete. A gente perde os, os pedaços do corpo, né? Eu, inclusive, eu estou com os meus dedos dos pés queimando [...] e o médico disse para mim, o doutor M., que é da diabetes que tá queimando meus pés.*

Entre as complicações que o DM não tratado pode acarretar, é possível citar o pé diabético, que causa problemas circulatórios, ulcerações e pode evoluir para amputações dos membros. Em torno de 85% das amputações de membros relacionadas ao DM são precedidas de ulcerações no pé, que podem resultar em incapacidades²⁰.

Outra complicação relatada na literatura é o acidente vascular cerebral isquêmico (ACVI). O DM, que é um fator de risco modificável, acelera o processo aterosclerótico, e as pessoas com DM têm maiores chances de desenvolver o ACVI²¹.

Questões relacionadas à influência do medo no aumento de glicemia serão discutidas em subtema específico.

Custo influenciando a adesão ao tratamento

Atualmente, existem várias classes terapêuticas, e a escolha do medicamento depende de vários fatores relacionados ao usuário²².

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) forneça gratuitamente alguns medicamentos e insumos para o tratamento do DM, ocasionalmente, por algum motivo, eles podem estar em falta nas farmácias públicas e, portanto, o usuário precisa comprar. A maioria das pessoas referiu dificuldade financeira para adquirir medicamentos que faltam nas Farmácias de Atenção Básica.

P1: [...] *Se eu tiver que comprar todos eles, eu vou ter dificuldade, né? Porque você veja, esses aqui são bem carinho né?*

P2: [...] *Daí eu fui na farmácia pra perguntar se eu comprava lá. Meu Deus, noventa reais uma carteirinha, eu falei, e agora? Com um salário-mínimo, vai dá pra comprar? Não tem como, né?*

Assim, é de extrema necessidade a existência de políticas e projetos que desenvolvam meios para corrigir falhas na aquisição e distribuição dos medicamentos, para que as pessoas não fiquem desassistidas, e não

ocorram problemas na adesão ao tratamento pelo desabastecimento.

O medicamento é um insumo essencial para o enfrentamento dos problemas de saúde da população, sendo dever do Estado garantir que os medicamentos existentes estejam disponíveis dentro de seu território²³.

Uso de medicamentos naturais e crenças populares

Sobre esse subtema, os entrevistados relataram a busca por um tratamento alternativo e natural para o controle da glicemia. Afirmaram fazer uso de chás e observaram uma melhora nos níveis da glicose após o início do uso.

Apesar de estudos demonstrarem que as plantas medicinais apresentam propriedades hipoglicemiantes, elas também podem causar hipoglicemia como reação adversa, devido à sua toxicidade, principalmente hepatotoxicidade²⁴.

Alguns entrevistados mencionaram o uso de chás, como, por exemplo, de chuchu, erva cidreira, sete sangria e chá da vida. Na literatura, verificou-se que os chás relatados não possuem atividade hipoglicemiante comprovada e (ou) não há evidência científica publicada^{25,26}.

P1: *Tomo chá para ajudar, porque tem bastante chazinho que a gente sabe que ajuda. [...] Eu tomo chá de folha de chuchu, tomo chá de erva cidreira e tomo mais um chá lá de sete sangria...*

P4: *É, eu tento com um remédio desses, é natural, né? [...] Chá da vida. É um composto já, né? [...] Eu queria achar um meio de... de não tomar insulina sabe?*

P9: *Tomo chá de casa bastante. [...] Toma aquele aí como é... Agora esqueci... Ai, meu Deus tem propaganda na televisão. [...] É ele dá uns espinhos, umas folhinhas compridinhas assim... Ai, agora não lembro não. Aquele eu tomo bastante. [...] Ajuda, ajuda bastante.*

A grande utilização de plantas medicinais faz com que haja mais pesquisas nessa área. Em função disso, foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que visa estimular abordagens mais naturais de prevenção e recuperação da saúde, de forma segura e eficaz²⁷.

Além de ampliar opções terapêuticas, deve-se considerar a possibilidade de desabastecimento de medicamentos na rede de atenção básica. Sob esse aspecto, a fitoterapia se faz extremamente viável, devido a seu baixo custo e fácil acesso²⁸. Atualmente, no município onde foi realizado este estudo, não existe essa política vigente, o que seria um tema importante a ser discutido, pois muitos dos entrevistados afirmam fazer o uso de plantas por iniciativa própria e sem orientação.

Os achados, quanto a esse tema, levam à reflexão sobre a importância do conhecimento e da compreensão acerca dos fitoterápicos pelos profissionais de saúde, para auxiliarem os usuários nos cuidados do DM, como terapia complementar, evitando o uso indiscriminado.

Importância do cuidado centrado na pessoa

Os entrevistados abordaram o papel dos profissionais de saúde, no sentido de escutar os usuários. Entretanto, afirmaram que a responsabilidade do tratamento é da própria pessoa com diabetes.

P1: [...] Eu acho que vocês só conversando com a gente que já ajuda... Porque não tem outra coisa para fazer. Se nós, que temos diabetes, não se cuidar, outra pessoa não pode cuidar de nós.

P5: Acho assim, sabe, que os profissionais de saúde eles devem aconselhar bastante os pacientes, sabe? Na consulta, eles têm que falar para as pessoas assim, o que a pessoa deve comer, o que não deve comer, o que deve fazer e o que não deve fazer. Isso eles têm que fazer, os profissionais, os médicos, inclusive os médicos, sabe?

A Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 585 de 2013 traz a definição de cuidado centrado no paciente, como uma relação humanizada, que envolve o respeito às crenças, expectativas, experiências, atitudes e preocupações do usuário quanto a suas condições de saúde e ao uso de medicamentos, na qual farmacêutico e paciente compartilham a tomada de decisão e a responsabilidade pelos resultados alcançados²⁹.

Nesse contexto, verifica-se a importância da comunicação entre o usuário e a equipe que o atende. O profissional de saúde precisa saber escutar, além de saber dialogar de forma simples e de clara compreensão³⁰.

O cuidado centrado no indivíduo com doença crônica possibilita que o tratamento e as demais estratégias de cuidado sejam individualizados e, portanto, mais efetivos, contribuindo para uma melhor adesão ao esquema terapêutico.

Dentre os doze entrevistados, apenas um relatou fazer acompanhamento com uma equipe multidisciplinar e relata que seria bom se todos tivessem o apoio que ele recebe da equipe.

P8: O consórcio. Olhe também porque eu passei por seis pessoas. Psicóloga, nutricionista, é... Médico do diabetes e o doutor, doutor N., também... A enfermeira. [...] Eu adorei, eu gostei. Isso eu acho que também me ajudou. [...] É, eles ajudam muito [...]. Uma coisa que, de repente, de outras pessoas passasse porque ajuda também a cabeça da gente [...] Mas eles me tratam muito bem [...] Pessoal tudo estudado, eles dão uma explicação para a gente muito boa!

O DM é uma doença crônica e multifatorial e engloba tratamento farmacológico e mudanças no estilo de vida. Por isso, é importante o atendimento do paciente por uma equipe multiprofissional, da qual ele possa receber o suporte e todo o acompanhamento necessário para melhora de seu tratamento³¹.

Mesmo não sendo mencionada em nenhuma fala dos entrevistados, a importância dos farmacêuticos dentro da

equipe multidisciplinar, ela é destacada na literatura³². O farmacêutico é o último profissional com o qual o usuário terá contato antes de utilizar algum medicamento. No que se refere especificamente às pessoas com DM, esse profissional, por meio do cuidado farmacêutico, contribui para melhorias no processo de uso dos medicamentos, como, por exemplo, a correta administração daqueles de uso oral e a aplicação da insulina, a detecção de problemas relacionados à farmacoterapia, o descarte de insumos e a adequada monitorização da glicemia por punção capilar.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o usuário pode ter acesso aos medicamentos e insumos, mas o uso adequado dessas tecnologias é fundamental para a efetividade e a segurança do tratamento.

INFLUÊNCIA EMOCIONAL

Esse tema surgiu pela observação, por parte dos entrevistados, sobre a alteração dos níveis de glicose relacionada a mudanças nos aspectos emocionais que ocorrem em suas vidas. Esse tema gerou um subtema.

Aspectos emocionais que interferem no controle glicêmico

A falta de controle glicêmico relacionado a fatores emocionais foi mencionada por alguns entrevistados.

P3: [...] Eu não sei se foi por causa de nervosismos demais e agitação e que quando eu vi, eu tava morrendo...

P4: Não descobri ainda ser motivo do açúcar, porque eu não como nada com açúcar [...] E o meu, o meu problema da diabetes, eu acho que é por causa de sistema nervoso. [...] Eu sigo a dieta que o médico me deu, né? Mas ele falou assim, que eu tenho que controlar os nervos, daí ele me receitou calmante. Agora, eu estou a base do calmante também, né? Pra poder não agravar mais a diabetes. [...] Tento o máximo possível para mim não ficar nervosa e tentar controlar ela.

P9: Se eu ficar nervosa, ela vai lá em cima. [...] Nossa senhora! Que nem agora esses dias passando nervo, né? Tanto... Meu Deus, ela foi até pra quinhentos...

Pesquisas mostram que as pessoas que foram diagnosticadas com uma doença crônica são mais propensas a desenvolver estresse, ansiedade e depressão³³.

De acordo com a literatura, o medo e o estresse podem interferir nos níveis glicêmicos, com a liberação de cortisol, um hormônio que afeta o metabolismo de carboidratos e glicose. Fisiologicamente, em uma situação de perigo, seja verdadeira ou não, o cortisol é liberado. Quando essa liberação é excessiva devido ao estresse crônico, ela levará a níveis elevados de glicose no sangue e a resistência insulínica³⁴.

Os hábitos alimentares resultam do estado fisiológico, psicológico e ambiental das pessoas. Se, em algum desses estados, ocorrer desequilíbrio, por exemplo, em uma situação de ansiedade, ou outra alteração de humor, o indivíduo tende a descontar isso na alimentação, como um mecanismo de compensação³⁵. Se o indivíduo comer de forma exagerada, seu nível glicêmico pode alterar. Conviver com o DM é um desafio constante, e isso reforça a importância da atenção integral à saúde, tratando o usuário com suas necessidades.

LIMITAÇÕES

Este estudo forneceu importantes informações sobre os conhecimentos, crenças e sentimentos de pessoas com DM. Entretanto, não está destituído de limitações, como o fato de ter sido realizado em apenas um serviço com características próprias de vínculo e acesso dos usuários. Ademais, o instrumento utilizado para coleta de dados não foi validado por juízes *experts*.

CONCLUSÃO

Este estudo qualitativo permitiu compreender, de uma forma mais aprofundada, a população atendida acerca de sua experiência, conhecimentos e sentimentos associados com o DM. Foi possível observar aspectos que requerem ações educacionais e melhor capacitação dos profissionais de saúde, como, por exemplo, no cuidado centrado na pessoa, para que possam auxiliar os usuários com diabetes de forma mais efetiva. A pouca clareza e a falta de informações científicas sobre a doença com a qual convivem ficou evidente. O início dos sintomas ocorreu silenciosamente na maioria das vezes, e o principal sintoma relatado foi a polidipsia. A alimentação foi relatada como o ponto de maior dificuldade. As pessoas que vivem com o DM têm dificuldade em aceitar seu novo estilo e hábitos de vida. Verifica-se, também, que aspectos emocionais podem, de fato, interferir nos níveis glicêmicos e afetar o controle da doença.

O estudo mostrou a necessidade de que os profissionais de saúde sejam mais preparados para o cuidado centrado no usuário. A equipe precisa conhecer cada pessoa, suas limitações, seu estilo de vida e suas crenças. Isso permite uma visão holística que contribui mais para a adesão ao tratamento, bem como permite definir as intervenções em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Biblioteca Virtual em Saúde. Dia Nacional do Diabetes [Internet]. [acesso em: 2022 abr 28]. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/26-6-dia-nacional-do-diabetes-4/>
2. Rodacki M, Teles M, Gabbay M, Lamounier R. Classificação do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet] 2022. [acesso em: 2022 abr 28]. 30 p. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/?pdf=2436>
3. Santos VC dos, Rodrigues ALC, Cajazeira BCR, Ferrari CA, Libanio GC, Sanabria TL, et al. Diabetes Mellitus Tipo 2 - aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. *Braz J Devel*. 2023 Mar 7;9(3):9737-49. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n3-058>

4. Cobas R, Rodacki M, Giacaglia L, Calliari LEP, Noronha RM, Vallerio C, et al. Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2022. doi: 10.29327/557753.2022-2
5. International Diabetes Federation. Facts & figures [Internet]. 2021 [acesso em: 2023 out 18]. Disponível em: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>.
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. WHO; 2003. [acesso em: 2023 mar 25]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
7. Silva AS da, Alves SH de S. Conhecimento do Diabetes tipo2 e relação com o comportamento de adesão ao tratamento. *Est Inter Psicol*. 2018;9(2):39-57. doi: 10.5433/2236-6407.2016v9n1p39
8. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
9. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha guia de diabetes mellitus/SAS [Internet]. 2. ed. Curitiba; 2018 [acesso em: 2023 mar 30]. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba=-sesa4@e68eb2f3-1ee45-ec-a63c1-a54aab73ec&empPg=true>.
10. de Sousa Manoel MB, Santos EV de L. Avaliação do conhecimento de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 sobre a prevenção e cuidados com os pés em uma estratégia de saúde da família de Imaçulada-PB. *J Med Health Promotion*. 2019 jan-mar;4(1):1086-94.
11. Casarin DE, Donadel G, Dalmagro M, Oliveira PC de, Ceranto D de CFB, Zardeto G. Diabetes mellitus: causas, tratamento e prevenção. *Braz J Devel* [Internet]. 2022 Feb [acesso em: 2023 mar 10];8(2):1006275. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/43837/pdf>
12. Oliveira MS da S, Santos LA da S. Guias alimentares para a população brasileira: uma análise a partir das dimensões culturais e sociais da alimentação. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 Jul [acesso em: 2023 mar 30];25(7):2519-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fygpW4WtxNyXvKPMrxKJ46m/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/1413-81232020257.22322018
13. Maeyama MA, Pollheim LCF, Wippel M, Machado C, Veiga MV. Aspectos relacionados à dificuldade do controle glicêmico em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Básica. *Braz J Devel*. 2020;6(7):47352-69. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-391>
14. Recine E, Radaelli P. Alimentação saudável [Internet]. Brasília: NUT/FS/UnB – ATAN/DAB/SPS; 2002 [acesso em: 2023 fev 28]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel.pdf
15. Almeida JS de, Almeida JM de. A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma unidade de família. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2018 Apr;20(1):13-7. doi: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i1a4>
16. Alves MIBC, Santos NR dos, Basler DJD, Santos G do L. A atividade física e a sua importância para pessoas com diabetes tipo II [TCC Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação; 2022 [acesso em: 2023 fev 3]. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/28224>
17. Silva Junior WS da, Fioretti AMB, Vancea DMM, Macedo CLD, Zagury R, Bertoluci M. Atividade física e exercício no pré-diabetes e DM2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2022.

18. Silva AC, Stival MM, Funghetto SS, Volpe CR, Funez MI, Lima LR. Comparação da dor e qualidade de vida entre indivíduos com e sem neuropatia diabética. *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 2021 [acesso em: 2023 29 jan];11:1-20. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769263722>
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de atividade física para a população brasileira [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em: 2023 jan 29]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf.
20. Wtodarski Loreine, Aguiar Fernandes Denise, Brandalise Mariana. Avaliação do autocuidado na adesão do tratamento em pacientes usuários de insulinas. *Aletheia [Internet]*. 2020 jan-jul [acesso em: 2023 fev 07];53:121-32. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v53n1/v53n1a11.pdf>
21. Oliveira GG de, Waters C. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico / Epidemiological profile of patients with stroke. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*. 2021 jan-dez;66(1u):1. doi <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.019>
22. Silva FR, Ferreira LS. A importância da atenção farmacêutica aos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 quanto ao uso de antidiabéticos orais: uma revisão da literatura. *Rev Bras Interdisciplinar de Saúde [Internet]*. 2022 [acesso em: 2023 mar 30];4(1):43-9. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/336/207>
23. Ferreira AR de F, Fernandes BL, Oliveira Roque JM de, Gama RS. Assistência farmacêutica: o acesso a medicamentos como garantia dos direitos humanos. *FACS*. 2021 jul-dez [acesso em: 2023 mar 30];21(2):16-21. Disponível em: <https://periodicos.univale.br/index.php/revcientfacs/article/view/14/15>
24. Silva JPA da S, Sampaio LS, Oliveira L de S, Reis LA dos. Plantas medicinais utilizadas por portadores de diabetes mellitus tipo 2 para provável controle glicêmico no município de Jequié-BA. *Rev Saúde [Internet]*. 2018 [acesso em: 2023 fev 13];4:8-10. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/116/86>
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira [Internet]. 2. ed. Brasília: ANVISA; 2021 [acesso em: 2023 fev 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/formulario-fitoterapico/arquivos/2021-fffb2-final-c-cap2.pdf>
26. Ministério da Saúde (BR). Instrução Normativa nº 02 de 13 de maio de 2014. “Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado” e a “Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado”. *Diário Oficial da União [Internet]* 2014 maio 13 [acesso em: 2023 fev 13]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/int0002_13_05_2014.pdf
27. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 2006 maio 03 [acesso em: 2023 fev 13]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html
28. Alves MA, Siqueira SS de, Teixeira CD, Martins GP. A utilização de plantas medicinais e fitoterápicos como terapia alternativa e seus riscos à saúde. *Cad Camilliani [Internet]*. 2019 [acesso em: 2023 fev 13];16(1):1020-35. Disponível em: <http://www.saocamilo-es.br/revista/index.php/cadernoscamilliani/article/view/311/161>
29. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências [Internet]. [acesso em: 2023 fev 13]. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>
30. Maeyama MA, Pollheim LCF, Wippel M, Machado C, Veiga MV. Aspectos relacionados à dificuldade do controle glicêmico em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Básica. *Braz J Dev*. 2020;6(7):47352-69. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-391>
31. Sousa FSR de, Andrade AG de. Diabetes mellitus: a importância da equipe multidisciplinar. *Gepnews [Internet]*. 2021 [acesso em: 2023 fev 15];5(1):165-8. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/12890/8946>
32. Ferreira SL, Santos MYB, Silva HR da, Carvalho AM, Ferreira SL, Ribeiro KCSA, et al. Assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde: desafios e contribuições. *Res Soc Dev*. 2022 Aug 15;11(11):e511111133295. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33295>
33. Ramos LR, Ferreira EAP. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. *Rev Bras Crescimento desenvolvimento Hum [Internet]*. 2011 [acesso em: 2023 fev 27];21(3):867-77. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000300013&lng=en&nrm=iso doi: <https://doi.org/10.7322/jhgd.20039>
34. Pereira AAF de A, Conceição DR, Souza IS de, Cavalcante LA de S, Brito APA de. Relação entre o hormônio cortisol e a síndrome metabólica. *UNIFACS [Internet]*. 2018 [acesso em: 2023 fev 7]. 17 p. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/5592>
35. Lourenço AS de A. Ingestão de alimentos como mecanismo de regulação da ansiedade [Mestrado na Internet]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2016 [acesso em: 2023 fev 20]. Disponível em: <https://recil.ensinulusofona.pt/jspui/bitstream/10437/7230/1/TESE%20Ana%20Lourenço.pdf>

Submetido em: 09/11/2023

Aceito em: 16/08/2024