**NARRATIVAS DE DIABÉTICOS E IMPACTOS DA DOENÇA EM SEU COTIDIANO: QUESTÃO PARA TERAPIA OCUPACIONAL?[[1]](#footnote-1)**

Narratives of diabetics and impacts of the disease in their daily life:

issue for Occupational Therapy?

Narrativas de diabéticos y impactos de la enfermedad en su cotidiano:

cuestión para Terapia Ocupacional?

**Resumo:** O Diabetes Mellitus é uma doença de fundo metabólico causada por uma baixa sensibilidade ou a pouca produção de insulina, sendo a ‘tipo 2’ responsável por 90% dos casos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, a diabetes é quase uma epidemia em termos de pessoas afetadas, de potencial incapacitante, de mortalidade prematura e onerosa tanto para seu controle como no tratamento de suas complicações. **Objetivo**: identificar as principais alterações que ocorreram no cotidiano do diabético, conhecer aspectos do cotidiano após o diagnóstico e a evolução da doença, levantar as principais dificuldades encontradas pelos pacientes no atendimento do Sistema Único de Saúde, além, de identificar as medidas de prevenção, promoção de saúde e incentivo ao tratamento do qual participa. **Método:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa, exploratória, e prospectiva, com quatro participantes, sendo eles diabéticos tipo 2, de ambos os sexos, em acompanhamento no serviço de saúde do município de Praia Grande-SP. Os dados foram coletados através de narrativas, e posteriormente analisadas utilizando a análise de conteúdo. Apontam os **resultados** que as áreas com mais alterações em sua vida cotidiana foram: alimentação, atividade sexual, controle de esfíncter, gerenciamento e manutenção a saúde e comunicação. **Considerações Finais:** O apoio a adoção de hábitos e rotinas que previnam complicações e promovam saúde a diabéticos pode ser uma importante contribuição da terapia ocupacional em abordagens implicadas com a maximização das potencialidades ocupacionais e engajamento em atividades significativas e transformadoras.

**Palavras-chave**: Atenção Primária em Saúde; Cotidiano; Diabetes Mellitus, Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Terapia Ocupacional.

**Abstract:** Diabetes Mellitus is a metabolic background disease caused by a low sensitivity or low insulin production, with ‘type 2’ being responsible for 90% of cases. According to the Brazilian Diabetes Society, diabetes is almost an epidemic in terms of people affected, incapacitating potential, premature and burdensome mortality both for its control and in the treatment of its complications. **Objective:** to identify the main changes that occurred in the daily life of the diabetic, to know daily aspects after the diagnosis and the evolution of the disease, to identify the main difficulties encountered by patients in attending the Unified Health System, and to identify preventive measures, promotion of health and incentive to the treatment in which it participates. **Method:** a qualitative, exploratory, and prospective study was carried out, with four participants, being type 2 diabetics, of both sexes, being followed up at the health service of the city of Praia Grande-SP. The data were collected through narratives, and later analyzed using content analysis. They point out that the areas with the most changes in their daily lives were: feeding, sexual activity, sphincter control, health management and maintenance, and communication. **Conclusions:** supporting the adoption of habits and routines that prevent complications and promote health for diabetics can be an important contribution of occupational therapy in approaches implied by maximizing occupational potentialities and engaging in meaningful and transformative activities

**Keywords**: Primary Health Care; Daily Life; Diabetes Mellitus; Chronic Non-communicable Diseases; Occupational Therapy.

**Resumen**: la Diabetes Mellitus es una enfermedad de fondo metabólica causada por una baja sensibilidad o la poca producción de insulina, siendo el ‘tipo 2’ responsable del 90% de los casos. De acuerdo con la Sociedad Brasileña de Diabetes, la diabetes es casi una epidemia en términos de personas afectadas, de potencial incapacitante, de mortalidad prematura y onerosa tanto para su control y en el tratamiento de sus complicaciones. **Objetivo:** identificar las principales alteraciones que ocurrieron en el cotidiano del diabético, conocer aspectos de lo cotidiano después del diagnóstico y la evolución de la enfermedad, levantar las principales dificultades encontradas por los pacientes en la atención del Sistema Único de Salud, además de identificar las medidas de prevención, promoción de la salud y estímulo al tratamiento del cual participa. **Método:** se realizó una investigación cualitativa, exploratoria, y prospectiva, con cuatro participantes, siendo ellos diabéticos tipo 2, de ambos sexos, en seguimiento en el servicio de salud del municipio de Praia Grande-SP. Los datos fueron recolectados a través de narraciones, y posteriormente analizadas utilizando el análisis de contenido. Los resultados que las áreas con más cambios en su vida cotidiana fueron: alimentación, actividad sexual, control de esfínter, gestión y mantenimiento de la salud y comunicación. **Consideraciones finales:** El apoyo a la adopción de hábitos y rutinas que previenen complicaciones y promuevan salud a diabéticos puede ser una importante contribución de la terapia ocupacional en enfoques implicados con la maximización de las potencialidades ocupacionales y el compromiso en actividades significativas y transformadoras.

**Palabras clave:** Atención Primária en Salud; Cotidiano; Diabetes Mellitus; Enfermedades crónicas no transmisibles; Terapia Ocupacional.

**1 INTRODUÇÃO**

O Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico caracterizado pela hiperglicemia, na qual o organismo apresenta incapacidade total ou parcial para metabolizar a glicose. O diabetes ‘tipo 2’, geralmente acomete pessoas acima de 40 anos, sendo o mais frequente, totalizando 90% dos casos. Trata-se de um problema de saúde considerado uma Condição Sensível à Atenção Primária, pois um bom manejo clínico nas unidades básicas de saúde é capaz de evitar mortes e internações relativas às complicações cardiovasculares e cerebrovasculares que podem advir em decorrência da falta de controle das taxas glicêmicas1,2.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes3 é um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, de potencial para produzir incapacidade, de mortalidade prematura, como no que diz respeito aos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações.

Por não produzir sintomas no início, na maior parte dos casos, esse problema costuma ser despercebido. No último censo realizado no Brasil, quase metade dos pacientes com diabetes desconheciam o diagnóstico.

Conforme a Biblioteca Virtual de Saúde4 o prolongamento da hiperglicemia (altas taxas de açúcar no sangue) pode causar sérios danos à saúde, como**:** retinopatia diabética; nefropatia diabética;neuropatia diabética**;** pé diabético; infarto do miocárdio e acidente vascular; infecções. Há também uma prevalência de quadros de depressão pelo menos três vezes maior que a verificada na população adulta não diabética1.

As limitações de diversas ordens impostas pelo DM, tais como as restrições nutricionais, a necessidade do uso contínuo de medicamentos, frequentemente sob forma injetável, a frustração pela dificuldade de alcançar as metas de controle, a possibilidade de sofrer discriminação no ambiente social e no mercado de trabalho, e as incapacidades decorrentes das complicações em estado avançado, fragilizam emocionalmente e psicologicamente as pessoas diabéticas e comprometem sua autoestima, abrindo o caminho para quadros de depressão1.

Nesse sentido, é fundamental realizar uma abordagem global da pessoa com diabetes, levando-se em consideração o nível educacional, as condições sociais, econômicas e emocionais, a idade, o tempo de evolução da moléstia, o nível da glicemia, a presença de complicações, entre outras, que deverão ser analisadas e consideradas de maneira criteriosa.

O DM bem como as demais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem importantes problemas de saúde pública, cujos fatores de risco podem ser classificados em três grupos: os de caráter hereditário; os ambientais e socioeconômicos e os comportamentais. Dentre os três grupos de fatores de risco, é de suma relevância a atuação sobre os comportamentais, ou seja, sedentarismo, dieta, fumo e álcool, uma vez que são preveníveis5.

Como tem atingido um público cada vez mais jovem e com complicações severas, caso não haja um tratamento adequado, se faz necessário um maior aprofundamento quanto ao assunto, para se pensar em intervenções de prevenção de agravos e promoção de saúde de maneira a atingir as diversas classes sociais, faixas etárias e ambientes uma vez que deve se tornar responsabilidade social.

Esse artigo objetiva problematizar o cotidiano de pessoas com diagnóstico de DM e que realizam acompanhamento em um serviço de atenção primária de saúde. Em seus relatos narram como se percebem como sujeitos com DM, que dificuldades encontram no atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e como se engajam (ou não) em ações de autocuidado e administração de suas atividades de vida diária.

Mediante o exposto é possível tecer reflexões sobre o desafio colocado para pessoas com DM na construção de novos hábitos e rotinas de autocuidado para evitar as complicações e incapacidades advindas da descompensação dos níveis glicêmicos, e na necessidade de apoio de profissionais da saúde, como por exemplo, o terapeuta ocupacional, que pode atuar de forma direta ou no matriciamento de equipes de saúde da família em abordagens baseadas na maximização das possibilidades ocupacionais de sujeitos e grupos e que reconheça o potencial do engajamento em atividades significativas, criativas e transformadoras6  como promotoras de bem-estar.

**2 MÉTODO**

A pesquisa foi aprovada no Comitê de ética em Pesquisa de uma Universidade Pública, sob parecer nº 1814141/2017. Os participantes assinaram e rubricaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução 466/12 de 12/12/2012, antes de realizarem a narrativa com garantia de sigilo na divulgação dos dados.

Participaram da pesquisa quatro usuários diabéticos que utilizam o SUS da cidade de XXX-SP, sendo dois homens e duas mulheres, com plena capacidade cognitiva, que se disponibilizaram para realização dos encontros. Todos participantes fazem apenas acompanhamento clínico com o médico e/ou enfermeira em uma Unidade Saúde da Família (XXX).

O convite para participar da pesquisa foi realizado no acompanhamento da consulta para entrega de insumos aos usuários diabéticos, onde foram explicados os objetivos da pesquisa e realizado o convite para participação. Aos que aceitaram participar da coleta de dados foram agendados os dias para realização da narrativa de história de vida na residência do usuário ou outro local de conveniência dos mesmos.

Foi escolhido para essa pesquisa o uso da narrativa, que consiste em um instrumento completo para um estudo qualitativo. Para Rodrigues7 a memória individual tem o poder de recordar, revisitar, reviver e modificar fatos marcantes de nossa vida, considerando ter consigo a identidade do sujeito.

Assim as narrativas foram realizadas três delas nas casas dos usuários e uma no ambiente de trabalho. A escolha do ambiente domiciliar permitiu compreender o território em que está inserido o participante e conferiu uma sensação de segurança e privacidade ao mesmo.

As narrativas de histórias de vida foram transcritas literalmente, lidas e organizadas para melhor compreensão do cotidiano dos participantes. Os dados foram analisados utilizando a análise de conteúdo que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas8.

O método de pesquisa exploratória serviu para familiarizar-se com o assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado, com intuito de conhecer mais sobre o cotidiano de pessoas diabéticas, desta forma, podendo assim explorar os fatos passados para compreensão dos fatos atuais. Os resultados foram categorizados segundo as ocupações cotidianas que os participantes realizam com ou sem limitações em decorrência da doença, sendo essas: Atividades de vida diária (AVD), Atividades instrumentais de vida diária (AIVD), Descanso/Sono, Educação, Trabalho, Lazer e Participação Social.

**3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram como sujeitos da pesquisa uma mulher com 45 anos e um homem com 73 anos, ambos naturais de Praia Grande e os outros dois, uma mulher e um homem, com idade de 73 anos cada, naturais do Nordeste. Quanto à escolaridade os dois participantes que são oriundos do Nordeste brasileiro não foram alfabetizados e os outros dois nascidos na Praia Grande possuem formação técnica, sendo um corretor de imóveis (P3) e a outra contabilista (P2). Uma das mulheres é aposentada (P4) e os demais trabalham, sendo dois com vendas e um como feirante (P1). Os dois homens são casados, um há 33 anos e o outro há 50 anos. Já as mulheres, uma é divorciada há 10 anos e a outra separada há mais de 40 anos.

**Como tomaram conhecimento sobre a doença**

O participante (P1) está há 18 anos diagnosticado com diabetes, porém há apenas 7 anos faz acompanhamento médico por causa da mesma. De acordo com seu relato, nos primeiros 10 anos realizou tratamento apenas com chás, contudo nos últimos 7 anos teve complicações clínicas que o levaram a utilizar insulina e fazer acompanhamento médico mais frequente.

“*Há 35-36 anos atrás matei o verme da esquistossomose, mas o veneno ficou... Foi quando a dengue me pegou, baixou as plaquetas, a imunidade caiu, juntou o veneno dele, com o da dengue e acabou com o meu fígado. O pâncreas não aguentou, eu já tinha diabetes, mas não tomava medicamentos... Tive que ir para insulina. Atualmente não uso mais insulina, porque estava fazendo mal ...”* (P1)

A participante (P2) obteve seu diagnóstico há 17 anos, porém nunca fez acompanhamento ou se importou em tratar.

*“Em 2000 peguei uma diabete gestacional... Gravidez beleza, não levei a sério.... Em 2015 eu tive uma doença chamada Pancreatite aguda...foi ai que comecei a levar a sério a diabetes de 2015 para cá.”* (P2)

O participante (P3) foi diagnosticado com diabetes há aproximadamente 30 anos, descobriu durante exames de rotina, ele relata ter ficado um pouco assustado e que teria dado início ao acompanhamento médico logo em seguida.

*“...não lembro qual exame fui fazer e o médico falou que eu estava diabético tem uns 30 anos mais ou menos*.*”* (P3)

A participante (P4) é usuária de cadeira de rodas com amputação transtibial há dois anos. Aproximadamente 40 anos diagnosticada com diabetes.

*“... daí quando a coisa ficou preta mesmo tive que passar para insulina, foi depois que tirei a perna, já vai fazer dois anos que tirei a perna...Fiquei muito tempo tomando remédio, tem uns 40 anos que sou diabética, eu não sabia, eu sentia aquela indisposição, aquela coisa, mas eu nunca vi nem falar em diabetes, nem sabia... eu vivia passando mal, porque quando a diabete baixa a gente passa mal pra caramba, né!”* (P4)

Os relatos mostram que os participantes tomaram ciência da diabetes por causa de outras complicações clínicas, não necessariamente relacionadas aos sintomas da DM, o que parece confirmar o caráter insidioso da doença.

**Atividades de vida diária (AVDs)**

As AVDs são atividades relativas ao cuidado e manutenção da integridade corporal, e consistem em práticas básicas necessárias à sobrevivência e bem-estar.

Hagedorn9 apresenta uma definição ampliada das atividades de vida diária, que:

(...) variam entre aquelas fundamentais para sobrevivência (atividades pessoais da vida diária como: comer, manter-se aquecido, evitar perigo, manter higiene pessoal e, em algumas situações, habilidades sociais básicas – e os aspectos mais complexos do autocuidado pessoal e vida independente, como cozinhar, fazer compras e serviços domésticos (p.70).

Em relação às atividades básicas que compõem o cotidiano dos participantes da pesquisa, tais como alimentação, banho, higiene pessoal e controle de esfíncteres, verificou-se que os participantes eram independentes para a higiene pessoal e banho antes da diabetes, e apenas por questões de outras enfermidades posteriores ao diagnóstico, que chegaram a depender de ajuda, mas por um tempo determinado, como se pode observar nos depoimentos.

*“Tive necessidade de ajuda quando fiquei doente do fígado, pois não aguentava ficar de pé...”.* (P1)

*“No começo as meninas me ajudavam a transferir de cadeira, mas agora já consigo.”* (P4)

No que se percebe nesse último relato é que por razão da amputação houve uma alteração na prática do banho, havendo necessidade de reajustar as novas possibilidades para o fazer, o que

[...] pode representar um desafio tanto para a pessoa quanto para aqueles que estão próximos a ela, pois a condição de estar diabético e amputado afeta a vida como um todo, alterando drasticamente o cotidiano10 (p.245).

Com relação a higiene e autocuidado foram principalmente às mulheres que sentiram as mudanças, influenciadas por ações de terceiros.

*“Fazia muito as unhas, até que uma infeliz há dois anos enfiou um alicate que meu dedo ficou enorme... e falaram que eu ia perder meu dedo. Não faço mais as unhas, ninguém mais mexe nas minhas unhas...”* (P2)

Para Castanharo11 o autocuidado refere-se a atividades cotidianas realizadas pelo indivíduo em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, e podem modificar-se diante dos seus próprios processos de desenvolvimento e envelhecimento, ou de restrições, definitivas ou temporárias, originadas pelo adoecimento.

Em relação ao controle de esfíncter, todos perceberam que aumentou significativamente a dificuldade com relação ao controle, após o diagnóstico, mas principalmente pelo uso de medicamentos.

*“O diabetes faz urinar muito. Todo diabético urina muito, e depois é pior, tem que tomar remédio da pressão, o Hidroclorotiazida e o bichinho é terrível.”* (P1)

*“Quando a diabete tá alta faço xixi toda hora... quando passo nervoso também já viu...”* (P4)

Ser idoso, diabético e ter de conviver com esta doença faz a pessoa sentir-se impotente, frágil, com medo e com alteração na qualidade do sono. Tais sentimentos têm como consequência mudanças na qualidade de vida, na autoimagem e na autoestima12.

A alimentação foi um tema em que todos os participantes apresentaram questões devido às restrições alimentares que acompanham a doença. Estando relacionado à quantidade da ingesta e a dificuldade de autocontrole para resistir aos excessos. Como é possível conferir em suas respostas de como agiam antes e após o diabetes.

*“Acredito que alimentação influenciou a ser diabético, pois comia muito doce... Agora a gente evita muitas coisas né. Doce, por exemplo, e tem que comer menos, eu como de tudo. Só o doce que evito, mas tem dia que vou para feira volto e monto o prato oh!* (gesto de montanha*).”* (P1)

Para Péres13 a mudança de hábitos, depois de diagnosticada a DM, no que se refere à alimentação, é um processo lento e complicado, pois estes hábitos estão relacionados a três fatores complexos: a história cultural e familiar; ao fator econômico, que se refere aos custos; e finalmente ao social, que está relacionado aos padrões alimentares. A violação e o desejo alimentar estão sempre presentes na vida da pessoa com diabetes.

*“O difícil é a dieta porque não pode comer nada que gosta, como pouco, mais como o que gosto. Agora pouquinho.”* (P3)

Como o controle alimentar é entendido dentro da ótica da privação, do “regime”, as crenças prevalentes enfatizam a restrição, acentuam o “não pode”, em detrimento das outras possibilidades que se abrem, como os ganhos na qualidade de vida caso o diabético consiga manter os níveis glicêmicos equilibrados alimentando-se de forma balanceada e em intervalos regulares13.

É, sobretudo, por meio das restrições alimentares que o diabético toma consciência de suas limitações. Por essa razão, o conflito entre o desejo alimentar e a necessidade imprescindível de contê-lo está sempre presente na vida cotidiana dos participantes diabéticos14.

A Organização Mundial de Saúde15 afirma que a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, fatores psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais. Quanto à atividade sexual nas narrativas realizadas foi possível perceber uma insatisfação com a atividade em comparação ao período que antecedeu a diabetes.

*“A minha caiu, mas não foi por causa da diabetes não. Por causa do fígado porque quando não tinha o problema no fígado não tinha esse problema não.”* (P1)

*“Isso aqui mudou muito, antes de ter diabetes era uma coisa. Agora tá bem ruim.”* (P3)

***Atividade instrumental de vida diária* (AIVDs)**

### As AIVDs são atividades que apoiam a vida diária, e requerem interações mais complexas do que as AVDs. Envolve o cuidado a outras pessoas, mobilidade na comunidade, gerenciamento financeiro, gerenciamento da saúde, manutenção da casa e participação em atividades sociais.

### Nessa perspectiva, alguns pontos das narrativas mereceram destaque por apontarem modificações nessas atividades ao longo dos anos de vida dos participantes. Um dos pontos que se destaca foi o de gerenciamento e manutenção da saúde, pois é notório que com o diagnóstico da diabetes e mais ainda pelos agravantes advindos, a necessidade de realizar tratamento médico por ter uma doença crônica ganhou mais espaço em suas rotinas diárias.

*“... nunca me senti doente, então não ia ao médico. Só depois da diabetes que comecei a ir mais a médico.”* (P1)

*“Não ia, affff... Maria. Só comecei a tratar quando deu problema.”* (P2)

É possível perceber que as limitações advindas pelo diagnóstico da diabetes comprometeram o engajamento nas atividades relacionadas à limpeza de casa, mas os participantes nem sempre associam tal fato com a diabetes.

*“...agora ajudo pouco, lavo louça, varro a casa, me canso mais que o normal...”* (P3)

*“Era eu que fazia... não dá pra mim fazer né, não dá, para pôr roupa no varal, tudo que for aqui (referindo altura dela sentada na cadeira) pra lavar a louça, às vezes eu lavo...não faço em casa quase nada.”* (P4)

No quesito religioso percebe-se uma maior necessidade da proximidade com a presença divina após os quadros de complicações clínicas.

*“Sempre fui católico... Após doença Jesus chegou me disse: quero ver sua fé.”* (P1)

*“Quando eu tava internada eu levei a Bíblia para lá, eu li uma passagem de Deus dizendo que ia me dar mais uma chance.”* (P2)

*“Isso ai é que me sinto chateada, porque não posso ir pra igreja, era católica, não posso ir pra igreja, queria ir naqueles dias que tem mais oração.*” (P4)

De acordo com estudos realizados16 a religião e espiritualidade podem ser mecanismos de enfrentamento para pacientes diabéticos, e podem promover bem-estar, estando associada a menor quadro de depressão entre diabéticos tipo 2.

Quanto à comunicação, alguns se queixam de falta de paciência e de dificuldades com a memória, contudo, nota-se que é algo bem peculiar de cada participante e que talvez tenha uma maior relação com habilidades desenvolvidas ao longo da vida, pois os que lidam profissionalmente com público não relatam dificuldades na comunicação.

*“Sem dificuldade. Sempre alegre e feliz, brincando com todo mundo. Não tive alteração no humor...”* (P1)

*“Memória tá mais curta, esqueço nomes, demoro para lembrar, esqueço muito rápido. Antigamente não tinha isso não.* (P3)

**Trabalho**

O trabalho tem uma função social e uma função psíquica por ser um dos grandes alicerces da constituição do sujeito e da sua rede de significados e como elemento fundamental na constituição de redes de relações sociais e de trocas afetivas e econômicas que acontecem na vida cotidiana das pessoas17.

No discurso a seguir é possível notar como com esse participante as relações e as trocas afetivas influenciam sua atividade de trabalho, a ponto de não vê-lo como um trabalho em tempo corrido.

*“...ser feirante para mim foi bom me divirto faço amigos, eu gosto de ser feirante. Para dizer que trabalho e 30 min por dia (montar e desmontar). É uma parceria...”* (P1)

É possível notar, no relato a seguir, a influência do trabalho na saúde do indivíduo que experimenta o sofrimento psíquico na busca por soluções para as necessidades da sobrevivência.

*“Assim que aposentei fui exercer a profissão de corretor, só que agora não vendo mais nada porque com essa política. Isso também influi na saúde da gente....”* (P3)

**Participação Social**

O engajamento em situações de vida social constitui-se em aspecto muito importante para o participante com DM e influencia um viver saudável, mantém vínculos além dos muros da sua casa. No entanto, a participação social pode ser restringida devido a barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais, influenciando na autonomia dos sujeitos18.

*“Só participava do trabalho e da igreja, não tinha outros ambientes... Agora só participo em casa com a família... meu passeio é para o médico...* (neta: mas também não sente a vontade por causa da perna) *eu não gosto, eu vou chegando as pessoas ficam olhando, aquilo me constrange...*” (P4)

**Descanso e Sono**

O sono é essencial ao ser humano, tanto quanto a alimentação ou oxigênio. Sendo essencial para homeostasia das funções orgânicas, que podem influenciar no sistema imunológico, cognitivo e musculoesquelético, porém no caso dos diabéticos, o sono, pode comprometer o controle metabólico por desordens no ciclo dos hormônios19.

*“Nunca fui de dormir muito, trabalhava a noite e de dia, então sempre dormi pouco...então só vivia com sono. Eu parava tava cochilando.”* (P1)

Potter (2007) destaca que, a sonolência diurna excessiva é a queixa mais comum associada aos distúrbios do sono.

*“Não tinha um bom descanso ou sono bom, pois era muito baladeira...até insônia já tive. Hoje tenho qualidade de sono melhor.”* (P2)

A Sociedade Brasileira de Sono20 refere-se à insônia como “um sintoma que pode ser definido como dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, presença de sono não reparador, ou seja, insuficiente para manter uma boa qualidade de alerta e bem-estar físico e mental durante o dia, com o comprometimento consequente do desempenho nas atividades diurnas”.

*“Eu tinha problema com sono antes, mas tomava remédio fraco só mais para controle... Quando fico nervosa só durmo na base do remédio, eu tenho que tomar remédio para poder dormir, tomo dois tipos de remédio, todos os dias...”* (P3)

Os medicamentos utilizados no tratamento dos distúrbios do sono provocam distorções no padrão de sono, pois podem deprimir ou reduzir a resposta do córtex cerebral aos estímulos e produzir estado de vigilância, ansiedade e depressão21. A utilização de medicamentos para melhorar o padrão de sono em diabéticos pode provocar mais problemas do que benefícios22. Nesta direção, cabe lembrar que diabéticos idosos, geralmente, tomam diversos medicamentos para controlar o diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial, entre outros, podendo os efeitos combinados de vários medicamentos comprometer o seu padrão de sono.

**Educação**

Para Passamai23 o letramento é um fenômeno resultante do processo de aprender a ler e a escrever; é o estado ou condição que um indivíduo – ou um grupo social – adquire após ter se apropriado da escrita e de suas práticas sociais. A autora traz que o Letramento Funcional em Saúde (LFS) influência na capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas sobre saúde. Sendo assim, uma pessoa com nível de letramento apresentará melhor condição de saúde quando comparado a uma pessoa com pouco ou sem estudo. Devido o fato de compreenderem a importância de medidas preventivas, por exemplo, ou maior dificuldade de entender instruções sobre a medicação23.

*“Estudei 3 anos de contabilidade. Daí engravidei e minha mãe disse: ou você bem cuida da sua filha, ou você bem estuda. Então fiquei em casa...”* (P2)

*“Eu estudei pouco, só fiz curso primário e nem terminei...*” (P4)

O processo educativo deve resgatar as experiências e os conhecimentos que o diabético já possui, colaborando na construção de seu próprio conhecimento, aliado aos educadores24.

No entanto25 relatam que muitos programas de educação em saúde fracassam por não levarem em consideração os aspectos psicológicos, culturais, sociais, interpessoais e as reais necessidades da pessoa diabética.

**Lazer**

A Associação Mundial de Recreação e Lazer, através da Carta Internacional de Educação para o Lazer26, aponta que o lazer inclui a liberdade de escolha, criatividade, satisfação, sendo uma forma de promoção da saúde, visto como um recurso para melhorar a qualidade de vida.

Dentro disso nos confrontamos com relatos de pessoas que julgam ter pouco lazer, mas somente uma participante atribui seu pouco lazer ao fato de ser diabética.

*“Que lazer? O meu lazer era o dia de folga que ia pescar... Vou sempre sozinho, tenho medo, porque onde pesco é cheio de pedra...”* (P1)

*“...agora o que virou, não saio mais, festa esquece eu não vou, para ir a uma festa e não poder comer um doce eu fico na minha casa.”* (P2)

**Discussão**

Os participantes da pesquisa além da DM, apresentam quadro clínico de hipertensão, problemas cardíacos instaurados, perda da acuidade visual, colesterol alto e problemas osteomusculares, o que nos leva a refletir sobre o quanto o atendimento clínico oferecido pelo Serviço de Saúde Pública da Praia Grande consegue dar conta da complexidade dos quadros clínicos dos entrevistados, o quanto as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde são compreendidas e levadas a cabo, e como os entrevistados compreendem o que é o DM e os cuidados necessários para evitar as descompensações glicêmicas.

Os participantes relataram alterações em sua vida cotidiana nas atividades de alimentação, atividade sexual, controle de esfíncter, gerenciamento e manutenção da saúde e comunicação. A atividade de alimentação foi a que mais interferiu nas atitudes cotidianas, exatamente por estar muito ligada a hábitos alimentares que o acompanham ao longo da vida e por essa área atualmente exigir maior autocontrole para garantir um nível glicêmico adequado e constante.

Quanto à atividade sexual os participantes percebem alterações, porém é interessante destacar que também alegam outros fatores desencadeantes além da diabetes, como: problemas no fígado, climatério e hipertensão. Com relação ao controle do esfíncter acreditam estar relacionado ao uso de medicamento hipertensivo o aumento do fluxo urinário.

Outro ponto em que se revela uma mudança comportamental foi em relação ao gerenciamento e manutenção da saúde, que passa a ser uma preocupação maior no cotidiano desses pacientes diabéticos, que a seu modo aderiram ao tratamento de maneira parcial, uma vez que não seguem exatamente as orientações fornecidas.

No quesito comunicação, as queixas são em relação à memória e a falta de paciência, uma vez que os participantes mais ativos se percebem sem problemas para comunicar-se. Contudo, é interessante observar que todos os participantes classificam sua participação social restrita aos espaços de trabalho, religiosos e familiares.

Em relação à limpeza da casa, as limitações foram devidas a fatores agravantes como a amputação que limita os movimentos e dificulta a execução de algumas tarefas e problemas cardíacos que leva o participante a maior gasto de energia e maior fadiga.

Já as atividades religiosas foram compreendidas como um apoio aos participantes para conseguirem através da fé, estratégias de superação e conforto frente às dificuldades impostas pela doença.

No que diz respeito ao trabalho ficou evidente seu potencial de proporcionar satisfação aos participantes, e que a ausência dessa atividade como geradora de renda tem desencadeado outras preocupações que impactam sobre seu estado de saúde.

Em relação ao sono todos notam que houve alteração, sendo que apenas uma participante acredita ter melhorado a qualidade do descanso e sono.

Quanto à escolaridade percebeu-se que o pouco estudo compromete a compreensão das orientações transmitidas e consequentemente a adesão ao tratamento.

**A abordagem a pessoas com diabetes e possíveis contribuições da Terapia Ocupacional**

Um exame ao conjunto das narrativas revela o quanto o DM promove rupturas no cotidiano e na realização das atividades na vida dos sujeitos entrevistados. Ser portador de uma doença crônica e que requer cuidados rotineiros e uma relação mais frequente com serviços de saúde.

Os participantes da pesquisa queixam-se do tempo importante que perdem aguardando pelos atendimentos na unidade básica, da demora em agendar consultas em serviços de especialidades e mesmo para conseguir retorno para avaliação de resultados dos exames de rotina.

Atualmente o tratamento oferecido é basicamente medicamentoso, os participantes alegam não terem sido convidados a participar de grupos de diabéticos para orientações e intervenções, sendo o contato deles realizado a cada 3-6 meses em consulta e mensalmente para retirada de insumos com a enfermeira da área. Durante o acompanhamento dessas entregas de insumo nota-se que há uma preocupação por parte da profissional em relação ao teste do dextro, se esse é realizado e os resultados que estão apresentando, fator esse que se compreende ser crucial ao se pensar em prevenção de agravos e qualidade de vida.

Ao serem indagados sobre o tratamento eles referem que os insumos são fornecidos, bem como orientações quanto ao uso dos medicamentos que utilizam. Entretanto não lhes são ofertadas outras modalidades de atendimento, tais como uma orientação mais personalizada quanto a prevenção de agravos, como por exemplo, inspeções aos pés, ou mesmo uma escuta mais personalizada de suas necessidades mais singulares, reduzindo a abordagem ao controle da glicemia e fornecimento de insumos.

Faz se importante ressaltar que todos os participantes são diabéticos de longa data, e que, portanto, passam a ter necessidades de atendimentos ocasionais com serviços especializados, devido à comorbidades associadas, sendo necessário um atendimento além do ofertado pela atenção básica. Essa por sua vez, precisa estar articulada com os serviços de especialidades e até de reabilitação, pensando desta maneira em estratégias que previnam agravos no quadro clínico dessa população diabética.

Sabe-se que o tratamento ao paciente tem sido bem oneroso, porém, tais gastos podem ser amenizados à medida que se trabalha com prevenção primária junto a familiares de pacientes diabéticos e na prevenção secundária, evitando agravos no quadro clínico dos usuários do serviço de atenção básica, assegurando um atendimento ininterrupto, em rede, articulado proporcionando soluções para determinado problema de saúde do usuário, assentado em um projeto terapêutico.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) poderia assumir um “papel de articulação entre as equipes de Atenção Básica e os demais serviços de saúde e órgãos de outros setores, favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e continuidade do cuidado”1(p.91), evitando tanto a medicalização excessiva como a desassistência pela dificuldade de acesso a alguns profissionais.

Uma das estratégias de prevenção das complicações relacionadas à DM é a mudança no estilo de vida do paciente diabético, e este processo de educação em saúde e mudança de hábitos nem sempre acontece de forma linear e de modo fácil para os participantes27

Uma contribuição importante da Terapia Ocupacional reside em apoiar o usuário a empreender mudanças em seus hábitos cotidianos que melhorem sua condição clínica e seu bem-estar. Importante partir de uma escuta atenta sobre quais atividades são de fato significativas para os sujeitos, e quais atividades importantes deixou de fazer quando se tornou uma pessoa com diabetes. Para Benetton28 esse processo tem como objetivo principal a inserção social e a construção ou manutenção da dignidade da experiência e da ação cotidiana. Mas, para que este processo se concretize, é necessário conhecer o sujeito e seu cotidiano, o indivíduo nas suas atividades e relações, ou seja, não apenas conhecer o diagnóstico médico ou o conjunto de sintomas, mas quem é o sujeito, o que ele faz e em quais condições, faz-se necessário, portanto um diagnóstico situacional6

Uma abordagem em terapia ocupacional somente centrada na prescrição de rotinas e atividades para a remissão dos sintomas acaba por não levar em conta a complexidade das experiências de vida desses usuários. Importante que os usuários possam ser apoiados a reconhecer e experimentar o potencial da ocupação criativa, significativa e transformadora6

As rupturas no cotidiano que os usuários diabéticos vivenciam devem ser identificadas e percebidas como elementos motivadores para provocar transformações. A terapia ocupacional deve instigá-los a colocarem-se em ação e a ampliar sua capacidade de construção de novos cotidianos, instigá-los a fazer as atividades que lhe interessam de novas maneiras, a experimentar e/ou aprender novas atividades em novos ritmos e tempos, seja de maneira mais independente, seja com o apoio das pessoas de seu entorno, mas sempre visando a participação ativa desses sujeitos no seu processo de autocuidado e nas decisões sobre sua vida.

Desta forma, ao auxiliar o indivíduo na mudança de comportamentos e rotinas, os profissionais de saúde não só estariam lhe apoiando a construir estratégias de enfrentamento dessa doença crônica, mas convidando esse sujeito a refletir criticamente sobre o que limita seu desempenho nas atividades diárias importantes para sua vida e apoiando-o não só a adaptar-se a uma nova condição, mas a transformar a si mesmo e a seu entorno27.

Esse processo de cuidado deve ocorrer de forma acolhedora, e segundo Franco, Bueno e Merhy29 os espaços de intercessão criados pelo acolhimento visam à produção de relações de escuta e responsabilização, que produzem vínculos e compromissos em projetos de intervenção. A medida que o usuário participa do seu processo de saúde de forma mais ativa, ocorre uma melhor adesão ao seu tratamento, e é possível sair do lugar passivo de paciente e tornar-se agente de seu processo de produção de saúde29,30.

**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As narrativas de pessoas diabéticas apontam a necessidade de se investir em estratégias mais potentes de sensibilização e conscientização desses sujeitos para o enfrentamento da doença e seus agravantes. É importante que compreendam que mudanças em seus hábitos de vida não precisam ser sempre penosas e restritivas, e que com apoio de profissionais na reconstrução de uma rotina que inclua atividades prazerosas para cada sujeito e que também sejam promotoras de saúde e bem-estar, é possível evitar os agravos clínicos e incapacitantes. Conforme as pessoas com DM compreendam a necessidade de tratamento por toda a vida e engajem-se no autocuidado, é possível reduzir custos orçamentários dele e do próprio sistema de saúde e ampliando sua expectativa de vida.

É importante destacar que atividades educativas e programas de promoção à saúde devem ser destinados aos familiares de pessoas com DM, uma vez que o fator genético, ambiental, alimentar podem ser fatores desencadeantes do quadro clínico de diabetes.

Uma melhor articulação entre a atenção básica e atenção secundária é fundamental, visto que quanto mais tardiamente são diagnosticadas alterações oftálmicas, renais, nervosas, vasculares, entre outras, maiores são os comprometimentos, podendo levar até mesmo a óbito. Quando o cuidado é realizado de forma adequada e em tempo hábil, torna-se possível prevenir deformidades e mesmo a invalidez.

Acreditamos que o atendimento interprofissional seja a estratégia mais adequada para essa população que precisa deixar de ser olhada de maneira fragmentada, mas compreendida em sua totalidade, pois da maneira como vem se dando seu atendimento dentro de um serviço de saúde com profissionais atuando de forma desarticulada, suas questões vão sendo avaliadas em alguns contextos e desconsideradas em outros, o que muitas vezes acaba por comprometer a eficácia das intervenções.

**5 REFERÊNCIAS**

1.Brasil. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**:Diabetes Mellitus.Brasília; DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategiascuidadodoencacronicadiabetesmellitus.pdf>. Acesso em: 29/10/2015.

2.Goulart FAA. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis**: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde. Brasília; 2011. Disponível em <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\_flavio1.pdf>. Acesso em: 23/11/2014.

3.[Sociedade Brasileira de Diabetes.](http://www.diabetes.org.br/) **Pesquisa mostra desconhecimento da população sobre diabetes**. Nov; 2011. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/ultimas/pesquisa-mostra-desconhecimento-da-populacao-sobre-o-diabetes>. Acesso em: 29/10/2015.

4.Biblioteca Virtual em Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília; DF: Ministério da Saúde; Jun/2009. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/67diabetes.html>. Acesso em: 29/10/2015.

5.Brasil. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília; DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2001. Disponível em <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/reorganização\_plano.pdf> Acesso em: 30/10/ 2015.

6.Marcolino TQ. **Como trabalhamos com a noção de ampliação de cotidiano**: considerações a partir do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. In: Matsukura TS, Salles, MM; (orgs). Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo no campo da saúde mental, São Carlos: EdUFSCar; 2016: p.105-122.

7.Rodrigues LG. **A arte das narrativas orais urbanas**: performance, história, memória e ficção. Porto Alegre: Instituto de Letras; 2010.

8.Minayo MCS. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 21ºed; 2002.

**9.Hagedorn R. Fundamentos** para a prática em terapia ocupacional. São Paulo: Roca; 2003.

10. Batista NNLAL, Luz MHBA. **Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros**. Revista Brasileira de Enfermagem; 2012; 65(2): p.244-250. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a07.pdf>. Acesso em: 29/11/2016.

11.Castanharo RCT, Wolff LDG. **O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional**: análise da produção científica. Cad. Ter. Ocup. UFSCar; 2014; 22(1): p.175-18. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/977>. Acesso em: 25/11/2016

12.Salomé GM, Oliveira TF, Pereira WA. **O impacto da incontinência urinária na autoestima e autoimagem de pacientes diabéticos**. ESTIMA; 2016; 14(3): p.127-136. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/312100011_O_impacto_da_incontinencia_urinaria_na_autoestima_e_autoimagem_de_pacientes_diabeticos>. Acesso em: 20/12/2016.

13.Peres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. **Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença**: sentimentos e comportamentos. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2007; 15(6): p.1105-1112. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/16184/17871>. Acesso em: 02/02/2017.

14.Santos ECB. **O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador**. RevLatino-am Enfermagem. 2005 maio-junho; 13(3): p.397-406. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000300015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01/12/2016.

15.Organização Mundial da Saúde. **Definindo saúde sexual**: relatório de uma consulta técnica sobre saúde sexual. Genebra; 2002. Disponível em <www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf> Acesso em: 27/11/2014.

16.Sridhar GR. **Diabetes, religion and spirituality**. Int J Diabetes Dev Ctries; 2013 Jan.–March; 33(1): p.5–7. Disponível em: <http://paperity.org/p/8848472/diabetes-religion-and-spirituality>. Acesso em: 03/11/2017.

17.LancmanS. **Psicodinâmica do trabalho**. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia Ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

18.World Health Organization. **International Classification of Functioning, Disability and Health** (ICF). Genebra: WHO; 2001. Disponível em: < http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Acesso em: 21 ago. 2015.

19.Almeida BRS. **A relevância do sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico**. Brasília: [s.n]; 2015. 65f. Monografia (Graduação). Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem. 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/11540/1/2015_BrunoRatierSaconideAlmeida.pdf>. Acesso em: 15/03/2016

20. Sociedade Brasileira do Sono. **I Consenso Brasileiro de Insônia**; out 2003. Disponível em: http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2008/ia/pdf\_consenso.pdf. Acesso em: 12 /11/2017.

21. Potter PA, Perry AG. **Sono**. In: Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

22. Cunha MCB, Zanetti ML, Hass VJ. **Qualidade do sono em diabéticos do tipo 2**. Rev Latino-am Enfermagem; 2008 setembro-outubro; 16(5): p.01-08. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_09.pdf>. Acesso em: 3/11/2017.

23.Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. **Letramento funcional em saúde**: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ; 2011; 16(41):p.301-314. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000027&script=sci_abstract>. Acesso em: 15/03/2016.

24. Pace AE, Ochoa-Vigo KV, Nunes PD. **O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus**. Rev Latino-am Enfermagem; 2003 maio-junho; 11(3): p.312-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 4/11/2017

25. Zanetti ML, Mendes IAC. **Tendência do locus de controle de pessoas diabéticas**. Rev Esc Enfermagem USP; 1993 agosto; 27(2): p.246-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v27n2/0080-6234-reeusp-27-2-246.pdf>. Acesso em: 06/01/2017

26.Wlra. **Carta Internacional de Educação para o Lazer.** Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\_exibe1.asp?cod\_noticia=195 >. Acesso em: 04 de nov.2017.

27.Tavares AA, Freitas LM, Silva FCM, Sampaio RF. **(RE) Organização do cotidiano de indivíduos com doenças crônicas a partir da estratégia de grupo.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar; 2012; 20(1): p.95-105. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/553/367>. Acesso em: 06/01/2017

28.Benetton J. **O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados.** Revista Ceto; 2010; 12(12): p.32-39. Disponível em: <http://www.ceto.pro.br/revistas/12/12-06.pdf>. Acesso em: 4/11/2017

29.Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. **O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde**: O Caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública; 1999 abr/jun; 15(2): p.345-353. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 15/03/2015

30.Teixeira RR. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação**. In: Mattos RA, Pinheiro R. (Org.). Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003. p.89-111.

1. Trabalho realizado sem recurso financeiro e apresentado como Conclusão de Curso na Terapia Ocupacional - UNIFESP *campus* Baixada Santista. [↑](#footnote-ref-1)