



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SÔNIA MARIA DE ARAÚJO CAVALCANTE

**CÍRCULO DE CULTURA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM
SAÚDE NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES *MELLITUS* TIPO 2 NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**FORTALEZA - CEARÁ
2016**

SÔNIA MARIA DE ARAÚJO CAVALCANTE

CÍRCULO DE CULTURA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM
SAÚDE NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES *MELLITUS* TIPO 2 NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Annatália Meneses de Amorim Gomes

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Cavalcante, Sônia Maria de Araújo .

Círculo de cultura como estratégia de educação popular em saúde na adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária [recurso eletrônico] / Sônia Maria de Araújo Cavalcante. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 127 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof.^a Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes.

1. Diabetes mellitus. 2. Adesão ao tratamento. 3. Círculo de cultura. 4. Atenção primária à saúde. I. Título.

SÔNIA MARIA DE ARAÚJO CAVALCANTE

CÍRCULO DE CULTURA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM
SAÚDE NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família do Centro de Ciências da Saúde,
da Universidade Estadual do Ceará -
UECE, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Saúde
da Família. Área de Concentração: Saúde
da Família

Aprovada em: 31 de outubro de 2016

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Annatália Meneses de Amorim Gomes (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Prof.^a Dr.^a Maria Fátima Maciel Araújo
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dr. Andrea Caprara
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

AGRADECIMENTOS

A **Deus e Nossa Senhora**, por iluminar essa minha caminhada, permitindo que eu superasse os momentos difíceis, como a partida inesperada de meu pai querido, fortalecendo-me pela fé e colocando anjos na minha vida.

Aos meus pais, **Sílvia de Araújo Cavalcante e José Waldemar Cavalcante** (*in memorian*), o meu agradecimento pelo amor, pela educação e dedicação, motivando-me, capacitando-me e impulsionando-me a nunca desistir dos meus sonhos. Vocês foram e sempre serão os pilares de minhas conquistas. Esse amor dedicado e seus ensinamentos são eternos porque se reproduzem nas gerações seguintes. Muitas saudades!

Aos meus irmãos, **Sílvio** (*in memorian*), **Stênio**, **Sérgio** e, em especial, minha querida irmã **Sueli**, que esteve do meu lado incansavelmente, ajudando-me, incentivando-me e vivenciando essa jornada passo a passo. Sua ajuda foi essencial para que eu concluísse esse mestrado. Obrigada, minha irmã querida!

Às minhas **cunhadas e sobrinhos**, pelo apoio e incentivo durante esse mestrado.

À minha amiga **Elba**, irmã de coração, pela amizade e pelo apoio a mim dedicado.

À **Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Moraes**, pela competência e dedicação que fazem desse Mestrado Profissional em Saúde da Família uma verdadeira referência.

À minha querida orientadora, **Prof.^a Dr.^a Annatália Meneses de Amorim Gomes**, exemplo de ser humano iluminado, que me orientou não apenas na realização desta pesquisa, como também nos momentos difíceis que surgiram, sempre com muito carinho, paciência e compreensão. Com suas palavras sábias e confortadoras, ergueu-me em todos esses momentos. Agradeço-lhe por ajudar-me a realizar esse sonho e por todos os ensinamentos que sua convivência proporcionou-me! Você foi um anjo, que surgiu na defesa do anteprojeto e me acompanhou durante todo esse percurso. Um abraço carinhoso!

Ao **Prof. Dr. Andrea Caprara**, por sua presteza em participar da minha defesa, suas contribuições e sua confiança em meu trabalho.

À **Prof.^a Dr.^a Maria Fátima Maciel Araújo**, pela aceitação em participar da banca de dissertação do mestrado, sempre disponível e atenciosa, contribuindo significativamente com seus ensinamentos tão importantes para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao **Prof. Dr. Augusto Torres**, pela gentileza em participar da banca examinadora da defesa da minha dissertação.

À minha **turma do mestrado**, que se tornou uma verdadeira família, agradeço a todos pela convivência harmoniosa e tão rica de experiências.

Aos meus alunos, **Ana Karolina, Arthur, Gabriela e Rachel**, que se motivaram a ajudar nessa pesquisa.

A todos os **colaboradores do Mestrado Profissional de Saúde da Família**, que de alguma maneira contribuíram para realização deste meu sonho.

Muito obrigada!

Ao meu esposo, **Paulo Helder**, pela paciência em relação aos momentos ausentes, alterando o cotidiano de nossas vidas e pelo apoio prestado quando eu mais precisava.

Aos meus filhos, **Paula, Paulo Helder Filho e Paloma**, motivos de orgulho e alegria para mim, que me deram o suporte necessário para que eu pudesse caminhar e chegar ao meu objetivo, sempre amorosos, presentes e disponíveis em todos os momentos, assumindo muitas vezes minhas responsabilidades, na busca de proporcionar-me tempo para assumir os estudos, dedico essa conquista e o meu amor infinito.

“Ensinar não é transferir conhecimentos,
mas criar as possibilidades para a sua
produção ou a sua construção”.

(Paulo Freire)

RESUMO

Este trabalho objetivou realizar Círculos de Cultura como estratégia de educação popular em saúde para melhoria à adesão ao tratamento de Diabetes *Mellitus* tipo 2 na atenção primária do Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Apresenta aspectos teóricos sobre a doença Diabetes *Mellitus*, tipos, principais complicações e tratamento, além de discorrer sobre a adesão ao tratamento medicamentoso do paciente com Diabetes *Mellitus* tipo 2, promoção da saúde e educação popular nas práticas profissionais adotadas, destacando também os fundamentos, conceitos e as estratégias do Círculo de Cultura. Caracteriza-se como uma pesquisa do tipo exploratória, com abordagem qualitativa, utilizando como método a pesquisa-ação, tendo em vista que essa pesquisa foi desenvolvida a partir da interação entre pesquisadores e usuários, com propósito de estabelecer troca de saberes e possibilitar uma ação intervencionista através do Círculo de Cultura, com vistas à transformação das condutas em relação à adesão ao tratamento medicamentoso. A abordagem teórico-metodológica que embasa o presente estudo é a dialética, buscando identificar as percepções dos sujeitos em seus discursos e articulando cada discurso com os outros discursos pertencentes aos usuários diabéticos, com intuito de formar um único discurso representante do todo, o Discurso do Sujeito Coletivo. O campo do estudo concretizou-se na Unidade de Atenção Primária Mattos Dourado, situada no bairro Edson Queiroz, em Fortaleza-CE. A amostra foi do tipo não probabilística e intencional, sendo utilizados os seguintes critérios de seleção: i) maiores de 40 anos; ii) considerados não aderentes pelo Teste de Morisky-Green; iii) cadastrados na (UAPS) e iv) atendidos por uma equipe de saúde na família. As técnicas utilizadas para coleta de dados foram observações livres, entrevista estruturada e Círculo de Cultura. Foi possível identificar a transformação ocorrida nos usuários diabéticos, em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, a partir da codificação e decodificação da realidade sob a reflexão crítica. Os resultados da pesquisa mostraram que as significações negativas sobre a doença se destacaram com forte impacto emocional, com percepção de limitações importantes, repercutindo na maneira de viver. Este aspecto, porém, não atingiu a totalidade do grupo, surgindo significação positiva de felicidade e bem-estar, não permitindo portanto, interferência negativa em sua vida. Em relação à percepção sobre a adesão ao tratamento medicamentoso, reconhece-se que todos os usuários

entendiam que a adesão é uma atitude de cumprir o tratamento medicamentoso, conforme o profissional de saúde orienta, embora não agisse nessa direção. Finalmente, em relação aos aspectos que dificultavam a adesão ao tratamento medicamentoso, identificaram-se os relacionados ao próprio usuário, destacando-se o esquecimento; os relacionados ao esquema terapêutico como principalmente o excesso de medicamentos; e ao sistema de saúde, enfatizado desorganização e falta frequente dos medicamentos. Compreende-se que os resultados deste estudo reforçam a importância do entendimento de que os usuários agem dentro das possibilidades da realidade que os opreme, e somente após mergulhar nessas condições concretas, consegue-se transformá-los na direção da adesão ao tratamento medicamentoso. Finalmente, conclui-se que o Círculo de Cultura como estratégia de Educação Popular, mostrou-se como uma estratégia potente para fomentar a adesão ao tratamento medicamentoso, possibilitar aos profissionais de saúde ampliar percepções sobre o compartilhamento de saberes entre a população e os serviços de saúde, e contribuir de maneira positiva no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*. Adesão ao tratamento. Círculo de cultura. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This work aims to conduct culture circles as popular education strategy for health to improve the adherence to type 2 diabetes treatment in primary care in the city of Fortaleza, Ceará. Theoretical aspects of the disease *Diabetes Mellitus*, their types, their main complications and treatment, and discuss the adherence to drug treatment of the patient with *Diabetes Mellitus* type 2, health promotion and popular education in professional practices, also highlighting the fundamentals, concepts and strategies of *Círculo Culture*. It is characterized as an exploratory research with qualitative approach using as a method action research, given that this research was developed from the interaction between researchers and users, in order to establish an +exchange of knowledge and enable interventionist action by the Culture Circle, with a view to transforming behaviors in relation to adherence to drug treatment. The theoretical and methodological approach that underlies the present study is the dialectic in order to identify the perceptions of the subjects in his speeches and articulating every speech with other discourses pertaining to diabetic users, in order to form a single speech representative of the whole, the Speech Collective Subject. The field of study materialized in the Primary Care Unit Mattos Gold, located in Edson Queiroz district of Fortaleza. The sample was non-probabilistic and intentional, being used the following selection criteria: i) greater than 40; ii) are non-adherent by Morisky-Green test; iii) registered in (UAP) and iv) served by a health team in the family. The techniques used for data collection were free observation, structured interview and Culture Circle. It was possible to identify the transformation that occurred in diabetic users in relation to adherence to drug treatment, from the encoding and decoding of their reality in a critical reflection. The survey results showed that the negative meanings of *Diabetes Mellitus* stood out with strong emotional impact, with perception of important limitations which influence the way we live. This aspect, however, did not reach the entire group, emerging positive meaning of happiness and well-being, not allowing, thus, negative interference in your life. Regarding the perception of adherence to drug treatment we recognize that all users understand that membership is an attitude to comply with drug treatment as the health professional guides, but do not act in this direction. Finally, with regard to the aspects that hinder adherence to drug treatment identified related to the user himself, especially forgetfulness; related to the treatment regimen as mainly excess

medicines; and related to the health system, emphasized disorganization and frequent lack of medicines. We understand that the results of this study reinforce the importance of understanding that users act within the possibilities of reality that oppresses them, and only after plunging these concrete conditions could turn them towards the adherence to drug treatment. Finally, we conclude that the Culture Circle as a strategy for Popular Education was a powerful strategy to provide compliance to drug treatment, enabling healthcare professionals to broaden their perceptions about the sharing of knowledge among the population and health services, and contribute positively in solving the Unified Health System (SUS).

Keywords: Diabetes *mellitus*. Adherence to treatment. Culture circle. Primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Outros tipos específicos de Diabetes <i>Mellitus</i> (DM)	30
Figura 2 –	Mapa da Regional VI.....	66
Figura 3 –	Fases de desenvolvimento dos Círculos de Cultura.....	71
Figura 4 –	Círculos de Cultura na adesão ao tratamento medicamentoso....	78
Figura 5 –	Círculos de Cultura em momento de lanche saudável.....	81
Figura 6 –	Usuária mostra a transformação do "barquinho" em uma "camisa" após dinâmica motivadora de adesão.....	90
Figura 7 –	Círculo de Cultura celebrando a Educação Popular em Saúde na adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes <i>Mellitus</i> ...	91
Figura 8 –	Temáticas e Ideias Centrais categorizadas.....	93
Figura 9 –	Pesquisadora e colaboradores.....	106
Quadro 1 –	Recomendações de controle glicêmico para adultos com DM, de acordo com as diversas sociedades médicas	36
Quadro 2 –	Tipos de insulina.....	42
Quadro 3 –	Perguntas e respostas norteadoras dos Círculos de Cultura.....	81
Quadro 4 –	Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta 1 “O que você sabe sobre a doença diabetes e como vivem com essa doença?”	94
Quadro 5 –	Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta 2 “O que você pensa sobre o tratamento da sua doença diabetes com remédios?”	98
Quadro 6 –	Ideia Central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta 3 “O que dificulta você a fazer o tratamento da maneira como o profissional de saúde recomenda?”	100
Quadro 7 –	Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta 4 “O que os Círculos de Cultura representaram para você na adesão ao tratamento Medicamentoso?”	103

Gráfico 1 –	Frequência de IC (Pergunta 1).....	93
Gráfico 2 –	Frequência de IC (Pergunta 2).....	98
Gráfico 3 –	Frequência de IC (Pergunta 3).....	100
Gráfico 4 –	Frequência de IC (Pergunta 4).....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa...	76
Tabela 2 – Porcentagem das IC referente à resposta da questão 1.....	93
Tabela 3 – Porcentagem das IC referente à resposta da questão 2.....	97
Tabela 4 – Porcentagem das IC referente à resposta da questão 3.....	99
Tabela 5 – Porcentagem das IC referente à resposta da questão 4.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	American Diabetes Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial do Adulto
CCDS	Centro Comunitário de Defesa Social
CEAME	Centro Evangélico de Apoio ao Menor
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
DPP-4	Dipeptidil peptidase 4
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EASD	European Association for the Study of Diabetes
ECH	Expressões-chave
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESMEC	Escola Superior da Magistratura do Estado do Ceará
FDA	Food and Drug Administration
GLP1	Glucagon-like peptide-1
HbA1c	Hemoglobina glicada
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBECS	Español en Ciencias de la Salud
IC	Ideias Centrais
IDF	International Diabetes Federation
INS-R	Insulina Regular
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde
Medline	Medical Literature and Retrieval System Online
MODY	Maturity-Onset Diabetes of the Young

NAMI	Núcleo de Atenção Médica Integrada
OMS	Organização Mundial da Saúde
RI	Resistência à Insulina
SEBRAE	Serviço de Apoio à Pequena e Média Empresa
SGLT2	Sodium Glucose Cotransporter Type 2
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNE	União Brasileira de Estudantes
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	26
2.1	GERAL	26
2.2	ESPECÍFICOS	26
3	REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1	CONCEITOS, TIPOS, COMPLICAÇÕES E TRATAMENTO DO DIABETES <i>MELLITUS</i>	27
3.1.1	Tipos de Diabetes <i>Mellitus</i>.....	28
3.1.1.1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1	28
3.1.1.2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2	29
3.1.1.3	Outros Tipos Específicos de Diabetes <i>Mellitus</i>	30
3.1.1.4	DM Gestacional.....	31
3.1.2	Complicações do Diabetes <i>Mellitus</i>.....	31
3.1.2.1	Complicações Agudas.....	31
3.1.2.2	Descompensação Hiperglicêmica Aguda – Cetoacidose.....	32
3.1.2.3	Síndrome Hiperosmolar Hiperglicêmica Não Cetótica.....	32
3.1.2.4	Hipoglicemia.....	33
3.1.2.5	Complicações Crônicas.....	33
3.1.2.5.1	<i>Complicações Crônicas Macrovasculares</i>	34
3.1.2.5.2	<i>Complicações Crônicas Microvasculares</i>	34
3.1.2.5.3	<i>Retinopatia Diabética</i>	34
3.1.2.5.4	<i>Nefropatia Diabética</i>	35
3.1.2.5.5	<i>Neuropatia Diabética</i>	35
3.1.3	Tratamento do Diabetes <i>Mellitus</i>.....	35
3.1.3.1	Mudanças de Estilo de Vida.....	36
3.1.3.2	Agentes Antidiabéticos.....	37
3.1.3.3	Agentes que Aumentam a Secreção de Insulina.....	37
3.1.3.4	Agentes que Não Aumentam a Secreção de Insulina.....	37
3.1.3.5	Agentes que Aumentam a Secreção de Insulina Dependente de Glicose e que Diminuem a Secreção de Glucagon.....	39
3.1.3.6	Agentes que Promovem Glicosúria.....	40
3.1.3.7	Insulinoterapia.....	40

3.2	ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2	41
3.2.1	Aspectos individuais do profissional de saúde.....	49
3.2.1.1	Aspectos Relacionados com a Equipe.....	49
3.2.1.2	Os Aspectos da Relação com o Usuário	49
3.3	PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS COM USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2	51
3.4	CÍRCULO DE CULTURA: FUNDAMENTOS, CONCEITOS E ESTRATÉGIAS.....	57
4	PERCURSO METODOLÓGICO	63
4.1	TIPO DE ESTUDO	63
4.2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	64
4.3	CAMPO DA PESQUISA	66
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	69
4.5	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.	70
4.6	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	72
4.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	75
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	76
5.2	RELATO DA INTERVENÇÃO COM OS CÍRCULOS DE CULTURA	78
5.2.1	Primeiro Círculo de Cultura – Descobrimo-me como diabético	78
5.2.2	Segundo Círculo de Cultura – Identificar as significações e as formas de lidar dos usuários diabéticos tipo 2 com relação à doença.....	83
5.2.3	Terceiro Círculo de Cultura – Percepções dos usuários acerca da adesão ao tratamento medicamentoso.....	85
5.2.4	Quarto Círculo de Cultura – Dificultadores na adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários diabéticos tipo 2...	87
5.2.5	Quinto Círculo de Cultura – motivação e efeitos dos Círculos de Cultura na adesão ao tratamento.....	88

5.3	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE USUÁRIOS DIABÉTICOS TIPO 2 DA UAPS MATTOS DOURADO	92
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	107
	APÊNDICES	117
	APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA ESTRUTURADA.....	118
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	119
	APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL.....	121
	ANEXOS	122
	ANEXO A – TESTE DE MORISKY-GREEN.....	123
	ANEXO B – PARECER CPNSUSTANCIADO DO CEP.....	124

1 INTRODUÇÃO

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende”.

(Leonardo da Vinci)

No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), assim como nos outros países, constituem o maior problema global de saúde e estão relacionadas com elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de impactos econômicos para famílias, comunidades e sociedade em geral. Das 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008, 36 milhões ou 63%, foram decorrentes das DCNT, com destaque para o diabetes, doenças do aparelho circulatório, câncer e doença respiratória crônica (ALLWAN *et al.*, 2010).

A doença Diabetes *Mellitus* (DM) faz parte das DCNT, destacando-se por sua incidência. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035. DM não é considerada uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos tendo em comum a hiperglicemia, resultada de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. As complicações agudas e crônicas da diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes, mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde (IDF, 2012).

Estudo realizado pela OMS mostrou que os custos governamentais de atenção ao DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de Saúde, e os custos de produção perdidos podem exceder, em até cinco vezes, os custos diretos de atenção à saúde (OMS, 2003). O Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2), caracterizada como uma doença progressiva para a maioria das pessoas, o tratamento exige administração de medicamentos, pois somente as medidas não medicamentosas tornam-se ineficientes e ineficazes para manter o bom controle glicêmico (DAVIDSON, 2001). Este quadro progressivo é uma evolução natural da enfermidade que pode ser acelerado quando o esquema terapêutico prescrito não é cumprido (DUARTE-RAMOS; CABRITA, 2006).

A baixa aderência ao tratamento medicamentoso faz com que aproximadamente 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas como o usuário diabético tipo 2, não obtenha melhoras no contexto da doença (COSTA *et al.*, 2011).

A não adesão à farmacoterapia é considerada um dos maiores problemas de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a não adesão ao tratamento medicamentoso tem causas multifatoriais (WHO, 2003), envolvendo terapia complexa, dificuldade em entender as prescrições médicas, tratamento de doenças assintomáticas, insatisfação dos pacientes com os serviços de saúde, aspectos socioeconômicos e crenças dos pacientes (OBRELI-NETO *et al.*, 2010).

Segundo Araújo *et al.* (2010), 54,5% esquecem o horário da medicação, 66,0% de tomar medicação e 90,0% apresentam sentimento de culpa pelo esquecimento. Conforme Gimenes, Zanetti e Haas (2009), 78,3% referem adesão, mas com mau controle da glicemia, indicando suposta falha de esquema terapêutico.

O termo adesão é definido pelo cumprimento de pelo menos 80% na utilização de medicamentos prescritos ou outros procedimentos recomendados pelo profissional da saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Sob esse aspecto, a adesão representa o grau de concordância entre o comportamento do usuário e as recomendações realizadas pelos profissionais da saúde (HAYNES *et al.*, 1979).

O conceito de adesão varia entre os diversos autores, mas de forma geral enfatizam como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do total, observando horários, doses e tempo de tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003, OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Neste estudo, adota-se o conceito de adesão na perspectiva de Santos *et al.* (2011), que considera a adesão ao tratamento um processo colaborativo que facilita a aceitação e integração de um regime terapêutico no cotidiano da pessoa, pressupondo sua participação na decisão do mesmo.

A complexidade do processo de adesão ao tratamento envolve o comprometimento do usuário, a forma de apreender a doença, o tratamento e o cotidiano e os modelos de enfrentamento das adversidades por ele construído ao longo da existência (SANTOS *et al.*, 2011). Para atender à complexidade da falta de

adesão ao tratamento medicamento, é de extrema importância a prática da promoção da saúde.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo (WHO, 1986). Entre os campos de ação que a Carta de Ottawa preconiza na promoção da saúde, tem-se o desenvolvimento de habilidades pessoais, explicitando que esse campo de ação depende fundamentalmente da educação, informação e comunicação para a saúde, essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-se para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas, seja nas atividades de grupo ou outras práticas (BUSS, 2002).

Nas décadas de 1970 e 1980, com abertura política, houve a forte influência das ideias e concepções de Paulo Freire sobre a participação popular no processo educativo, através da exposição dialogada de seus conteúdos (REIS, 2006), em consonância com os princípios do SUS, instituído na década de 1980. Desde então, as práticas educativas no campo da saúde começaram a realizar-se no sentido de apontar novos rumos, apresentando deslocamento do paradigma das mudanças comportamentais, por meio da informação para o paradigma das ações educativas participativas, interagindo os saberes científicos e popular. Sob esse ângulo, a educação para saúde refletiu-se no bojo da promoção da saúde com novas concepções (VASCONCELOS, 2001).

Para Freire (1987), o ato educativo não deve ser baseado na transmissão de conhecimentos, na simples transferência de informações, caso contrário estará apenas reproduzindo uma “concepção bancária” que em nada contribui para formação de um ser crítico e reflexivo, característico de um processo transformador.

O educador deve atuar por meio de uma busca constante ao estímulo da capacidade criadora do educando, tornando-o assim, sujeito do processo educativo, em vez de mero receptor dos conhecimentos do educador. Desta forma, ao pensar certo, o educador age respeitando o senso comum no processo de sua superação, haja vista que deve produzir conhecimento em comunhão com o educando (FREIRE, 1996).

Não se deve tratar a pessoa com Diabetes *Mellitus* como se fosse uma mera espectadora da relação de cuidado, gerando uma verdadeira opressão de

saberes. Ao contrário, deve-se considerar seu papel de coprodutora do cuidado, por meio de uma relação baseada no respeito dos diferentes saberes.

Diante dessa realidade, faz-se necessária a apropriação dessa prática educativa, conceituada como Educação Popular, que visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas, sobretudo, pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.

A “Educação Popular” busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

Dentre as estratégias de educação popular, o Círculo de Cultura consiste em uma educação libertadora, um lugar onde todos têm a palavra, todos leem e escrevem o mundo. Um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

O Círculo de Cultura é um espaço educativo, em que se transitam diferentes subjetividades e convivem diferentes saberes, assume a experiência do diálogo de forma coletiva e solidária em todos os momentos do processo, de tal sorte que seu produto – o conhecimento gerado – seja resultante dessas situações.

A pertinência de se trabalhar a partir do diálogo no Círculo de Cultura neste estudo, surgiu da necessidade dos diversos usuários diabéticos tipo 2, que se encontravam na posição social de oprimidos e expropriados de dialogarem mutuamente, construindo caminhos comuns para superar os condicionamentos sócio históricos e culturais relacionados a não adesão ao tratamento medicamentoso, em prol de uma promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Portanto, para que haja melhor adesão ao tratamento, um dos primeiros e mais importantes passos é a inserção da Educação Popular, partindo da identificação das reais necessidades dos diabéticos tipo 2 (COSTA *et al.*, 2011).

A partir do exposto, surgiu o seguinte questionamento que norteou a pesquisa: a aplicação de círculos de cultura como concepção de educação popular na saúde fomenta a adesão ao tratamento de Diabetes *Mellitus* tipo 2?

Buscou-se com os resultados deste estudo o empoderamento sobre a doença e o autocuidado, no sentido de promover a saúde e melhor convivência com a doença, além de possíveis superações das limitações impostas pela mesma.

O interesse pelo tema surgiu pela vivência no atendimento a portadores de DM tipo 2 desde os tempos de faculdade, quando fui designada a acompanhá-los em procedimentos cirúrgicos. Ao longo desse período, foi notório o descontrole da doença por falta de adesão ao tratamento medicamentoso, apesar de receberem conhecimentos através da educação em saúde aos moldes tradicionais.

Despertou-me então, à vontade e a necessidade de vivenciar uma prática educativa renovadora, diferenciada das práticas tradicionais tão frequentemente utilizadas. Uma educação em saúde aos moldes de Paulo Freire, com ênfase no diálogo, capaz de despertar a motivação e a autonomia do portador de DM, na adesão ao tratamento, evitando as complicações futuras dessa doença crônica que interferem negativamente na qualidade de vida, através de cegueira, amputações, cardiopatias e sequelas de acidente vascular encefálico. Ao mesmo tempo, estimulou-me a buscar conhecimentos tanto para maior compreensão das significações desses usuários como para possibilitar contribuições educativas de forma abrangente, para formação médica desses estudantes que vivenciam os desafios do controle da doença crônica Diabetes *Mellitus*.

Esse tema é de intensa relevância, pois trata de Promoção da Saúde, na prática das ações de Educação em Saúde, destacado na Carta de Ottawa (BUSS, 2002), como princípio fundamental para conquista da autonomia, participação, empoderamento e maior qualidade de vida da população, possibilitando mudar o cenário das doenças crônicas, com quadros clínicos desastrosos, elevando os custos da manutenção à saúde, decorrente do excesso de utilização dos serviços de saúde e incapacitando os seus portadores.

Acredita-se que esta pesquisa poderá contribuir para a adesão ao tratamento, uma vez que permitirá maior compreensão das significações e percepções, possibilitando aos próprios pacientes construir caminhos para lidar melhor com os problemas crônicos do DM2, reconhecimento da importância dos saberes dos usuários sobre a doença, além da construção compartilhada do conhecimento, a partir de uma linguagem comum, e trazer melhoria na formação de estudantes de Medicina e futuros profissionais de saúde, com potencial contribuição para o sucesso do próprio sistema de saúde. Outras contribuições serão a

possibilidade de auxiliar os gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no processo de tomada de decisão, uma vez que permitirá a participação popular, disponibilizando assim informações preciosas e necessárias sobre o modo de vida dessas pessoas, permitindo que os serviços se voltem mais para as suas necessidades, como também poderão servir de subsídio para implementação de políticas com maior possibilidade de sucesso no controle dessa doença.

2 OBJETIVOS

“Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas.
Pessoas mudam o mundo”

(Paulo Freire)

2.1 GERAL

- Realizar Círculos de Cultura como estratégia de educação popular em saúde para melhoria à adesão ao tratamento de Diabetes *Mellitus* tipo 2 na atenção primária do município de Fortaleza, Ceará.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as significações e as formas de lidar dos usuários diabéticos tipo 2 com relação à doença;
- Reconhecer as percepções dos usuários acerca da adesão ao tratamento medicamentoso realizado em unidade básica de saúde;
- Verificar os aspectos que dificultam a adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários diabéticos tipo 2.

3 REVISÃO DE LITERATURA

“Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que você faz com aquilo que sabe.”

(Aldous Huxley)

Esta revisão de literatura visou proporcionar a busca de argumentos capazes de permitir que o tema pesquisado possa subsidiar a formação de novos conhecimentos e embasar esse objeto do estudo.

A seguir estão apresentados os tópicos desenvolvidos neste trabalho.

3.1 CONCEITOS, TIPOS, COMPLICAÇÕES E TRATAMENTO DO DIABETES *MELLITUS*

Essa seção apresenta os aspectos teóricos sobre Diabetes *Mellitus* no que diz respeito aos diferentes conceitos e classificação existentes, além das possíveis complicações e tratamento.

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença de importância crescente em saúde pública (LINS *et al.*, 2013). Tem alcançado proporções alarmantes, chegando a ser considerada uma epidemia (WHO, 2003).

O termo “diabetes mellitus” refere-se a um distúrbio metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e alterações no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (DUNCAN *et al.*, 2014).

O DM2 é considerado uma epidemia no Brasil e na maioria dos países por suas proporções alarmantes (WHO, 2003). Isso ocorre conseqüente à maior urbanização, ao crescimento e ao envelhecimento da população, à crescente prevalência de obesos e sedentários e à maior sobrevivência das pessoas com DM. Relaciona-se a fatores genéticos, culturais, emocionais, socioeconômicos e ambientais (COSTA *et al.*, 2011).

De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (IDF) em 2013, o número de pessoas com DM no mundo era de aproximadamente 382 milhões e estima-se que, até 2035, este número possa aumentar para 592 milhões de pessoas, caracterizando aumento em proporções epidêmicas de 55%. O número de

óbitos, em 2013, foi de 5,1 milhões de pessoas, isto é, uma morte a cada seis segundos. Além disso, os gastos para controle e prevenção da doença foram elevados, apresentando valores em torno de 548 bilhões de dólares, em 2013, ou seja, 11% do total de gastos mundial com a saúde.

O Brasil em 2013, obteve a quarta colocação no *ranking* mundial em número de pessoas com a doença entre a faixa etária de 20-79 anos, apresentando número de 11,9 milhões de brasileiros com a doença, estando a frente China (98,4 milhões de pessoas), Índia (65,1 milhões de pessoas) e Estados Unidos da América (24,4 milhões de pessoas). Em 2035, estima-se crescimento de 60%, aumentando seu número para 19,6 milhões de indivíduos com a doença, colocando o Brasil entre os países com os maiores números de casos de DM no mundo (IDF, 2013).

3.1.1 Tipos de Diabetes *Mellitus*

A classificação atual do DM baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto, os termos “DM insulino dependente” e “DM insulino independente” estão em desuso. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas (ADA, 2015): a) DM tipo 1 (DM1), destruição da célula β , geralmente ocasionando deficiência absoluta de insulina, de natureza autoimune ou idiopática; b) DM tipo 2 (DM2), que varia de uma predominância de resistência insulínica com relativa deficiência de insulina a um defeito, essencialmente secretório, com ou sem resistência insulínica; c) Outros tipos específicos de DM; e d) DM gestacional (LYRA; CAVALCANTI, 2013).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016, há ainda duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e Doenças Cardiovasculares (DCV).

3.1.1.1 Diabetes *Mellitus* tipo 1

O DM1 corresponde a 5 a 10% dos casos de diabetes e decorre primariamente da destruição celular autoimune das células β -pancreáticas. Em alguns casos, entretanto, o quadro autoimune não é detectado e a destruição pancreática

não tem etiologia conhecida. Pode ser identificado através de testes sorológicos e marcadores genéticos, sinalizando um processo autoimune nas células β .

Tem como característica a deficiência absoluta da secreção insulínica, com diagnóstico imediato após a instalação, sendo frequentemente observado em crianças e adolescentes, embora também possa se iniciar na idade adulta. Nessa forma de diabetes, a taxa de destruição das células β -pancreáticas é amplamente variável, sendo rápida em parte considerável dos indivíduos, sobretudo crianças e adolescentes, ou mesmo vagarosa em outros, como em adultos.

Para estabelecer o diagnóstico e a classificação da doença, utiliza-se da pesquisa de anticorpos anti-ilhotas ou outros autoanticorpos, como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD) e anti-insulina, cujo resultado positivo demonstra a autoimunidade e classifica-se a doença como Diabetes *Mellitus* tipo 1A.

Não havendo evidência de agressão imune ou de qualquer processo conhecido de agressão pancreática, considera-se como portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 1B ou idiopático. Quando a forma autoimune é lentamente progressiva, o que ocorre geralmente em adultos, é referido como diabetes latente autoimune (LADA) (LYRA; CAVALCANTI, 2013).

3.1.1.2 Diabetes *Mellitus* tipo 2

O DM2 compreende cerca de 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. Precocemente na fase pré-clínica da doença estão presentes a resistência à insulina e o defeito na função das células beta está presentes precocemente na fase pré-clínica da doença. É causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais. Entre os fatores ambientais associados estão sedentarismo, dietas ricas em gorduras e envelhecimento. A maioria dos pacientes com esse tipo de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose raramente se desenvolve de modo espontâneo, ocorrendo quando associada a outras condições, como infecções.

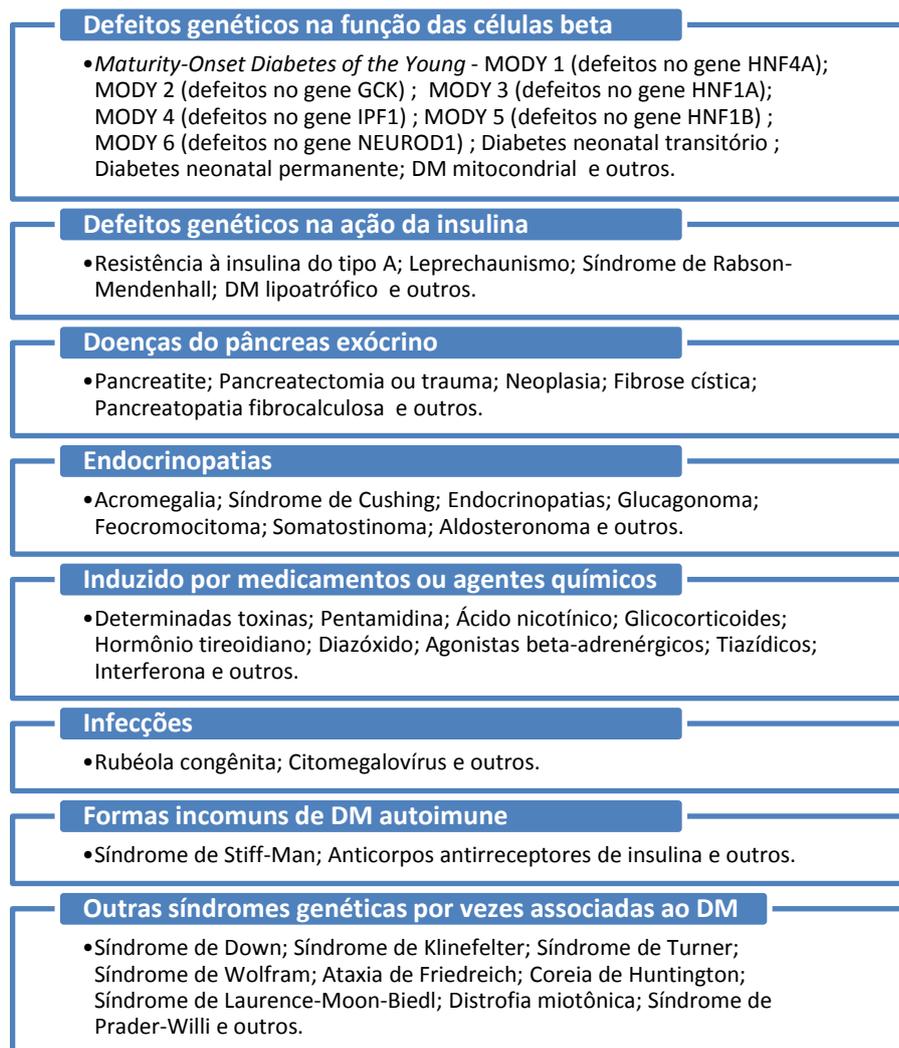
O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém ao longo do tratamento podem necessitar do uso de insulina para obter controle metabólico adequado. Diferentemente do DM1 autoimune, não há indicadores específicos para o DM2 (SBD, 2016).

3.1.1.3 Outros Tipos Específicos de Diabetes *Mellitus*

Pertencem a essa classificação formas menos comuns de DM cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. A apresentação clínica desse grupo é bastante variada e depende da alteração de base.

Incluem-se nessa categoria diversas outras formas, com diferentes etiologias, que contemplam os seguintes subgrupos: defeitos genéticos nas células β -pancreáticas e na ação insulínica, doenças do pâncreas exócrino decorrentes de endocrinopatias, em consequência do uso de drogas/toxinas hiperglicemiantes, por infecções, diabetes relacionado a formas incomuns de autoimunidade e outras síndromes genéticas eventualmente relacionadas ao diabetes, conforme mostra a Figura 1 (LYRA; CAVALCANTI, 2013).

Figura 1 – Outros tipos específicos de Diabetes *Mellitus* (DM)



3.1.1.4 DM Gestacional

O diabetes gestacional é um estado de hiperglicemia menos severo que o diabetes, detectado pela primeira vez na gravidez, em geral, se resolvendo no período pós-parto e podendo, frequentemente, retornar anos depois.

Independentemente do período gestacional, se detectada hiperglicemia na gestação, considera-se como diabetes na gravidez. Sua detecção deve ser iniciada na primeira consulta de pré-natal (ADA, 2015). Gestantes com glicemia normal no início da gravidez devem ser reavaliadas entre 24 e 28 semanas de idade gestacional, período em que o diabetes gestacional aumenta sua incidência (DUNCAN *et al.*, 2014).

3.1.2 Complicações do Diabetes *Mellitus*

Ao longo do tempo se o Diabetes *Mellitus* (DM) não é controlado, pode provocar disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. O DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHIMIDT *et al.*, 2011).

As complicações do DM podem ser classificadas em complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) e crônicas, como a retinopatia, a nefropatia, e a neuropatia diabética.

3.1.2.1 Complicações Agudas

As complicações agudas do diabetes incluem: a) descompensação hiperglicêmica aguda (glicemia > 250 mg/dL), que pode evoluir para complicações mais graves como cetoacidose diabética; b) síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica; e c) a hipoglicemia (glicemia < 70 mg/dL). Tais complicações exigem

uma maior atenção por parte do paciente, família, amigos e do serviço de saúde (DUNCAN *et al.*, 2014).

3.1.2.2 Descompensação Hiperglicêmica Aguda – Cetoacidose

Cetoacidose é uma emergência endocrinológica decorrente da deficiência absoluta ou relativa de insulina, potencialmente letal, com índices de mortalidade em torno de 5%. Ocorre principalmente, em pacientes com diabetes tipo 1, podendo ser, a primeira manifestação da doença. Entre os fatores precipitantes destaca-se infecção, má aderência ao tratamento (omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar), uso de medicações hiperglicemiantes e outras intercorrências graves (Acidente Vascular Cerebral - AVC, Infarto Agudo do Miocárdio - IAM ou trauma). Indivíduos em mau controle glicêmico são particularmente vulneráveis a essa complicação (BRASIL, 2013).

O quadro clínico consiste em polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental. O diagnóstico é realizado por hiperglicemia (> 250 mg/dL), cetonemia e acidose metabólica ($\text{pH} < 7,3$ e bicarbonato < 15 mEq/L). Este quadro pode se agravar, resultando em complicações como choque, distúrbio hidreletrolítico, insuficiência renal, pneumonia de aspiração, síndrome de angústia respiratória do adulto e edema cerebral em crianças.

A cetose, que antecede à cetoacidose, pode ser manejada em casa, desde que o paciente esteja habituado com a automonitorização da cetonúria e da glicemia, e com o autoajuste da dose de insulina. Já a cetoacidose em evolução – com presença dos sintomas citados – requer tratamento de pronto-atendimento ou serviço de emergência (DUNCAN *et al.*, 2014).

3.1.2.3 Síndrome Hiperosmolar Hiperglicêmica Não Cetótica

É um quadro de hiperglicemia grave (> 600 a 800 mg/dL), acompanhada de desidratação e alteração do estado mental, na ausência de cetose. É característico do diabetes tipo 2, e um mínimo de ação insulínica preservada pode prevenir a cetogênese. A mortalidade é mais elevada do que nos casos de

cetoacidose diabética devido à idade mais elevada dos pacientes e à gravidade dos fatores precipitantes (BRASIL, 2013).

Os indivíduos de maior risco são os idosos (> 60 anos), cronicamente doentes, debilitados ou institucionalizados, com mecanismos de sede ou acesso à água prejudicados. Fatores precipitantes são doenças agudas (Acidente Vascular Cerebral, Infarto do Miocárdio ou infecções, em particular pneumonia), uso de glicocorticóides ou diuréticos, cirurgia, ou elevadas doses de glicose (nutrição enteral ou parenteral ou ainda, diálise peritoneal) (DUNCAN *et al.*, 2014).

3.1.2.4 Hipoglicemia

A hipoglicemia é uma complicação frequente do tratamento do diabetes, principalmente em pacientes fazendo uso de sulfoniluréias ou insulina. Os sintomas podem ser adrenérgicos (taquicardia, tremores, sudorese, palidez) ou neuroglicopênicos (leve alteração do sensório ou do comportamento até convulsões ou coma). Quando grave, pode causar dano cerebral irreversível ou morte, e sua ocorrência frequente limita o alcance do bom controle glicêmico e acarreta morbidade para os pacientes (DUNCAN *et al.*, 2014).

3.1.2.5 Complicações Crônicas

Decorrentes principalmente do controle inadequado, do tempo de evolução e de fatores genéticos da doença, as complicações crônicas do Diabetes *Mellitus* (DM). As complicações crônicas microvasculares englobam a nefropatia diabética, a retinopatia diabética e a neuropatia diabética. As complicações crônicas macrovasculares, como o próprio nome diz, são resultantes de alterações nos grandes vasos e causam Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Doença Vascular Periférica. O risco relativo de morte devido a complicações vasculares é três vezes maior em pacientes com DM do que na população restante com as Doenças Cardiovasculares, sendo responsáveis por até 80% dos óbitos em portadores de DM. Nesses pacientes, o risco de IAM é semelhante àquele observado em pessoas sem DM que já tiveram um IAM prévio (DUNCAN *et al.*, 2014).

3.1.2.5.1 *Complicações Crônicas Macrovasculares*

As doenças isquêmicas cardiovasculares são mais frequentes e mais precoces em indivíduos com diabetes, quando comparados com os demais. Mulheres com diabetes, não apresentam o efeito protetor próprio do gênero feminino. Embora a sintomatologia das três grandes manifestações cardiovasculares – doença coronariana, doença cerebrovascular e doença vascular periférica – sejam, em geral semelhante em pacientes com e sem diabetes, algumas particularidades merecem destaque:

- a angina de peito e o IAM podem ocorrer de forma atípica na apresentação e caracterização da dor (devido à presença de neuropatia autonômica cardíaca do diabetes);
- as manifestações cerebrais de hipoglicemia podem mimetizar ataques isquêmicos transitórios;
- a evolução pós-infarto é pior em pacientes com diabetes (BRASIL, 2013).

3.1.2.5.2 *Complicações Crônicas Microvasculares*

O controle dos níveis glicêmicos retarda a instalação e a progressão da retinopatia, nefropatia e neuropatia em pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2. É considerado de grande importância o controle da hiperglicemia com maior ênfase na prevenção das complicações microvasculares do que na prevenção das complicações macrovasculares (REDMON *et al.*, 2010).

3.1.2.5.3 *Retinopatia Diabética*

Por ser assintomática nas suas fases iniciais, a retinopatia diabética deve ser investigada sendo possível detectá-la com a realização de fundoscopia. Após 20 anos do diagnóstico, quase todos os indivíduos com DM tipo 1 e mais do que 60% daqueles com DM tipo 2 apresentam alguma forma de retinopatia. Dos indivíduos com DM tipo 2, 4% apresentam retinopatia no momento do diagnóstico, sendo que 4% a 8% já apresentam perda de acuidade visual (UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY, 1998).

A retinopatia pode ser classificada em retinopatia não proliferativa leve, moderada ou grave e retinopatia proliferativa. Essa divisão considera que o risco de perda de visão na retinopatia não proliferativa grave é semelhante ao da proliferativa, devendo ser manejada da mesma forma. A nefropatia diabética é uma complicação microvascular do diabetes associada com morte prematura por uremia ou problemas cardiovasculares. É a principal causa de doença renal crônica em pacientes que ingressam em serviços de diálise (BRUNO; GROSS, 2000).

3.1.2.5.4 Nefropatia Diabética

É a principal causa de doença renal crônica em pacientes que ingressam em serviços de diálise, podendo ser classificada em normoalbuminúria, microalbuminúria (ou nefropatia incipiente) e macroalbuminúria (nefropatia clínica ou estabelecida ou proteinúria clínica) de acordo com valores crescentes de excreção urinária de albumina. É uma complicação microvascular do diabetes que está associada à morte prematura por uremia ou problemas cardiovasculares (BRUNO; GROSS, 2000).

3.1.2.5.5 Neuropatia Diabética

Neuropatia diabética é o distúrbio neurológico demonstrável clinicamente ou por métodos laboratoriais em pacientes diabéticos, quando excluídas outras causas de neuropatia. Apresenta variação de sintomatologia que vai desde assintomática até fisicamente incapacitante, podendo surgir como neuropatias sensitivo-motoras, neuropatias focais e neuropatias autonômicas.

3.1.3 Tratamento do Diabetes *Mellitus*

A decisão terapêutica inclui como primeiro passo, estabelecer uma meta de controle glicêmico de maneira individualizada.

Até o momento, não existe forma de tratamento para o DM2 que promova resposta terapêutica ou alcance de modo similar em todos os pacientes. O objetivo principal do tratamento do DM2 é retardar ao máximo as complicações micro e

macrovasculares, através de um controle rígido da glicemia, hemoglobina glicada (HbA1c ou A1C), lipídios e pressão arterial (PA) (KATER *et al.*, 2013).

As metas para controle glicêmico incluem controle das glicemias pré-prandial, pós-prandial e HbA1c. O Quadro 1 resume as principais recomendações atuais para metas de controle glicêmico por diferentes sociedades médicas.

Quadro 1 – Recomendações de controle glicêmico para adultos com DM, de acordo com as diversas sociedades médicas

	Glicemia pré-prandial (mg/dL)	Glicemia pós-prandial (mg/dL)	HbA1c (%)
ADA	80 a 130	< 180	< 7,0
IDF	< 115	< 160	< 7,0
AACE	< 110	< 140	< 6,5
SBD	< 100	< 160	< 7,0

Fonte: SBD (2016)

Legenda: ADA: Associação Americana de Diabetes; IDF: Federação Internacional de Diabetes; AACE: Assoc Americana de Endocrinologistas Clínicos; SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes.

As opções de tratamento para o DM2 consideram mudanças no estilo de vida (dieta, atividade física, perda de peso, cessação do tabagismo, etc.) e medicações com diferentes mecanismos hipoglicêmicos (agentes antidiabéticos orais, insulinas e incretinomiméticos) (ADA, 2015).

3.1.3.1 Mudanças de Estilo de Vida

A mudança do estilo de vida consiste em modificações dietéticas, atividade física contribuindo para a perda de peso e trazendo benefícios sobre a hiperglicemia, resultando em melhora dos fatores de risco cardiovasculares. A prescrição da dieta prescrita deve incluir restrição de calorias, redução de carboidratos ou ser do tipo mediterrâneo, já que o benefício observado é semelhante entre as diferentes dietas.

Quando comparadas com dietas tradicionais, as dietas com baixo teor de carboidratos têm benefício no controle glicêmico, na perda de peso (mesmo sem focar na restrição calórica), na redução do uso de medicações e nos fatores de risco cardiovascular como aumento do colesterol HDL. Também apresentam benefício no controle glicêmico (redução de 0,43% na HbA1c) e nos níveis de colesterol HDL, as

dietas com baixo índice glicêmico. A ingestão de gordura saturada deve ser < 7% do valor energético total (VET) e a de gordura *trans* deve ser mínima.

O uso moderado de adoçantes não calóricos pode ser recomendado, mostrando-se seguro quando em quantidades usuais. No Brasil, estão disponíveis acesulfame-K, estévia, aspartame, sacarina e ciclamato (DUNCAN *et al.*, 2014).

3.1.3.2 Agentes Antidiabéticos

São substâncias que, quando ingeridas, têm a finalidade de baixar a glicemia e mantê-la normal (jejum < 100 mg/dl e pós-prandial < 140 mg/dl) (SBD, 2016). Com finalidade prática, os antidiabéticos foram classificados em quatro categorias:

- Os que aumentam a secreção de insulina (hipoglicemiantes);
- Os que não a aumentam (anti-hiperglicemiantes);
- Os que aumentam a secreção de insulina de maneira dependente de glicose, além de promover a supressão do glucagon;
- Os que promovem glicosúria (sem relação com a secreção de insulina).

3.1.3.3 Agentes que Aumentam a Secreção de Insulina

Incluem-se nesse grupo os secretagogos de insulina e compreendem as sulfoniluréias, que desenvolvem ação hipoglicemiante mais prolongada durante todo o dia (clorpropamida, glibenclamida, gliclazida, glipizida e glimepirida) e promovem queda de 1,5 a 2% na HbA1c. São também as metiglinidas ou glinidas, com menor tempo de ação, cobrindo principalmente o período pós-prandial, com redução de 1% da HbA1c com a nateglinida e de 1,5 a 2% com a repaglinida. Favorecem o ganho de peso e o desenvolvimento de hipoglicemia (SBD, 2016).

3.1.3.4 Agentes que Não Aumentam a Secreção de Insulina

São medicamentos que apresentam um risco bem reduzido de hipoglicemia, principalmente quando usados em monoterapia. Podem ser utilizados desde o início da doença, fazendo parte desse grupo:

- Acarbose (inibidor da alfa-glicosidase);
- Metformina (biguanida);
- Pioglitazona (tiazolidinediona ou glitazona).

A acarbose é um inibidor da α -glicosidases (ex.: maltase, dextranase, glucoamilase e sucrase) são enzimas presentes na mucosa do aparelho digestivo delgado que retardam a absorção de polissacárides, passando a ser feita em partes mais posteriores do intestino, visando reduzir os picos glicêmicos pós-alimentares. É sugerido que se inicie o uso da acarbose em doses baixas, aumentando-as gradativamente até as doses preconizadas, no sentido de minorar os efeitos gastrintestinais.

A metformina é uma biguanida cujo principal mecanismo de ação é a inibição da produção hepática de glicose, sendo a via preponderante a gliconeogênese. Até o presente momento, as indicações clínicas de uso da metformina são o diabetes mellitus do tipo 2 e a intolerância à glicose para prevenção ou retardamento da conversão em diabetes do tipo 2.

Tem como efeitos adversos mais comuns na prática clínica, ocorrendo em até 20% dos pacientes, diarreia (mais frequente), náuseas, vômitos e distensão abdominal. Para minimizar esses efeitos, deve-se iniciar a terapia com doses menores (500 mg 1 vez ao dia), aumentando-as gradativamente (500 mg por semana a cada 2 semanas) e prescrever sempre a droga durante ou imediatamente após as refeições. Pode surgir também acidose láctica e má absorção de vitamina B12.

As glitazonas atuam na RI reduzindo de forma consistente as glicemias de jejum e pós-prandial e a insulina plasmática, minimizando o aumento do risco cardiovascular. Estão associadas a edema e ganho de peso (± 2 kg). O ganho de peso é dependente de dose e tempo, e parece ser devido à proliferação de novos adipócitos, à redistribuição do tecido gorduroso e, talvez retenção hídrica, que pode ocorrer com qualquer glitazona, tanto em monoterapia como em terapia combinada, porém é mais comum em associação com a insulina (LYRA; CAVALCANTI, 2013).

3.1.3.5 Agentes que Aumentam a Secreção de Insulina Dependente de Glicose e que Diminuem a Secreção de Glucagon

Essa nova classe de antidiabéticos orais, apresenta como mecanismo de ação a estabilização do *Sodium Glucose Cotransporter Type 2* (GLP-1) endógeno pela inibição da enzima que o degrada, a DPP-4. Os inibidores da dipeptidil peptidase 4 (DPP-4) são as gliptinas: sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina, linagliptina e alogliptina. O hormônio glucagon, produzido pela célula alfa pancreática, apresenta como função manter a glicemia no período de jejum, devendo ter seus níveis reduzidos no pós-prandial.

Em pacientes com DM2 há uma diminuição dos níveis de GLP-1 no estado pós-prandial, contribuindo para redução do estímulo fisiológico da secreção de insulina e impedindo a supressão do glucagon. O GLP-1 tem vida média extremamente curta por ser inativado pela enzima DPP-4, porém com o uso de inibidores dessa enzima, os níveis de GLP-1 ativo aumentam em duas a três vezes.

Requer ajuste posológico na insuficiência renal, as seguintes gliptinas: a sitagliptina, vildagliptina e saxagliptina enquanto a linagliptina é o único agente desta classe que não requer redução de dose. Recentemente, uma nova droga dessa classe foi lançada no Brasil, a alogliptina, em comprimidos de 25 mg, 12,5 mg para insuficiência renal moderada, e 6,25 mg para insuficiência renal grave ou terminal, em qualquer momento da diálise. A utilização das gliptinas em monoterapia pode promover redução da HbA1c em 0,6 a 0,8%. São neutras quanto a efeitos no peso.

Esses medicamentos podem ser usados associados à metformina, glitazonas, sulfonilureias e, mais recentemente, surgiram estudos com insulina. Em um posicionamento, as sociedades europeia e americana de diabetes manifestaram-se favoráveis à combinação de gliptina com insulina.

Outros agentes dessa classe são a exenatida, a liraglutida e a lixisenatida. A primeira - um mimético do GLP-1; as duas últimas, análogos do GLP-1. São indicadas como terapia adjunta para melhorar o controle da glicose em pacientes com DM2 que estão em tratamento com metformina, uma sulfonilureia, ou na combinação com esses dois medicamentos, quando não obtiveram resultados satisfatórios. O diabético obeso em monoterapia ou combinação de agentes orais com HbA1c > 7% é o melhor candidato, em razão da possibilidade de obter melhor

controle, com menor risco de hipoglicemia, acompanhado da perda de peso e possível redução no risco cardiovascular (SBD, 2016).

3.1.3.6 Agentes que Promovem Glicosúria

Representam uma nova opção terapêutica oral por impedirem a reabsorção de glicose via inibição das proteínas *Sodium Glucose Cotransporter Type 2* (SGLT2), nos túbulos proximais dos rins. Apresentam baixo risco de hipoglicemia, promovem perda de peso de 2 a 3 kg, e redução da pressão arterial sistólica de 4 a 6 mmHg. Podem ser combinadas com todos os agentes orais e insulina; por outro lado, têm risco aumentado para infecções genitais e de trato urinário. Apresentam ação diurética (glicosúria) e podem ocasionar a depleção de volume (no caso do paciente específico com risco de depleção de volume, reduzir a dose ou não usar). Tal classe não deve ser indicada na insuficiência renal moderada ou grave.

Recentemente, o *Food and Drug Administration* (FDA) lançou alerta sobre a família dos SGLT2, informando sobre o possível risco de cetoacidose diabética em alguns pacientes com DM2. Nestes casos, o paciente deve ser orientado a não suspender a medicação, e entrar em contato com o médico, o qual irá avaliar o benefício de manutenção da mesma (SBD, 2016).

3.1.3.7 Insulinoterapia

O objetivo do tratamento com insulina no DM2 é atingir uma glicemia próxima da normalidade, minimizando o ganho de peso e o aparecimento de hipoglicemias. Na maioria dos casos, a insulinoterapia no DM2 é iniciada com uma insulina de ação intermediária ou longa, capaz de proporcionar cobertura basal, sem insulina de ação rápida. Havendo falha no tratamento medicamentoso do DM2, geralmente é associado outra(s) droga(s) até que o controle glicêmico adequado seja atingido, estando a insulina incluída nessas opções. Antigamente era preconizada apenas em estágios tardios do tratamento do DM2, mas atualmente pode ser considerada até mesmo em sua fase inicial.

Nos pacientes recém-diagnosticados com HbA1c > 9,0%, há baixa probabilidade de atingir controle glicêmico com monoterapia com alguma medicação antidiabética que não seja insulina. Nesses casos, a combinação de drogas que não sejam a insulina ou a própria insulina pode ser indicada desde o início.

Existem outras situações em que a insulina é prescrita, ao menos transitoriamente, como situações de descompensação da glicemia por doença aguda (estresse, infecção, isquemia miocárdica, etc.), cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar não cetótico, perda ponderal progressiva e uso de medicação hiperglicemiante (p. ex., corticosteroide), além de muitas vezes, ser indicada no período perioperatório. Ela é o tratamento de escolha para o DM2 durante a gestação e também em muitos casos de doença renal ou hepática, em que a maioria dos outros agentes antidiabéticos é contraindicada.

Durante muito tempo, a insulina NPH, de ação intermediária, foi a mais utilizada, em combinação com medicamentos de uso oral ou insulina regular (INS-R). Nos últimos anos, passou-se a dispor dos análogos de insulina, obtidos por alteração na sequência de aminoácidos da insulina humana.

Entre os análogos de ação ultrarrápida, estão as insulinas Aspart (NovoRapid), Lispro (Humalog) e Glulisina (Apidra). Ele tem início de ação mais rápido e tempo de ação mais curto em comparação à insulina regular (INS-R), possibilitando melhor controle da glicemia pós-prandial e menor risco de hipoglicemia. Podem ser aplicados 10 a 15 min antes ou até 20 min após as refeições. Em contrapartida, a INS-R necessita ser aplicada 30 min antes. Tem eficácia hipoglicêmica comparável, ainda que a Glulisina tenha início de ação um pouco mais rápido do que os demais.

Quadro 2 – Tipos de insulina

Insulina	Tempo de ação		
	Início	Pico	Duração
Longa ação			
Glargina	2 a 4h	Nenhum	20 a 24h
Detemir	1 a 3h	6 a 6h	18 a 22h
Degludeca	21 a 41min	Nenhum	> 42h
Ação intermediária			
NPH	2 às 4h	4 às 10h	10 às 18h
Ação rápida			
Regular	0,5 à 1h	2 às 3h	5 às 8h
Ação ultrarrápida			
Aspart	5 a 15min	0,5 às 2h	3 às 5h
Lispro	5 a 15min	0,5 às 2h	3 às 5h
Glulisina	5 a 15min	0,5 às 2h	3 às 5h
Pré-misturas			
70/30 NPH/Regular	0,5 a 1h	3 às 12h (dual)	10 às 16h
75/25 NPH/Lispro	5 a 15min	1 às 4h (dual)	10 às 16h
50/50 NPH/Lispro	5 a 15min	1 às 4h (dual)	10 às 16h
70/30 NPA/Aspart	5 a 15min	1 às 4h (dual)	10 às 16h
70/30 NPA/Degludeca	5 a 15min	Dual	> 24h
Aspartet			

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2016)

Legenda: NPH: Neutral Protamina Hagedorn; NPL: Protamina Neutra Lispro; NPA: Protamina Neutra Asparte.

A baixa eficácia do tratamento com complicações em médio e longo prazo e, conseqüentemente, aumento na demanda por serviços de saúde de alta complexidade, é decorrente da não adesão ao tratamento do Diabetes *Mellitus*, considerado um problema de magnitude reconhecida no cenário internacional e nacional (HILL-BRIGGS; GEMMELL, 2007).

3.2 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

Para Bugalho e Carneiro (2004), a não adesão às terapêuticas médicas crônicas é um problema de etiologia multifatorial que se verifica em todas as situações em que existe autoadministração do tratamento, muitas vezes, independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos

de saúde. Tem consequências para o paciente e para a saúde pública. Resulta no aumento do custo-efetividade dos cuidados de saúde, deterioração do estado individual de saúde com possíveis implicações na saúde pública, devido ao acréscimo da morbidade e mortalidade e das resistências criadas aos fármacos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que em países desenvolvidos a não adesão a terapias de longo prazo gira em torno de 50%, sendo que estes valores são superiores em países menos desenvolvidos (MENDES, 2011). Estudos nacionais indicam prevalências próximas a da OMS, reafirmando no contexto nacional o importante problema de saúde pública representado pela não adesão e suas potenciais consequências (GIROTTI *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2010; MELCHIORS, 2008).

Alguns elementos podem determinar a variação entre as taxas de não adesão observadas, como diferenças culturais, idade, estado de saúde e origem da população estudada (WHO, 2003; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

A prevalência de não adesão apresenta variação dependendo da população investigada, do desenho do estudo e do método de mensuração. Na literatura, as taxas variam de 17% a 86% para o tratamento medicamentoso, 62% a 71% para o plano alimentar e de 47% a 80% para atividade física (MOREAU *et al.*, 2009; GOPICHANDRAN *et al.*, 2012). A adesão ao tratamento constitui-se em um desafio à integralidade e eficiência dos sistemas e serviços de saúde, visto que de cada dez usuários de medicamentos contínuos, um ou dois possuem comportamento muito pouco aderente e que outros quatro eventualmente não aderem à terapia (JORDAN *et al.*, 2000).

A avaliação em extensão do impacto da não adesão representa um desafio, pois não há consenso sobre a forma de mensuração e há pouca disponibilidade de informações que permitam analisar fator associado a eventuais complicações, hospitalizações, mortes e custos diretos e/ou indiretos (WHO, 2003; SANTOS, 2013; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

A baixa adesão a tratamentos longos, como é o caso do diabetes, compromete a efetividade dos mesmos, tornando-se um problema crítico para a saúde da população, no tocante à diminuição da qualidade de vida relacionada a aspectos econômicos (THEME-FILHA *et al.*, 2003).

As pessoas diabéticas precisam se manter em tratamento como um processo contínuo, pois se for quebrado ou interrompido, poderá trazer consequências indesejadas. Como essas consequências não são aparentes a princípio, os pacientes podem acreditar que pequenos excessos não serão capazes de prejudicar seu estado de saúde geral (PONTIERI; BACHION, 2010).

Freitas (2011), em estudo realizado em Fortaleza, Ceará, sobre fatores associados a não adesão do portador de Diabetes *Mellitus* tipo 2 aos antidiabéticos orais, em pacientes com Diabetes *Mellitus* tipo 2 afirma que 236 (62,6%) disseram esquecer-se de tomar os antidiabéticos orais, 280 (74,3%) relataram descuido, 149 (60,5%), faltaram às consultas para o acompanhamento do diabetes.

A forma como é visto o papel do paciente no seu tratamento é refletida também na forma como são discutidos os fatores relativos ao paciente na adesão, variando entre a tentativa de compreensão de seus valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento, até a identificação da não adesão como comportamento desviante e irracional. Neste último caso, a responsabilidade pela não adesão ao tratamento é definida como ignorância dos pacientes ou responsáveis por eles, a pouca educação da população (presumindo que seria um comportamento típico de classes menos privilegiadas), ou como simples desobediência de "ordens médicas" (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). É preciso aprofundar os estudos acerca dessa temática para compreender os comportamentos facilitadores e/ou dificultadores imbricados na adesão à terapêutica medicamentosa.

O conceito de adesão e não adesão à terapêutica remonta a Hipócrates, na Grécia antiga. Naquela época, os pacientes eram vigiados por frequentemente omitirem a verdade sobre o regime terapêutico prescrito, havendo relatos sobre doentes que não seguiam as orientações sobre dieta, estilo de vida e tratamento medicamentoso (RAMALHINHO, 1994).

Ao longo da literatura, verifica-se dificuldade para definir adesão aos tratamentos médicos. Os termos utilizados refletem a compreensão que os autores possuem sobre o papel dos atores no processo.

Segundo Brawley e Culos-Reed (2000), os termos mais utilizados na língua inglesa *adherence* e *compliance* têm significados diferentes. Para os autores, o termo *compliance*, que pode ser traduzido como obediência, pressupõe papel passivo do paciente, e *adherence*, ou aderência como o termo utilizado para identificar escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação. O

entendimento do papel do paciente como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento, que adere ou não, é defendido por outros autores, como Milstein-Moscatti, Persano, Castro (2000).

Cabral e Silva (2010) definem adesão terapêutica como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à tomada de medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde.

Adesão é muito mais que simplesmente cumprir determinações do profissional de saúde. Se entendida dessa maneira, supõe que o paciente não tenha autonomia, sendo completamente excluído do controle do seu estado de saúde, cabendo esse papel exclusivamente ao profissional. Supõe também que não haja influência ou interferência de familiares, amigos ou vizinhos, nem das representações de saúde, corpo e doença para o paciente. A realidade é que, no processo de adesão, os pacientes têm autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos do processo de cura (GONÇALVES *et al.*, 1999).

Segundo Ho, Bryson e Rumsfeld (2009) aderir à terapêutica consiste em uma participação voluntária e ativa do doente, adotando comportamentos que levem a resultados positivos na terapêutica.

O conceito de adesão ao tratamento que embasa o presente estudo é o consoante Santos *et al.* (2011), que considera um processo colaborativo entre o paciente e o profissional, o que contribui para aceitação e integração de um regime terapêutico no cotidiano da pessoa, pressupondo sua participação na decisão.

Considera-se não adesão quando o comportamento do doente não coincide com as recomendações do profissional de saúde (WHO, 2003).

Classificação baseada em Whittington (1995) inclui em consumo excessivo, quando um maior número de fármacos mais que o necessário ou prescrito, é tomado pelos doentes ou quando tomam fármacos que não necessitam; consumo deficiente, quando o doente interrompe precocemente a medicação, se descuida em iniciá-la ou há falha constante na quantidade de medicação recomendada; consumo irregular, quando o doente toma fora da hora recomendada, erra no seguimento das instruções, quer por erros de dosagem (diminuição ou aumento) ; consumo inadequado ou contraindicado quando toma a medicação de

maneira inadequada. Múltiplos são os fatores responsáveis pelo processo de falta de adesão ao tratamento.

Maiores taxas de não adesão são verificadas entre a população idosa, embora possa ocorrer em todas as idades (SIMÃO, 2009).

Algumas particularidades relativas aos idosos podem favorecer a não adesão ao tratamento, como maior número de doenças associadas, evidenciando assim maiores dificuldades cognitivas e comportamentais, em gerir as exigências de implementar múltiplos comportamentos de adesão, alguns deles envolvendo a medicação (CABRAL; SILVA, 2010).

Estudo realizado em Cambé, Paraná, por Remondi, Cabrera e Souza (2014), apresentam os seguintes fatores associados a não adesão: descontinuidade no acesso aos medicamentos, não ser acompanhado pelo agente comunitário de saúde, e à elevada frequência de utilização dos medicamentos ao longo do dia. Os resultados indicam alta prevalência da não adesão com possíveis impactos negativos para os indivíduos e a sociedade.

Como fatores contributivos para a não adesão podem ser considerados as seguintes variáveis: a complexidade do tratamento; as crenças do paciente sobre o tratamento; as estratégias de confronto adaptadas para enfrentar a doença, e os custos associados à adesão, por exemplo, algumas propostas feitas por parte dos técnicos de saúde podem ser percebidas pelos doentes como perturbadoras ou exigentes, o que poderá fazer com que estes não se sintam capazes de cumpri-las (BENNETT, 2002).

Teoricamente, segundo Travassos e Castro (2008), abarreira primordial do acesso é a disponibilidade, embora também não garanta a adesão, pois barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e de informação atuam facilitando ou obstruindo a possibilidade das pessoas obterem sua medicação.

Publicações internacionais reconhecem o papel do acesso aos medicamentos para a adequada realização do tratamento (WHO, 2003) por representar em algum grau o nível de organização dos serviços de saúde e farmacêuticos prestados à população (OPAS, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as tendências gerais da literatura mapeiam as causas da não adesão, procurando agrupá-las em quatro grandes dimensões: causas demográficas, sociais e econômicas; relativas à doença

e ao regime terapêutico prescrito; ligadas à relação do paciente com os profissionais; e serviços de saúde (WHO, 2003).

Quanto mais mudanças forem exigidas na rotina do paciente, mais difícil será a adesão e quanto menores as complicações que estiverem existindo, menor a adesão (FERREIRA; BUSS, 2002).

Brez *et al.* (2009) enfatizam como fatores sociodemográficos o nível de escolaridade, dificultando a identificação das medicações e levando mais facilmente à associação de medicações alternativas; as questões de gênero comumente destacam o sexo masculino como detentor de mais baixa adesão quando comparados com o sexo feminino.

Os aspectos sócios familiares foram relatados por Oliveira e Zanetti (2011), onde se observou que o familiar doente apresenta alterações orgânicas e psicossociais que causam instabilidades não só em si, como também repercussões no seio familiar. Isto posto para o diabetes é muito relevante, já que as modificações no estilo vida, especialmente as modificações dietéticas, são difíceis de serem seguidas quando os familiares não se configuram como fontes de apoio no enfrentamento da doença. Ao contrário, quando a família se envolve, esse processo pode influenciar de forma positiva a adesão ao tratamento e ao controle glicêmico.

Em relação à conduta do profissional de saúde, hoje é tida como preditora para a adesão do indivíduo ao tratamento. São muitas as críticas à posição de alguns profissionais que ignoram o fenômeno da não adesão, agindo como se todas as recomendações terapêuticas fossem seguidas sem problemas pelos usuários dos serviços (ARAÚJO; GARCIA, 2006). Contudo, muitos profissionais reconhecem a sua responsabilidade e apontam que vários fatores os limitam no processo de adesão ao tratamento do diabetes, se apresentando em uma complexa interação dos pressupostos organizacionais que se ancoram nas rotinas dos serviços e no processo de trabalho, profissionais e individuais, como uma verdadeira “teia” de elementos multifatoriais. Não ocorrem apenas de forma unidirecional esses elementos, estando a relação entre estes em múltiplos sentidos, tornando evidente que a interação e interdependência destes vão interferir diretamente no processo de adesão ao tratamento da pessoa com diabetes.

O processo de formação acadêmica, os aspectos técnicos da assistência à saúde, o diálogo e o relacionamento interpessoal são outros fatores limitantes na adesão ao tratamento. A formação acadêmica do profissional de saúde tem sido

orientada por um modelo de atenção positivista, baseada em preceitos especializantes, que desvaloriza a diversidade, a singularidade, o que repercute diretamente na prática laboral, a qual se mostra: pouco resolutiva, impessoal, desvinculada das condições de vida da população e focada na doença e não nos sujeitos que passam por algum sofrimento físico ou psíquico (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Além disso, o problema de uma atuação profissional cujo desconhecimento das normas técnicas dos programas de atenção ao indivíduo com diabetes modela recomendações ultrapassadas e, muitas vezes, intuitivas de cuidado contribui para a não adesão (SOUZA; GARNELO, 2008).

Construindo o elo entre a unidade de saúde e a comunidade, promovendo saúde e prevenindo doenças, existe uma relação entre a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a adesão, explicada pela natureza do trabalho do agente dentro da equipe de saúde (BRASIL, 2011).

Pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto (São Paulo), mostrou que em 76,9% dos atendimentos realizados pelos ACS foi verificado e/ou orientado a utilização de medicamentos. Ao longo de um mês, 65,3% dos agentes relataram quase sempre identificar riscos em relação à utilização de medicamentos, chamando a atenção para dificuldades quanto aos horários, à automedicação e adesão ao tratamento (MARQUES, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece a atenção primária como porta de entrada prioritária para o seu acesso. Dessa forma, as unidades de saúde ficam responsabilizadas por áreas muito superiores à capacidade de atendimento prejudicando o atendimento que passa a seguir os modelos verticalizados. A falta de ações preventivas e promocionais de saúde por parte dos profissionais determina uma atenção ainda curativista, limitando a possibilidade de uma escuta qualificada, de responsabilização e vínculo que são condições essenciais para uma prática eficaz de adesão à terapêutica (MARIN *et al.*, 2008).

Segundo a WHO (2003), vários pontos-chave foram identificados para melhorar a adesão à terapêutica, destacando-se: i) os pacientes precisam de apoio, e não de repreensão; ii) a baixa adesão, em tratamentos de longa duração, diminui os resultados em saúde e aumenta os custos da atenção à saúde; iii) há aumento da segurança do paciente com a adesão à terapêutica; iv) a adesão dá impacto positivo na efetividade do sistema de saúde; v) em relação às doenças crônicas, a adesão é um importante investimento; vi) é necessário que o sistema de saúde evolua, para

buscar novas soluções para os problemas de adesão; e vii) a abordagem multidisciplinar à adesão se constitui numa necessidade,

Segundo Brasil (2006), o estímulo às mudanças de hábitos da família proporciona maior aceitação do paciente às mudanças no estilo de vida.

Os profissionais de saúde usam de algumas estratégias para aumentar a adesão em indivíduos com diabetes. Nesse sentido, surgem padrões de estratégias relacionadas a aspectos individuais; da equipe e; na relação com o cliente, mais detalhados conforme descrição abaixo:

3.2.1 Aspectos individuais do profissional de saúde

A postura individual do profissional de saúde deve refletir interesse pelo trabalho e ações relacionadas com a compreensão sobre as necessidades do cliente, bem como das repercussões das ações sobre o mesmo, saber comunicar-se, respeitando as diferenças entre os sujeitos, estar comprometido com o conhecimento sobre o processo de adoecimento, seus signos e significados como mecanismo de responsabilização sobre o problema (MARIN *et al.*, 2008). É importante que se disponibilizem para acompanhamentos mais próximos, pormenorizados e com foco no posicionamento assumido por cada indivíduo frente à condição de adoecimento, a relação mantida com o processo de estar diabético e os modos de lidar com as exigências do tratamento (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

3.2.1.1 Aspectos Relacionados com a Equipe

A relação médico – paciente é um fator importante para melhorar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento farmacológico. Pacientes satisfeitos com a equipe e com o tratamento aderem melhor às recomendações. A confiança do paciente na equipe de saúde constitui fator decisivo para a adesão (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

3.2.1.2 Os Aspectos da Relação com o Usuário

A empatia estabelecida para com o usuário, favorece a abordagem do cliente aos serviços de saúde e concorre para aumentar-lhes a motivação e,

aumentando a adesão ao tratamento do diabetes (TORRES; HORTALE; SCHALL 2003).

Segundo a WHO (2003), existem pontos-chave importante na atuação das principais barreiras de adesão à terapêutica, como:

- Socioeconômicas, direcionadas a barreiras, como acesso à saúde e medicamentos, pobreza, analfabetismo, fracas redes sociais e mecanismos de prestação de serviços de saúde não coerentes com as crenças culturais sobre doença e tratamento;
- Sobre as equipes e os sistemas de saúde, direcionadas a barreiras, como má comunicação entre profissionais de saúde e doentes, desconhecimento sobre o tema, déficit de ferramentas clínicas no auxílio aos profissionais de saúde para monitorizar e intervir nos problemas de adesão, e falhas de atenção para doenças crônicas. Nas condições crônicas, o profissional de saúde deve conhecer que períodos de flutuação podem ocorrer na adesão. É importante que use de sensibilidade para compreender os limites dos outros e entender que para o diabético o tratamento representa em certa medida o cerceamento de sua liberdade
- Relacionadas com o tratamento, direcionadas a barreiras, como frequência, efeitos adversos da medicação e dosagem do medicamento. É necessário que identifique e maneje a polifarmácia, quanto considerar a frequência com que o paciente ingere medicamentos, considerando os prescritos por todos os profissionais e a automedicação, uma vez que é possível reduzir o número de doses diárias e elevar a adesão sem ter de abrir mão do uso de medicamentos essenciais à condição clínica do paciente. Além de simplificar um regime terapêutico não consiste somente em diminuir o número de fármacos e suas doses diárias ou indicar apresentações mais adequadas deve ser feito um esforço, tanto por parte do usuário como dos profissionais que o assistem para fornecer medidas de suporte, capazes de tornar a terapia mais fácil, acessível a sua compreensão/capacidade e a seu nível econômico, garantindo que o medicamento seja o instrumento terapêutico com melhor efetividade, eficiência e segurança para o indivíduo e a coletividade.
- Relacionadas com a doença, direcionadas a barreiras como sintomatologia e limitações e exigências específicas da doença.

- Relacionadas com o paciente, direcionadas a barreiras, como autoestima, autoeficácia, desinformação, falta de motivação e apoio na mudança de comportamentos. Neste sentido, o paciente deve ser auxiliado a desenvolver resiliência frente às situações de risco e danos à saúde, ser encorajado a mobilizar as capacidades de enfrentamento, os recursos para adaptabilidade a partir das experiências relacionais.

O problema de adesão está diretamente relacionado a vários fatores, que envolve cuidadores, familiares dos próprios pacientes, inadequadas capacitação e integração entre os profissionais de saúde e principalmente o desconhecimento sobre a doença. Portanto, toda a abordagem educativa deve ter como meta transformar o diabetes em parte integrante da vida do paciente, e não de maneira controladora e ameaçadora (SBD, 2016).

A baixa aderência aos tratamentos medicamentosos faz com que aproximadamente 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas como o DM não obtenham melhoras no contexto da doença (OPAS, 2003). É preciso portanto, a promoção de processos participativos, que desenvolvam no indivíduo a capacidade de decisão ante os problemas.

3.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS COM USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

O conceito de saúde apresentado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como "estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença" (OMS, 1946, p. 2). As discussões, ao longo dos anos, sobre os conceitos de saúde, aos poucos se constituíram como base para proposta da definição de promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Segundo Carvalho (2002), a I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, teve como resultado a Carta de Ottawa, a qual passou a ser referência ao desenvolvimento das ideias de promoção à saúde em todo o mundo.

A divulgação do "Informe Lalonde" foi motivada política, técnica e economicamente para enfrentar os aumentos do custo da saúde (LALONDE, 1974). Seus fundamentos estavam embasados no conceito de "campo da saúde" e

introduzem os chamados “determinantes de saúde”. Este conceito explicita o campo da saúde em quatro componentes da saúde: o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde); a biologia humana (genética e função humana); a organização dos serviços de saúde e o ambiente (natural e social) (BUSS, 2003).

De acordo com Sícoli e Nascimento (2003), a Carta de Ottawa expôs resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, e colocou em destaque o aspecto comunitário da promoção em saúde, propondo a capacitação de seus membros para atuarem na melhoria da qualidade de vida e sua maior participação no controle desta.

Compreende-se então, que a saúde e a educação são inseparáveis e interdependentes, pois para se ter educação, precisa-se da saúde, ao mesmo tempo, em que a saúde somente é alcançável quando se tem boa educação. A Educação em Saúde se refere ao processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. Define-se então como o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. Reconhece também que a educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, para que esses respondam às necessidades da população (BRASIL, 2009).

A educação em saúde é considerada um processo de responsabilidade dos serviços de saúde, das instituições sociais e da população para a qual se dirige. Por conta disso, faz-se necessário considerar a opinião da população sobre suas necessidades reais e as sentidas, as quais são distintas das percebidas pelos profissionais de saúde. É imprescindível conhecer e respeitar os valores, as tradições e os estereótipos, bem como fomentar a responsabilidade individual e comunitária por meio de métodos participativos de educação. Intervenções educativas levam inclusive à melhora dos índices de massa corpórea das pessoas com diabetes (COSTA *et al.*, 2011).

Desde quando a OMS convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata, desde 1978, a Educação em Saúde tem se tornado de grande importância. A conferência trouxe

um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendando a adoção de um conjunto de oito elementos essenciais, dentre eles a educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para prevenção e controle (BUSS, 2000).

Atualmente, a educação em saúde é concebida como processo teórico-prático que busca a integração de saberes dos vários atores envolvidos por meio da valorização dos conhecimentos científico e popular, tendo em vista que ambos apresentam importância ímpar no desenvolvimento das práticas de saúde, pois proporcionam aos envolvidos visão crítica, bem como maior autonomia e participação frente à saúde no cotidiano (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

No Brasil, o Estado desenvolveu as primeiras intervenções ampliadas direcionadas às classes populares, entre o final do século XIX e início do século XX, dentre as quais se percebiam práticas de educação em saúde realizadas de maneira ainda incipiente que, naquele momento, voltava-se quase que exclusivamente para o controle de doenças infecciosas, como varíola, peste e febre amarela, comuns entre essas classes, e que ocasionavam grandes transtornos para exportação da indústria cafeeira (VASCONCELOS, 2001).

A prática da educação em saúde, historicamente esteve voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças. No entanto, destacam-se alterações relevantes nos discursos teóricos sobre o assunto. Reis (2006), afirma ter havido clara modificação no discurso oficial da educação em saúde, ao abordar aspectos históricos e conceituais da educação em saúde, Segundo o autor, o discurso tradicional, fundamentado em um modelo impositivo e de transmissão de informações, passa a ser substituído por um modelo pautado na participação da comunidade e no diálogo entre os envolvidos.

A prática educativa, baseada no método tradicional de educação em saúde, revela-se como dotada de aspecto imediatista, pois possui caráter não reflexivo e pontual, não possuindo os mesmos benefícios apresentados por uma prática educativa pautada na construção coletiva do conhecimento, que pondera as realidades vivenciadas por usuários e profissionais (BACKES *et al.*, 2008).

Há no Brasil, uma série de práticas que serve de exemplo inclusive para outros países, construídas com ênfase na participação popular. Essa participação permitiu o surgimento de grande variedade de abordagens inovadoras ligadas às reais necessidades da população e que se voltam para valorização da vida, e não da

doença, como ocorre no modelo hegemônico. Esse processo teve origem na própria idealização do Sistema Único de Saúde (SUS), quando os profissionais passaram a ter convivência mais próxima com a população e, assim, puderam perceber mais claramente os limites do modelo assistencial dominante.

A teoria da Educação inspirada pela Educação Popular, conforme sistematizada por Paulo Freire (2011), ensina que as questões éticas, filosóficas e metodológicas concernentes à Educação Popular não se reservam apenas à análise das práticas, ações ou momentos educativos, mas transbordam estes na perspectiva de gerar olhares, críticas e novos direcionamentos para o conjunto das ações, para a perspectiva da ciência, para sua relação com a sociedade, para seu papel, seu compromisso.

O método da Educação Popular é uma estratégia de intervenção que prioriza a criação de espaços de diálogo, em que problemas específicos são debatidos de forma que valoriza a explicitação e incorporação dos saberes e reflexões dos cidadãos envolvidos (VASCONCELOS, 2001).

Sob a forma de suas mais diversas linguagens, dentre as quais se destaca o diálogo na interação entre a população e os profissionais da saúde, o foco central dessa abordagem é a comunicação. Educação Popular toma como ponto de partida os saberes prévios dos sujeitos, na medida em que esses saberes vão sendo construídos pelos sujeitos ao seguirem seus caminhos de vida, elemento fundamental para que consigam superar, em diversas ocasiões, situações de adversidade (GOMES; MERTHY, 2011).

Nessa perspectiva, a Educação Popular enfatiza o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passa a desenvolver ações em saúde com as pessoas, e não para as pessoas. Tal diálogo propicia que todos possam ser protagonistas de sua história e de suas expectativas quanto às práticas de saúde, sendo agentes transformadores de suas próprias realidades sociais.

Segundo Vasconcelos (2001), os elementos fundamentais do campo da Educação Popular em Saúde (EPS) são: a configuração e pluralidade político-ideológica; a historicidade da relação com os oprimidos; a unicidade na intencionalidade de construção de um projeto político de transformação social e a multiplicidade de seus atores como docentes; os militantes de movimentos populares, usuários, profissionais e gestores. Para Stotz (2007), o traço fundamental da Educação Popular e Saúde está no método “pelo fato de tomar como ponto de

partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares” (STOTZ, 2007, p. 55).

Ribeiro (2008), analisando o significado da valorização das redes sociais pessoais na prática de Educação Popular e Saúde, constata que a noção de rede social pode contribuir para alargar as ações de EPS, mostrando caminhos de intervenção que possibilitem maior visibilidade prática e teórica das redes sociais nessas ações contribuindo para dinamizar os serviços de atenção básica.

No processo educativo a competência dos profissionais de saúde, especialmente em DM, pode ser compreendida como a capacidade que o profissional tem de realizar intervenção, além de saber agir com responsabilidade, de maneira reconhecida, resultando em mobilização de conhecimentos e habilidades, agregando, portanto, valor à organização e ao profissional (FLEURY; FLEURY, 2001).

Quando conduzidas por profissionais de saúde capacitados, as ações educativas para o autocuidado em DM, sob esse olhar, com suas competências delineadas no processo de aprendizagem, contribuem para o melhor controle metabólico do indivíduo, pois cabe àqueles a responsabilidade de produzir as condições favoráveis ao processo de aquisição de conhecimentos sobre o DM, que possam estimular a mudança nos hábitos de vida e manejo da doença (SCAIN *et al.*, 2007).

Conhecimentos e habilidades são condições necessárias ao desenvolvimento do autocuidado, que devem ser adquiridos desde o início do diagnóstico, por pacientes e seus familiares. Conceitua-se educação em diabetes o processo de desenvolvimento dessas habilidades e a incorporação de ferramentas necessárias para atingir as metas estabelecidas nas diversas etapas do tratamento. A educação em diabetes é a principal ferramenta para a garantia do autocuidado que permitirá o autocontrole por parte do paciente.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), os principais objetivos da educação em diabetes são: a) reduzir as barreiras entre as pessoas com diabetes, familiares, comunidades e profissionais da saúde; b) promover a autonomia das pessoas com diabetes quanto aos hábitos no trato com a doença; c) melhorar os resultados clínicos; d) prevenir ou retardar o aparecimento do diabetes ou de suas complicações agudas e crônicas; e) proporcionar qualidade de vida. Para o alcance desses objetivos, é preciso capacitar e motivar o indivíduo para escolhas

adequadas ante diversas situações, a fim de que este desenvolva comportamentos de autocuidado e solucione problemas mais comuns do dia a dia.

Os profissionais de saúde colocam uma série de limitações para implementação e continuidade do processo educativo e reconhecem a importância do programa educativo no manejo do DM, relatando: a) o despreparo para organização, planejamento e execução das práticas educativas, muitas vezes, relacionados a não formação acadêmica na área de educação em saúde; b) as relações interpessoais pouco efetivas; e c) a falta de capacitação sobre DM. Isso contribuiu para a exigência de reordenar as práticas educativas em DM, incluindo as competências de cada profissional e as metas de atuação nas ações educativas, de forma a estabelecer estratégias de promoção, prevenção e controle da doença (BALCOU-DEBUSSCHE; DEBUSSCHE, 2008; TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

A prática educativa dos profissionais de saúde, historicamente segue abordagens que se assemelham à metodologia pedagógica autoritária, reflexo do modelo sanitarista. Essas observações apontam para ineficácia das estratégias tradicionais, sendo necessário que sejam inseridos nos serviços de saúde novas abordagens capazes de motivar os pacientes com diabetes, fazendo com que estes se sensibilizem para a adoção de novos hábitos de estilo de vida, conscientizando os mesmos sobre os riscos que a doença pode trazer, quando não se atinge o controle glicêmico (COSTA *et al.*, 2011).

Borba *et al.* (2012) em estudo de revisão integrativa da literatura sobre as práticas educativas para indivíduos com diabetes disponíveis nas bases de dados: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature and Retrieval System Online (Medline)*, *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF), no período de 1999 a 2009, constataram que três, entre os oito estudos identificados, trazem a abordagem construtivista da aprendizagem proposta por Paulo Freire. Segundo o autor, a educação se realiza mediante a problematização das situações vividas, e implica retorno crítico a elas. Acontece no diálogo, em que a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que precisa ser transformado; com a liberdade de criar, de propor, o quê e como aprender; e com a conscientização, que significa assumir uma posição crítica frente à realidade.

3.4 CÍRCULO DE CULTURA: FUNDAMENTOS, CONCEITOS E ESTRATÉGIAS

Freire (1981), considerou que compreender o mundo, ter consciência dele e interpretá-lo são acontecimentos que se efetivam na linguagem. A linguagem-pensamento se traduz pela palavra nas suas dimensões constituintes: ação e reflexão. A possibilidade de pronunciar o mundo, na dialética ação-reflexão, mediada pela linguagem-pensamento, faz parte do processo de constituição do sujeito. Enfatizou a importância do diálogo e do movimento que o constitui (ação e reflexão) que ao objetivar-se em diálogo comprometido dos sujeitos, nomeia e reflete sua práxis.

Mas, a linguagem em si não produz transformação. Ao ser estimulado, o ser humano desperta nele potencialidades e mobiliza a capacidade de optar, de decidir, de escolher, exercendo, assim, a liberdade de escolha na ação que desenvolve. Essa escolha de ação muda sua posição diante do mundo. Assim, quanto mais os seres humanos se desenvolvem, mais se diferenciam na natureza e se enriquecem com outras objetivações em cada espaço que participam.

É na cultura que o processo dialogal encontra o embasamento necessário para compreender no trabalho participativo uma produção de modos próprios e novos, solidários e coletivos de pensar, possibilitando um aprendizado de todos juntos, sendo aquilo que constroem outra maneira de fazer a cultura que os faz, por sua vez, homens, sujeitos, seres de história, palavras e ideias-chave (BRANDÃO, 2005).

Freire através de sua postura filosófica e teórica, percebe o homem como sujeito do seu fazer, demonstrando que os homens devem ter consciência crítica de seu lugar social e as relações que estabelece com a sociedade. Uma prática educativa que inclua o educando no processo através do diálogo é muito importante, em detrimento da educação que visa construir um homem idealizado, ao qual apenas interessam os conteúdos determinados por alguém não acessível ao educando e que não vivencie a sua realidade. Para Freire (1991), a educação de adultos demanda que os educadores e educadoras estejam sensíveis à realidade que cerca os educandos. Assim, o ponto de partida para o trabalho do educador é a percepção da realidade e o conhecimento que os educandos apresentam (sua leitura de mundo, suas práticas etc.). O Círculo de Cultura – momento educativo onde convive diferentes subjetividades e saberes - incorpora a experiência do diálogo de forma coletiva e solidária em todos os momentos do processo, de tal

sorte que seu produto – o conhecimento gerado – seja resultante dessas situações. Foram concebidos e sistematizados por Paulo Freire (1991), na década de 1960, como grupos compostos por trabalhadores populares, que se reuniam sob a coordenação de um educador, com objetivo de debater assuntos temáticos, do interesse dos próprios trabalhadores, cabendo ao educador-coordenador tratar a temática trazida pelo grupo.

Considerou “Círculo” porque os participantes deveriam se dispor na sala como a figura geométrica do círculo, para que, nessa disposição, todos pudessem se olhar de frente e se ver, horizontalizando as relações intraclasse. E “Cultura” porque deveria ocorrer o mesmo processo com o currículo, ou melhor, a estruturação do currículo a partir das “culturas primeiras” em presença na prática educacional. A participação ativa em todos os momentos do diálogo é a maior qualidade da equipe de trabalho (BRANDÃO, 2005).

Os Círculos de Cultura nasceram das experiências de alfabetização de adultos no Rio Grande do Norte e Pernambuco e do Movimento de Cultura Popular. Além da alfabetização tinham também a perspectiva de contribuir, para que as pessoas assumissem sua dignidade como seres humanos e se percebessem detentores de sua história e de sua cultura, promovendo a ampliação do olhar sobre a realidade.

A importância de se estabelecer um diálogo entre todos os seus membros é uma característica desses grupos, que em contraposição ao modelo de educação hegemônica, chamado por Paulo Freire de “modelo bancário”, em que o aluno é visto como objeto depositário do conhecimento do professor, e sua única função é absorver passivamente o que lhe é transmitido pelo mestre, prega o aprendizado como ato ativo e criativo, que apenas pode ocorrer por meio do diálogo horizontal e sincero entre sujeitos-educandos e sujeitos-educadores (FREIRE, 1980).

Fundamentado em uma proposta pedagógica, com caráter radicalmente democrático e libertador o círculo de cultura propõe uma aprendizagem integral, rompendo com a fragmentação e requerendo a tomada de posição perante os problemas vivenciados em determinado contexto. É conceituado como um espaço dinâmico e horizontal de aprendizagem, cujos sujeitos participantes investigam questões que lhes são significativas, problematizando situações da própria vivência de mundo. Concebe-se a educação como um processo reflexivo e dialógico de conscientização da realidade, em que, por meio da problematização dos temas

estudados, educadores e educandos constroem concepções críticas e históricas da própria realidade, instrumentalizando-se para efetivamente transformá-la (FREIRE, 1981).

Conforme Dantas (2010), o Círculo de Cultura constitui-se *lócus* da vivência democrática, de formas de pensamentos, experiências, linguagens e de vida, que possibilita o estabelecimento de condições efetivas para democracia de expressões, pensamentos e lógicas com base no respeito às diferenças e no incentivo à participação em uma dinâmica que lança o sujeito ao debate, focando os problemas comuns.

Possibilita estimular e incentivar a utilização e a expressão de diferentes formas de linguagem e representação da realidade, pois conforme compreendida, a realidade pode ser explicada com base em diferentes níveis, ou melhor, na perspectiva de diferentes olhares, que se traduzem em práticas vivenciais e contextuais. Outras possibilidades de exercitar essa multiplicidade de linguagem e de representações, são o teatro, a música, a dança, o desporto porque representam expressividades humanas, sobretudo comunicacionais e sensíveis, que podem se utilizar, nos dias atuais, das novas tecnologias, como forma de ampliar o seu próprio alcance, seja no nível intrapessoal, seja no nível das relações entre diferentes sujeitos em diferentes espaços e dimensões (FLEURY, 1996).

As relações entre educadores e educandos através de suas respectivas culturas se dariam a partir do diálogo, por serem seres humanos recriando suas respectivas realidades sócio-histórico-culturais, buscando a transformação e a dinamização de suas intervenções no mundo. Aponta-se que o homem, no Círculo, vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo que ele mesmo é fazedor. Vai temporalizando os espaços geográficos. Em lugar de professor, com tradições fortemente doadoras, surge o Coordenador de Debates. Em lugar de aula discursiva, surge o diálogo. Em lugar de aluno, com tradições passivas, surge o participante de grupo. Em lugar dos “pontos” e de programas alienados, surge a programação compacta, reduzida, codificada em unidades de aprendizado (FREIRE, 2003).

Para o desenvolvimento do Círculo de Cultura se utiliza de três momentos (DANTAS; LINHARES, 2014):

- *Investigação temática*, pela qual tanto aluno e professor procuram no universo vocabular do aluno e da sociedade onde e vive, as palavras e

temas centrais de sua biografia. Constitui uma relação das palavras de uso corrente, entendida como representativa dos modos de vida dos grupos ou do território onde se trabalhará (estudo da realidade). É um momento que permite o contato mais aproximado com a linguagem, as singularidades nas formas de falar do povo e suas experiências de vida no local.

- *Tematização*, momento em que eles codificam e decodificam esses temas, buscando o seu significado social, e tomando assim, consciência do mundo vivido. Através da tematização são orientados os debates que escolherão o tema gerador geral, objetivando promover a integração do conhecimento e a transformação social; e
- *Problematização*, exercitando a busca de superar a visão mágica inicial por uma visão crítica, a partir da transformação do contexto vivido. Esse exercício aos moldes de Paulo Freire enfatiza no sujeito a discussão dos problemas surgidos da observação da realidade com todas as suas contradições, buscando explicações que o ajudem a transformá-la. O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e, assim, sucessivamente. Considerando esse aspecto, a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, permitindo a produção de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas.

Estão envolvidos no desenvolvimento dos Círculos de Cultura, e para um melhor entendimento, conceituam-se alguns elementos fundamentais como a codificação e descodificação, tema gerador e o conteúdo programático.

- *Codificação*: representa a realidade dos alunos locais, colocando-os distanciados do objeto cognoscível. Desta maneira, os participantes refletem juntos, de modo crítico, sobre a figura que os mediatiza.
- *Descodificação*: representa a passagem do abstrato para o concreto; da parte ao todo, para depois voltar às partes. Isso implica que o participante se reconheça no objeto como uma situação que não está sozinho, mas se encontra com outras pessoas.
- *Tema Gerador*: procedimento utilizado que horizontaliza as relações, promovendo a dialogicidade nos espaços de educação, plenos de conteúdos programáticos relevantes para os educandos presentes. Ao conhecer o

grupo, o mediador intervém nele até que se chegue a um tema gerador comum a todos os membros daquele grupo, realizado por meio de diálogo, em que o mediador/animador renuncia ao lugar de saber/poder para construir com o educando o conhecimento. Possibilita uma forma emancipatória, pois motiva o sujeito a refletir ativa e criticamente sobre a própria realidade, e não sobre algum tema aleatório trazido pelo educador, que pode não condizer com sua vivência particular da realidade (SIMÃO; ZURBA; NUNES, 2011).

Durante a realização dos Círculos de Cultura, o coordenador do grupo tem a tarefa de criar condições para que todos os participantes descubram, no contexto esses temas geradores ou a temática significativa para compreensão da realidade que se apresenta codificada, sendo necessário descodificá-las, permitindo que o sujeito construa a partir da sua leitura de mundo.

Fundamentalmente, o trabalho com Círculos de Cultura envolve um grupo de pessoas debatendo sobre determinado tema, com a figura de um ou mais coordenadores apresentando a temática, organizando a discussão e sintetizando-a ao final do encontro. Para isso é necessário o manejo cuidadoso da coordenação, de modo que ocorram de acordo os pressupostos pedagógicos da Educação Popular (SIMÃO; ZURBA; NUNES, 2011).

Uma das características do Círculo de Cultura é a importância atribuída à reflexão contextualizada dos conteúdos sociais da educação no conjunto das estratégias de análise da realidade. A reflexão contextualizada pressupõe o confronto de ideias (visões de mundo) dos educandos e do educador em que este assume papel fundamental no momento da problematização.

O Círculo de Cultura favorece o incentivo e o estímulo à utilização e à expressão de diferentes formas de linguagem e representação da realidade, já que, conforme se entende.

De acordo com Fleury (1996), a realidade pode ser explicada com base em diferentes níveis ou, melhor dizendo, na perspectiva de diferentes olhares, que se traduzem em práticas vivenciais e contextuais. O teatro, a música, a dança, o esporte são apenas algumas possibilidades que temos de exercitar essa multiplicidade de linguagem e de representações, porque representam expressividades humanas, sobretudo comunicacionais e sensíveis, que podem se utilizar, nos dias atuais, das novas tecnologias, como forma de ampliar o seu próprio

alcance, seja no nível intrapessoal, seja no nível das relações entre diferentes sujeitos em diferentes espaços e dimensões.

Assim, ressaltam-se categorias fundamentais do pensamento de Paulo Freire que são características dos Círculos de Cultura, ou seja, o diálogo, a participação, o respeito ao/à outro/à, o trabalho em grupo. Pode ser considerado como um espaço privilegiado de ressignificação do processo educacional, contribuindo para melhoria da ação didático-pedagógica do educador ou coordenador dos debates e, principalmente, para uma educação voltada para cidadania e emancipação do ser humano.

O Círculo de Cultura também se apresenta como prática de intervenção de caráter político, entendendo-se por intervenção política a ação em que o sujeito reflete criticamente sobre a produção de sua realidade e a partir dela transforma sua relação com a produção dessa realidade. No âmbito da saúde pública, sustenta-se que discutir coletivamente os processos sociais de produção de saúde e doença, cria condições para que usuários e profissionais se assumam como protagonistas na produção (e promoção) de saúde (SIMÃO; ZURBA; NUNES, 2011).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

“Não se pode falar de educação sem amor”

(Paulo Freire)

A pesquisa é embasada por uma corrente de pensamento que aponta para um percurso metodológico. Deve ser planejada e executada segundo o tipo de estudo definido. Para cada estudo, são necessárias normas específicas, devendo o método estar apropriado à abordagem do problema, natureza e objetivos da pesquisa, e aos procedimentos técnicos almejados. Nesta seção, serão abordados os procedimentos metodológicos utilizados na realização da pesquisa, os quais estão descritos detalhadamente.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo que utiliza como método a pesquisa-ação, tendo em vista que essa pesquisa foi desenvolvida a partir da interação entre pesquisadores e usuários diabéticos tipo 2, com o propósito de estabelecer uma troca de saberes, a fim de possibilitar ação intervencionista por meio do Círculo de Cultura, com vistas à transformação social, não se tratando, portanto, de simples consulta popular, mas do envolvimento dos sujeitos da pesquisa em um processo de reflexão, análise da realidade, produção de conhecimentos e enfrentamento dos problemas. Para Thiollent (2003) a pesquisa-ação busca alcançar objetivos de descrição da situação-problema e de intervenção, onde há a elaboração de estratégias ou ações.

Possui abordagem qualitativa, tendo em vista que há vínculo indissociável entre o mundo objetivo em aderir ao tratamento e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números e quantitativa, por apontar numericamente a frequência das variáveis sociodemográfica dos participantes da pesquisa. Flick (2009, p. 21) cita que a pesquisa qualitativa “é de particular relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas da vida”.

A abordagem qualitativa tem muito a oferecer aos que estudam a atenção à saúde e os serviços de saúde. Está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como as pessoas

compreendem este mundo. Tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc.) em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem (POPE; MAYS, 2009).

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A abordagem teórico-metodológica que embasa o presente estudo é a dialética, pois se compreende que sua base filosófica assemelha-se com os pensamentos de Paulo Freire, autor usado como referência e que tem no diálogo a base para o desenvolvimento da consciência crítica. A dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia [...], ela busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles. Do ponto de vista metodológico, a abordagem dialética procura a criação de instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem, compreende a análise dos significados a partir das práticas sociais, valorizando os processos e as dinâmicas de criação de consensos e contradições (MINAYO, 2014).

Paulo Reglus Neves Freire, conhecido internacionalmente como Paulo Freire, nasceu em Recife, Pernambuco, em 1921. No final da década de 1940, Freire trabalhou com um grupo de 300 adultos da cidade de Angicos, no Rio Grande do Norte, que aprenderam a ler e escrever em 45 dias. Além disso, discutiram também cultura e democracia (SIMÃO; ZURBA; NUNES, 2011).

A questão da cultura é um dos temas centrais contidos entre os princípios da proposta político-pedagógica de Paulo Freire. Este reconhece a cultura do seu povo como porta de entrada para iniciar um diálogo significativo com a sua realidade, pois esta lhe permite captar a riqueza dos conhecimentos presentes do imaginário criativo expressos na sua linguagem, muitas vezes, sinônimos de resistência, bem como de subserviência, também culturalmente elaborados como forma de resignação histórica para assegurar sua sobrevivência diante da dominação cultural. A dialeticidade que deve haver entre educação e cultura são a condição de possibilidade para que o conhecimento, resultado da investigação que brota desta relação, seja realmente significativo entre educandos e educadores. Uma prática educativa que se queira democrática, não pode ser invasiva, sobrepor-se à realidade cultural em que está se dando.

A partir de algumas noções elementares sobre o conceito de “cultura”, Paulo Freire problematizou a realidade existencial dos seus alfabetizandos, a fim de, dialeticamente, distanciá-los do seu mundo, convidando-os de maneira estratégica a perceber a singularidade e universalidade da sua atividade produtiva, para reaproximá-los novamente desta mesma atividade com o “olhar” da criticidade. Se cultura é toda e qualquer atividade produtiva humana, não há porque estabelecer graus de superioridade e inferioridade cultural entre as pessoas, a fim de legitimar a segmentação social.

O “Circulo de Cultura” sistematizado por Paulo Freire, que se transformou em recurso didático apropriado para superar a rigidez curricular do formalismo escolar e propiciar as condições indispensáveis para que seus integrantes – educandos e educadores – sentissem-se familiarizados para discutir temas significativos de mútuo interesse, sem que estes fossem pré-fixados anteriormente por um regulamento curricular estático. Assim, o Circulo de Cultura é o local propício em que se encontram as condições favoráveis para que um grupo, em profundo processo de comunhão em torno do mútuo aprendizado, pudesse produzir conhecimento a partir dos elementos da sua cultura, os quais se tornariam sinônimos de resistência às imposições da cultura dominante, a qual Freire denomina de “invasão cultural” (FREIRE, 1987).

Didaticamente, o Círculo de Cultura pode ser descrito em três momentos dialéticos (FREIRE, 2011):

- a) Investigação temática: animador e educandos buscam juntos as palavras e os temas mais significativos da vida destes, dentro de seu universo vocabular e da comunidade onde vivem. Esses temas são chamados de temas geradores, sendo a partir deles que se desencadeiam o processo de diálogo e a reflexão crítica;
- b) Tematização: momento da tomada de consciência do mundo, por meio da análise dos significados sociais das palavras e dos temas geradores. Construção de situações desafiadoras, codificadas e carregadas de elementos que serão descodificados pelo grupo com a mediação do educador.
- c) Problematização: partindo das situações codificadas, busca-se a decodificação, pela reflexão crítica dos problemas apresentados e até do próprio produto da reflexão. Neste momento, o animador desafia e inspira o

educando a superar a visão mágica e acrítica do mundo, para uma postura conscientizada e conscientizadora.

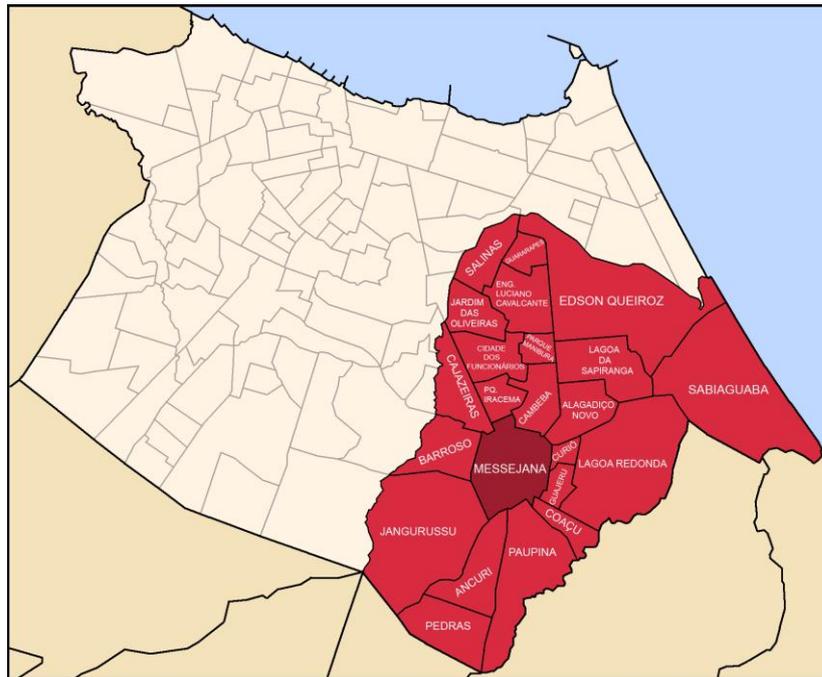
Para atingir os objetivos propostos, buscou-se identificar as percepções dos sujeitos, captando seus discursos e, em seguida, da articulação de cada discurso com os outros discursos pertencentes aos usuários diabéticos tipo 2 em tratamento medicamentoso, com intuito de formar um único discurso representante do todo, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

4.3 CAMPO DA PESQUISA

O campo de estudo concretizou-se na UAPS Mattos Dourado, situada no bairro Edson Queiroz, Regional VI do município de Fortaleza-CE (FIGURA 2). Esse bairro, antigamente chamado de Água Fria, era uma região de sítios e chácaras, com diversas salinas e manguezais. Rapidamente ganhou outra conformação urbana e passou a ser identificada como Favela do Dendê. É um extenso local com diversas localidades, como Favela da Rosinha, Baixada e Comunidade Chico Mendes. Pode-se dizer que no bairro Edson Queiroz convive lado a lado, a pobreza extrema e a riqueza, uma verdadeira desigualdade social, visto que além de abrigar equipamentos importantes como o Centro de Convenções, Centro de Eventos do Ceará, Fórum Clóvis Beviláqua e a Universidade de Fortaleza, também abrigam condomínios e residências de luxo.

Seu território de adscrição está localizado em área eminentemente urbana, de planície, com existência do Rio Cocó, Riacho do Corrente, Lagoa do Colosso e Lagoa Seca. Apresenta como barreira geográfica a Lagoa do Colosso, principalmente para a população da microárea 213, além de não haver transporte coletivo disponível para essa população se deslocar até a UAPS. Apresenta como limites da área de adscrição a Avenida Washington Soares, a Av. Edilson Brasil Soares, o Rio Cocó, o Rio Sapiranga e a Rua Dr. Correia Lima.

Figura 2 – Mapa da Regional VI, em Fortaleza



Fonte: <http://www.fortaleza.ce.gov.br>

Em relação ao setor saúde, espaço problematizado neste estudo, o bairro possui em seu território a UAPS Mattos Dourado, inserida na Secretaria Regional VI. Possui cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 12 ACS, que fazem parte do suporte ao atendimento ao diabético. A área de abrangência é composta por 24 micro áreas divididas entre as equipes existentes e tem responsabilidade sanitária pela população adscrita de praticamente todo o bairro Edson Queiroz.

Em relação aos pontos de atenção à saúde limítrofe à área, estão: UAPS Hélio Goes e Monteiro de Moraes e o Núcleo de Atenção Médica e Integrada (NAMI)/Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Dentre a rede de apoio à saúde, destacam-se: Hospital Gonzaga Mota de Messejana, Hospital Frotinha de Messejana, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral (Messejana), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) (Seis Bocas), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Messejana (Coaçu), Hospital Geral de Fortaleza (HGF), NAMI/UNIFOR, Hospital São José, Instituto Dr. José Frota, Hospital Infantil Albert Sabin, e Hospital César Cals.

Dentre os equipamentos e serviços sociais existentes, têm-se:

- Creches: Creche Maria Júlia (da União), Creche da Associação dos Moradores, Creche da UAPS Mattos Dourado;

- Escolas: Escola Estadual Washington Soares, Escola Estadual Dom Antônio de Almeida Lustosa, Escola Municipal UAPS Mattos Dourado, Escola Associação dos Moradores do Edson Queiroz, Escola de Aplicação Yolanda Queiroz, Ari de Sá Cavalcante, outras escolas privadas.
- Organizações não governamentais: Instituto de Desenvolvimento Integrado Raízes, Centro Evangélico de Apoio ao Menor (CEAME), Projeto Resgate, Associação das Mulheres (Dendê Sol);
- Igrejas: três Católicas, um Centro Espírita, seis Centros de Umbanda, 15 Evangélicas.
- Outros equipamentos sociais importantes: Centro de referência de assistência social (CRAS), Fórum Clóvis Beviláqua, Centro de Convenções, Imprensa Oficial, Centro de Eventos do Estado do Ceará, UNIFOR, Centro Administrativo do Governo, Shopping Iguatemi, Defensoria Pública, Escola Superior da Magistratura do Estado do Ceará (ESMEC), Serviço de Apoio à Pequena e Média Empresa (SEBRAE), Centro Comunitário de Defesa Social (CCDS), Quadrilha (Brilho da Lua), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Tribunal de contas da União (TCU), Centro de Treinamento do Estado.
- O território é composto, ainda, por:
- Áreas de lazer: campos de futebol do Dendê, do Milan, do Penharol e Edson Queiroz, pista para caminhada na UNIFOR, parque na Praça da juventude;
- Áreas de risco ambiental: lixão em frente ao ESMEC, na localidade Chico Mendes, em frente à Escola Yolanda Queiroz e ao lado da igreja Mãe Rainha; Baixada como área sujeita a deslizamento, soterramento ou inundação, e Rocinha (sujeita a inundação); fonte de poluentes: Riacho do Corrente, Baixada, Chico Mendes (esgoto a céu aberto), LCR marmoraria;
- Áreas de assentamentos, invasões e favelas: Baixada, Chico Mendes, Rocinha;
- Áreas rurais: Vacaria no Dendê, distante 3 km da UAPS, apresenta como ponto de apoio à Castanholeira e a Igreja São José.

Estes indicadores sociais fazem parte do contexto das necessidades do usuário diabético e respectiva família.

A escolha deste cenário para o desenvolvimento da pesquisa se deu intencionalmente, por ser campo vivo de atendimento aos usuários diabéticos tipo 2 em tratamento medicamentoso, além de ter condições estruturais favoráveis e ser de fácil acesso aos mesmos. Além disso, a pesquisadora desenvolve práticas de cuidado nesse contexto, o que permitiu acesso às informações da pesquisa.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para atingir aos objetivos delineados, a pesquisa envolveu diabéticos de uma equipe de saúde da família da UAPS Mattos Dourados, em Fortaleza-Ceará, que atende 329 famílias, prestando assistência a 78 diabéticos tipo 2.

Na obtenção da amostra, utilizaram-se das técnicas de amostragem não probabilística e intencional. Amostragem não probabilística é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo. (MATTAR, 1996).

Segundo Gil (2010), de modo geral, o critério de representatividade dos grupos investigados na pesquisa-acção é mais qualitativo que quantitativo. Daí por que o mais recomendável nas pesquisas desse tipo é a utilização de amostras selecionadas pelo critério de intencionalidade. Uma amostra intencional, em que os indivíduos são selecionados com base em certas características tidas como relevantes pelos pesquisadores e participantes, mostra-se mais adequada para a obtenção de dados numa pesquisa-acção.

Os critérios estabelecidos tiveram a intenção de incluir pessoas que tivessem experiências de vida com a doença crônica *Diabetes Mellitus*, favorecendo construção conscientizadora de conhecimentos necessários ao enfrentamento dessa condição. Segundo Minayo (2014), o critério de escolha da amostra em pesquisa de natureza qualitativa não é numérico, embora o pesquisador, muitas vezes, precise justificar a delimitação de pessoas entrevistadas.

Os participantes do estudo foram 14 usuários diabéticos tipo 2, sendo 13 do sexo feminino e um do sexo masculino, selecionados a partir dos seguintes critérios: i) maiores de 40 anos; ii) considerados não aderentes pelo Teste de Morisky-Green (ANEXO A); iii) cadastrados na (UAPS) Prof. Maurício Mattos Dourado da Regional VI, e iv) atendidos por uma equipe de saúde na família.

A primeira formação dos participantes constou de 25 usuários, escolhidos a partir dos critérios de inclusão citados anteriormente. Apesar da participação garantida pelos mesmos na data determinada para realização do primeiro Círculo de Cultura, obteve-se o cuidado, no dia anterior ao encontro, de contatar através de celular, com objetivo de confirmar a participação de todos. Destes, três relataram não poder comparecer por estar com familiar internado em hospital; um relatou falecimento da esposa e outra estava dispensando cuidados maiores à mãe, por estar com problema de saúde; duas entrevistadas confessaram não poder ausentar-se das tarefas domiciliares e quatro usuários participaram apenas do primeiro Círculo de Cultura, ficando, assim, excluídos do grupo. Finalmente, o grupo se concretizou com 14 participantes que pelo número, decidiu-se mantê-lo como grupo único.

4.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de maio a junho de 2016. Foi desenvolvida nas dependências da UAPS Mattos Dourado e em um sítio de propriedade de uma usuária, inserido na própria comunidade, onde se realiza o atendimento de um grupo de diabéticos, com a ajuda de quatro estudantes de graduação de Medicina que foram treinados pela pesquisadora. O envolvimento dos acadêmicos se constituiu em uma oportunidade formativa para os mesmos e incentivos ao desenvolvimento de pesquisas.

Para mobilização dos usuários, obtivemos ajuda dos profissionais de saúde da equipe da UAPS Mattos Dourado que os atende. Atenciosamente contribuíram com informações sobre horários de atendimento, oportunizando a captação destes para realização da coleta de dados.

Foi iniciada com o esclarecimento da pesquisa e solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes do estudo (APÊNDICE B).

As técnicas utilizadas para coleta de dados foram:

- Observações livres, para familiarizar-se com o universo vocabular dos participantes;
- Entrevista estruturada, momento em que foram obtidos os dados correspondentes às variáveis sociodemográficas (APÊNDICE A)

- Círculo de Cultura, o qual possibilitou a captação das experiências de vida dos usuários e seus conhecimentos prévios. O percurso para elaboração dos Círculos de Cultura utilizado nesta pesquisa foi embasado nas cinco fases propostas por Freire (1992), conforme mostra a Figura 3.

Figura 3 – Fases de desenvolvimento do Círculo de Cultura



Fonte: Freire (1992)

A seguir estão descritas as fases de desenvolvimento dos Círculos de Cultura.

1) Levantamento do universo vocabular

O levantamento do universo vocabular ocorreu em três momentos: o primeiro consistiu de encontros informais, com observações livres do percurso realizado pelos usuários dentro da unidade na busca de serviços, como marcação de consultas, acolhimento, espera por consultas médicas, recebimento de medicamentos e realização de procedimentos clínicos, que proporcionaram a familiarização com o linguajar típico desse grupo. O segundo momento seguiu-se da entrevista estruturada com cada participante, com intuito de coletar as características sociodemográficas. O terceiro momento constituiu-se nos Círculos de

Cultura, que por intermédio da interação e troca de saberes, possibilitaram o enriquecimento desse universo vocabular.

2) Seleção das palavras e frases do universo vocabular

A partir da criação de um espaço interativo de cultura, acolheu-se e valorizou-se as expressões verbais e físicas dos usuários, e de forma integrada e interdependente, foram selecionados os temas geradores, considerando a intensidade de vínculo e o teor de conscientização entre as palavras e frases pronunciadas.

3) Criação de situações existenciais típicas do grupo de diabéticos tipo 2

Procurando desafiar o grupo, criou-se situações da realidade dos participantes com elementos em potencial para tornar o aprendizado mais significativo para todos.

4) Elaboração de material norteador para o desenrolar dos Círculos de Cultura

Esta fase consistiu em elaborar um roteiro visando oferecer subsídios, como um guia flexível, que auxiliaram a pesquisadora, ressaltando que em nenhum momento foi assumido como prescrição rígida a ser cumprida.

5) Decomposição dos temas e momento avaliativo

Usando de estratégia plena de atitude dialogal, a pesquisadora procurou incentivar a troca de experiências e ideias, mobilizando-os a identificarem e enfrentarem dificuldades na adesão ao tratamento medicamentoso da diabetes.

Por fim, houve momento de avaliação por parte dos usuários diabéticos tipo 2 sobre o efeito dos Círculos de Cultura, no seguimento e na adesão ao tratamento medicamentoso.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar os diversos aspectos trazidos nos Círculos de Cultura, utilizou-se a abordagem de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), porque fornece voz aos indivíduos e é apropriado para tratar de dados qualitativos que envolvem variáveis, como percepções (LEFÈVRE *et al.*, 2000). A percepção é obtida a partir

da análise dos discursos dos atores enquanto sujeitos da pesquisa e sujeitos sociais. Esses sujeitos, por meio dos discursos, fornecem as representações que compõem a parte subjetiva do trabalho e são considerados os sujeitos coletivos, pois os depoimentos, enquanto atores sociais expressam o discurso de muitos sujeitos individuais.

O DSC consiste, portanto, em uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, redigido na primeira pessoa do singular, constituindo-se em uma forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando, em um discurso-síntese, os conteúdos discursivos de sentido semelhantes emitidos por pessoas distintas. Captura a variedade das experiências da população estudada por meio de respostas às entrevistas, tornando um discurso o discurso de muitos. Assim, o DSC visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social. Para sua confecção, são criadas as seguintes figuras metodológicas (LEFÈVRE; LEFÈFRE, 2003):

- Expressões-chave (ECH): são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso que revelam a essência do depoimento, ou mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento.
- Ideias centrais (IC): é um nome ou expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.
- Ancoragem: é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para "enquadrar" uma situação específica. É uma figura metodológica que pode ou não ser utilizada no DSC e, neste trabalho, optou-se por não utilizá-la.
- Categorias: as Ideias Centrais ou Ancoragens que apresentam semelhança de sentido são agrupadas em uma Categoria que é identificada por uma letra (A, B, C etc.) e por uma expressão linguística (nome ou frase) que sintetiza seu sentido.
- Discurso do Sujeito Coletivo: é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelo conjunto das ECH de depoimentos que apresentam Ideias Centrais ou Ancoragens de sentido semelhante que foram agrupadas em uma dada Categoria.

Para organização dos dados e interpretação dos resultados oriundos dos Círculos de Cultura, utilizou-se o *software Qualiquantisoft DSC*, desenvolvido com base na teoria do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de autoria de Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcante Lefèvre, com objetivo de facilitar a realização da pesquisa. Ademais, representa um recurso metodológico que possibilita dar forma e visibilidade qualitativa e quantitativa às representações sociais, permitindo que um grupo social seja visto como autor e emissor de discursos compartilhados. O *software* tem os seguintes componentes:

- Cadastro: permitem arquivar dados e bancos de dados relativos a entrevistados, pesquisas, perguntas, cidades e distritos outros;
- Análises: são quadros e processos que permitem a realização de todas as tarefas necessárias à construção dos Discursos do Sujeito Coletivo;
- Ferramentas: permitem a exportação e a importação de dados e resultados de pesquisa;
- Relatórios: organizam e permitem a impressão dos principais resultados das pesquisas.

Inicialmente, foram cadastrados no *software Qualiquantisoft DSC* a pesquisa, as perguntas e os participantes, com as respectivas variáveis sociodemográficas e respostas. Posteriormente, foram usados os operadores do DSC, que a cada usuário pesquisado, surgia a resposta correspondente na tela do programa, servindo à seleção de trechos dos depoimentos considerados Expressões-Chave. Seguiu-se à elaboração das Ideias-Chave, categorizadas por letras A, B ou C, de acordo com a produção de cada pergunta. Por fim, a pesquisadora elaborou o DSC, um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelo conjunto das ECH de depoimentos que apresentaram Ideias Centrais de sentido semelhante que foram agrupadas em uma dada categoria.

Os dados provenientes das entrevistas foram digitados em banco de dados do programa *Microsoft Word* (versão 2007).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sendo aprovada conforme parecer nº 1.506.176 e autorização do gestor responsável pelo Sistema Municipal de Saúde Escola e pela UAPS Mattos Dourado, respeitando os preceitos éticos que devem ser seguidos na pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS), que preconiza as normas a serem seguidas em pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

Diante disso, os participantes da pesquisa foram previamente informados quanto aos objetivos, à natureza da investigação e justificativa da pesquisa, sendo-lhes garantido o anonimato, a assistência, o livre consentimento, o respeito aos valores sociais, culturais, religiosos, morais e éticos e a opção de participar ou não da pesquisa. Somente após a aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), e ficaram cientes da possibilidade de desistir a qualquer momento.

A coleta de dados foi realizada após esclarecimentos quanto aos objetivos e à natureza da investigação e assinatura do Termo de Consentimento Livre pelo participante (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Sem a curiosidade que me move,
que me inquieta,
que me insere na busca,
não aprendo, nem ensino.”

(Paulo Freire)

Com intuito de facilitar a visualização e interpretação, os resultados se encontram apresentados em três tópicos, tendo como base os objetivos propostos no presente trabalho: Caracterização dos participantes da pesquisa, Relato da intervenção com o Círculo de Cultura e Discurso do Sujeito Coletivo da não adesão ao tratamento medicamentoso de usuários diabéticos tipo 2 da UAPS Mattos Dourado.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram caracterizados segundo variáveis sociodemográficas, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa

Variável	Categoria	n	%
Faixa etária (anos)	40 - 49	1	7,1
	50 - 59	4	28,6
	> 59	9	64,3
Sexo	F	1	7,2
	M	13	92,8
Estado civil	Solteira	1	7,1
	Casada/União estável	8	57,1
	Viúva	3	21,5
	Separada	2	14,3
Escolaridade	Analfabeto	1	7,1
	Ens fund.inc/comp	8	57,1
	Ensmedioinc/comp	5	35,8
Ocupação	Trabalho formal	-	-
	Trabalho informal	1	7,1
	Desempregada	3	21,5
	Doméstica	8	57,1
	Aposentado	2	14,3
Renda familiar (SM)	<1	1	7,1
	1 - 2	12	85,8
	≥ 3	1	7,1
TOTAL		14	100,0

Fonte: Elaborada pela autora

Constituiu-se por 13 (92,8%) mulheres e um (7,2%) homem. O gênero é um fator que interfere no uso de serviços de saúde, se devendo, em parte, a fatores sociais (STRAUB, 2014). Segundo Galdas, Cheater e Marshall (2005), começando na adolescência, e continuando na idade adulta, as mulheres são mais propensas do que os homens a relatar sintomas e usar os serviços de saúde.

A maioria dos participantes, nove (64,3%), tinha mais de 59 anos e apenas um (7,1%) se encontrava com idade entre 40 e 49 anos. No que diz respeito ao estado civil, foi constatado que a grande maioria deles era casada/união estável, ou seja, oito (57,1%), sendo um (7,1%) solteiro, três (21,5%) viúvos e apenas dois (14,3%) separados. Famílias organizadas e estruturadas são as que fornecem ambiente mais apropriado com apoio ao cuidado dos pacientes com DM, influenciando o comportamento diante das complicações e colaborando para a adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes *Mellitus* (JOST *et al.*, 2010).

Quanto à ocupação, a maioria dos participantes, oito (57,1%), atuava na atividade de doméstica, três (21,5%) eram desempregados e apenas dois (14,3%) eram aposentados. Sendo a maioria de mulheres e de nível socioeconômico baixo, mostrando que as mulheres ainda se ocupam de tarefas domésticas.

Em relação à escolaridade, somente um (7,1%) dos participantes era analfabeto, sendo que a maioria deles, ou seja, oito (57,1%), tinha atingido o ensino fundamental incompleto ou completo e cinco (35,8%) deles tinham ensino médio incompleto ou completo. Este dado é um agravante e, possivelmente, um contribuinte para o desenvolvimento das complicações crônicas, pelo comprometimento das habilidades de leitura, escrita e compreensão das atividades de educação, adesão ao tratamento e de autocuidado preventivo (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Em relação à renda familiar, a grande maioria, 12 (85,8%), encontrava-se na faixa entre um e dois salários mínimos, constatando-se que apenas um (7,1%) deles estava inserido na categoria mais baixa da renda salarial (menos que um salário mínimo) e também apenas um (7,1%) na categoria mais alta (maior ou igual a três salários mínimos). Este resultado pode indicar dificuldade em seguir o tratamento de forma adequada (realização de dieta com maior aporte de fibras e menor quantidade de carboidratos e lípidos, prática de exercícios físicos, aquisição de medicamentos que são distribuídos pela rede municipal) (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

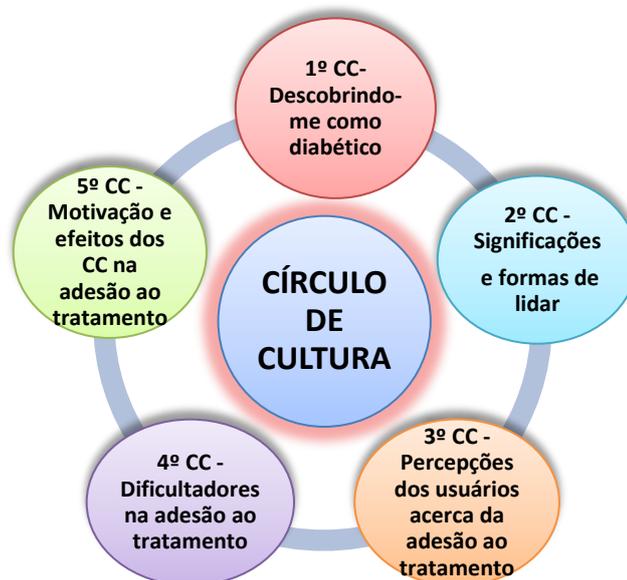
Brez *et al.* (2009) destacaram os fatores sociodemográficos, como questões de restrições financeiras, que muitas vezes, impedem o adequado acompanhamento da dieta e das medicações. O baixo poder aquisitivo são dois dados importantes, pois podem dificultar o acesso à informação e à tecnologia para o controle do diabetes (OLIVEIRA, 2009; PÉRES *et al.*, 2008).

A seguir, estão apresentados os relatos da intervenção realizada por meio dos Círculos de Cultura.

5.2 RELATO DA INTERVENÇÃO COM OS CÍRCULOS DE CULTURA

Para realização da intervenção, foram elaborados cinco Círculos de Cultura (CC), conforme mostra a Figura 4. Utilizou-se o universo vocabular mais carregado de sentido existencial, iniciando por descobertas de sensações provocadas pela doença, na tentativa de imergirem profundamente em sua realidade e facilitar o desenvolvimento das discussões.

Figura 4 – Círculos de Cultura na adesão ao tratamento medicamentoso



Fonte: Elaborada pela autora

5.2.1 Primeiro Círculo de Cultura – Descobrindo-me como diabético

O primeiro Círculo de Cultura serviu para familiarização do grupo e descoberta das palavras geradoras, ditas pelos próprios participantes do grupo.

Essas palavras significaram o contexto real, no qual os diabéticos vivem e vivenciam a doença, sendo essenciais para condução do círculo de cultura e realização dos encontros posteriores. Foi realizado no dia 06 de junho de 2016 e iniciado com acolhimento dos participantes com fundo musical alegre e direcionamento, para que os mesmos sentassem em cadeiras dispostas em círculos.

Após as boas vindas, foram iniciadas explicações sobre aquele encontro e os seguintes a serem realizados e o que significava Círculo de Cultura, enfatizando a importância da participação dos mesmos como detentores de cultura tanto quanto os pesquisadores, o que viabilizaria a troca do saber popular com o saber científico, e repercutiria tanto na prática dos profissionais de saúde como na postura dos mesmos dentro da comunidade como multiplicadores de conhecimento, em um objetivo comum de melhorar o controle dessa doença. Posteriormente, foi solicitado que se apresentassem, momento que era colocado o nome de cada participante, em sua roupa de maneira visível para facilitar o diálogo.

Objetivando proporcionar maior entrosamento e relaxamento por parte dos usuários diabéticos tipo 2, desenvolveu-se a dinâmica de autoconhecimento, denominada "Caixinha de Surpresas" para revelação do conhecimento a si.

Como materiais, foi utilizada uma caixinha com espelho fixado na tampa pelo lado de dentro. Foi explicado que dentro da caixinha tinha a foto de uma pessoa muito importante. Ao identificá-la sem expor seu nome aos outros, deveriam falar as características da pessoa da foto e, posteriormente, passaria a caixinha adiante até o último participante.

A primeira usuária, ao iniciar a dinâmica e ao abrir a caixinha, revelou tamanha surpresa que não se controlou e em voz alta expressou: "*Valha, e essa pessoa num sou eu!*" Houve momento de grande descontração com risadas. Após pedir desculpas e sorrindo, também, a participante concluiu a atuação. Apesar de já não se constituir mais surpresa, a dinâmica fluiu bem com os outros usuários diabéticos tipo 2, com sucessivos depoimentos expressando sentimentos por ser diabético, o que envolveu muita emoção, gerando, por vezes, momentos de choro, que foi compartilhado por alguns e, posteriormente, apoiados com palavras animadoras.

A maioria dos participantes se emocionou ao revelar o impacto causado pela descoberta de ser diabético (a), tornando-se um marco em suas vidas, trazendo uma etapa negativa pelas limitações impostas pela doença. Apenas uma participante, mais arredia, demonstrou neutralidade e outra se destacou ao se

expressar até com risadas, que não permitia que o diabetes interferisse em sua vida, pois apesar de ter outras doenças, como a artrite reumatoide, doença nenhuma "a derrubava", e que se considerava a mais "gaiata" do grupo. Observou-se que os outros participantes se fortaleceram com esse depoimento, expressando algumas atividades que se permitiam fazer, apesar das limitações adquiridas.

Os grupos homogêneos por diagnóstico parecem assim funcionar como agentes facilitadores do processo de mudança, na medida em que aproximam pessoas que estão a vivenciar situações vitais semelhantes e que partilham uma identidade grupal (YALOM, 1995; ZIMERMAN, 1993). Os doentes têm a oportunidade de se sentirem valorizados ao apoiar e dar sugestões a outros elementos do grupo e de se sentirem apoiados e aprender a lidar melhor com os obstáculos (GUERRA; LIMA, 2005; MARCELINO; CARVALHO, 2005).

Ao término da dinâmica, foram lançadas tarjetas com perguntas que ajudariam em todos os objetivos e ao mesmo tempo nortearia os outros Círculos de Cultura. As tarjetas continham as seguintes perguntas: o que você sabe sobre a doença diabetes e como você vive com essa doença? O que você pensa sobre o tratamento do seu diabetes com remédios? O que dificulta você a fazer o tratamento da maneira como o profissional de saúde orienta? As respostas foram registradas enquanto os participantes respondiam.

Por meio de uma discussão dialógica realizada pelo grupo, as perguntas e respostas norteadoras (QUADRO 3) foram selecionadas segundo o critério da similaridade, para escolha dos temas geradores a serem problematizados nos Círculos de Cultura seguintes, com objetivo de promover a codificação/descodificação e o desvelamento crítico.

Foi iniciada a medição da glicemia capilar dos participantes e aferição da pressão arterial, dispensando maior tempo na duração do Círculo.

Logo depois, foram convidados a fazerem um lanche saudável, constituído de salada de frutas, sanduíche natural e sucos com adoçante (FIGURA 5). Bastante animados, conversavam entre si, sobre a importância daquele momento e a curiosidade de participarem dos próximos anunciados. Finalmente, agradecemos pela participação e foi marcado o segundo Círculo de Cultura para o dia 08 de junho de 2016, no horário da manhã pela disponibilidade dos mesmos e aprovação de todos.

Figura 5 – Círculos de Cultura em momento de lanche saudável



Fonte: Elaborada pela autora

Quadro 3 – Perguntas e respostas norteadoras dos Círculos de Cultura

O que você sabe sobre o diabetes e como vive com essa doença?	O que você pensa sobre cumprir o tratamento da doença diabetes com remédios?	O que dificulta você a fazer o tratamento da maneira como o profissional de saúde orienta?
<i>Muito perigosa. Medo de perder um membro.</i>	<i>Eu acho que melhora o diabetes.</i>	<i>Eu me esqueço de tomar os remédios.</i>
<i>Quase que nem sei. Eu estou acostumada. Não mudou nada.</i>	<i>Se não fosse os remédios morria muita gente.</i>	<i>Às vezes, eu esqueço.</i>
<i>Não sei nem explicar. Bem não dá para viver.</i>	<i>Tomo os remédios à força.</i>	<i>São muitos remédios.</i>
<i>Doença normal, igual às outras. Normal. Não mudou nada.</i>	<i>Acho o tratamento bom.</i>	<i>O meu serviço em casa.</i>
<i>Doença ruim. Todo mês tem que vir ao Posto.</i>	<i>É bom porque controla.</i>	<i>Faltar os remédios.</i>
<i>Dá problema de visão. Com medo de ficar cega.</i>	<i>Eu acho que pra gente melhorar tem que tomar os remédios.</i>	<i>É os remédios dá diarreia.</i>
<i>Não é pegajosa. Vivo com muito cansaço nas pernas.</i>	<i>Acho que melhora um pouco o diabetes.</i>	<i>Não ter todos os remédios.</i>
<i>Mais doentio que a pressão. Tomando muitos remédios.</i>	<i>Dá dor de barriga.</i>	<i>Tomar um bocadinho de remédios.</i>
<i>Doença que eu odeio. Eu faço de conta que a diabetes não existe na minha vida.</i>	<i>Eu acho que acaba com o estômago da gente.</i>	<i>Num tenho como comprar, quando falta.</i>
<i>Doença que não é fácil evitar. Sem comer meus doces, que comia todo dia.</i>	<i>Triste dos diabéticos se não fosse os remédios.</i>	<i>Faltar remédio no posto.</i>
<i>Doença que a gente não pode se ferir. Não posso fazer nada.</i>	<i>Acho certo.</i>	<i>Esperar demais pra conseguir a receita.</i>
<i>Doença que custa a sarar. A vida mudou porque tem que viver no médico.</i>	<i>São bons porque eu me sinto bem.</i>	<i>Num tenho dificuldade porque eu pego na Farmácia Popular.</i>
<i>Doença que dá medo de perder o pé. Vivo com medo de ficar aleijada.</i>	<i>Acho importante.</i>	<i>Eu diminuo os remédios para dar tempo de pegar outra receita.</i>
<i>É coisa que a gente não espera. Às vezes, eu faço extravagância.</i>	<i>Acho que melhora o diabetes.</i>	<i>Não pegar todos os remédios.</i>

Fonte: Elaborado pela autora

Na primeira pergunta "O que você sabe sobre o diabetes e como vive com essa doença?", os participantes demonstraram a incapacidade de evitar a doença gerando conformação, além de visão negativa sobre ela, associando-a a repercussões emocionais e físicas desagradáveis, alterando o modo de viver. Adoecimento, em maioria, é visto como ameaça do destino que altera a relação do sujeito consigo e com o mundo ao seu redor, dispara sentimento de impotência, apreensão, desesperança, dentre outros, e, por este motivo, põe sua existência humana em questão (GAUDERER, 1998).

Identificaram que não é uma doença infecciosa e sim que envolve a hereditariedade no seu desenvolvimento. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2016) confirma que o Diabetes *Mellitus* é uma doença causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais.

Ademais, demonstraram falta de conhecimento, quando expressaram "quase que nem sei" e diferenças de enfrentamento, quando uma participante afirmou ser uma doença normal, igual às outras. Segundo Marcelino e Carvalho (2005), o diabetes será enfrentado diferentemente por cada indivíduo, pois dependerá da estrutura psíquica ou organização mental de cada um.

Na segunda pergunta "O que você pensa sobre cumprir o tratamento da sua doença diabetes com remédios?", a maioria atribuiu ao cumprimento do tratamento medicamentoso um valor positivo, com melhora do diabetes, da saúde, e diminuição na mortalidade por essa doença, embora não agissem como pensavam. O grau de adesão à terapêutica depende de um conjunto de fatores que se relacionam entre si e que afetam diretamente o paciente, influenciando o comportamento deste e contribuindo para maior ou menor adesão às recomendações sobre o tratamento recomendado para a doença (CABRAL; SILVA, 2010).

Na terceira pergunta "O que dificulta você a fazer o tratamento da maneira como o profissional de saúde orienta?", foi dada ênfase à dificuldade de acesso ao medicamento, denunciando pouca assistência do poder público, questões pessoais, como esquecimento, falta de recursos financeiros, atividades domésticas, quantidade excessiva de medicamentos prescritos e efeitos colaterais, como diarreia. Do ponto de vista teórico, segundo Travassos e Castro (2008), a barreira primordial do acesso é a disponibilidade. O esquecimento de tomar os remédios, por exemplo, também foi evidenciado por Rocha *et al.* (2008), ao avaliarem os fatores

relacionados a não adesão utilizando a Escala de Morisky-Green. Penteado *et al.* (2002) destacam que o elevado número de variedade e frequência de medicamentos utilizados também contribui para falhas no seguimento correto da terapia medicamentosa. Paradoxalmente, existem ainda trabalhos que têm indicado que o maior número de medicamentos ou a alta complexidade pode estar associado a maior adesão por interferir na forma com que o indivíduo percebe e lida com a condição (ACURCIO *et al.*, 2009).

Em atendimento à solicitação de encurtamento do tempo de duração dos Círculos de Cultura, por parte dos participantes, foi decidido, juntamente, com os mesmos que a aferição de PA e medição da glicemia seriam garantidas em outro momento oportuno, pela profissional de saúde responsável por essa ação dentro da UAPS Mattos Dourado.

5.2.2 Segundo Círculo de Cultura - Identificar as significações e as formas de lidar dos usuários diabéticos tipo 2 com relação à doença

No dia 08 de junho de 2016, iniciou-se o segundo Círculo de Cultura, parabenizando os participantes pela assiduidade e, em seguida, foi dispensado um momento para relaxamento oportunizado por música suave, favorecendo clima necessário à realização do mesmo.

Explicou-se que seriam transmitidas imagens mostradas por meio de slides e que, posteriormente, seriam discutidas por todos. Esses slides foram captados de um vídeo motivacional “Conhecendo o Diabetes *Mellitus* com o Dr Legalvus”, acessível no endereço <https://www.youtube.com/watch?v=IW4R9I6AG4Q>, com imagens codificadas representando a vida de um personagem diabético tipo 2 e sua maneira de viver com a mesma, para permitir a problematização e reflexão conjunta de modo crítico, sobre as significações e maneiras de lidar dos participantes.

As imagens apresentavam o personagem passando a maior parte do dia deitado ou assistindo televisão e sempre acompanhado de alimentação à base de doces, comidas gordurosas e refrigerantes, até que ele começa a sentir os primeiros sintomas de descompensação da doença, como tonturas, mal-estar, indo muito ao banheiro e ficando cada dia mais triste e preocupado.

Após essa apresentação, seguiu-se o momento de decodificação e desvelamento das significações sobre a doença diabetes. Praticamente, todos relataram como negativas, envolvendo tristeza, raiva, por não poder comer o que gostava, além de preocupação e medo das complicações advindas dessa maneira de viver semelhante a do personagem, confessando entender bem o que ele sentia e dando ênfase que a transgressão alimentar ocorria principalmente nos fins de semana quando “tiravam a barriga da miséria”, somente reiniciando a dieta na segunda feira corrente. Cerca de metade dos participantes fazia atividade física, a maioria através de um projeto realizado pelos bombeiros em uma praça, três vezes na semana.

Uma das participantes informou que era acompanhada por nutricionista, mas que não fazia aquela “listinha”. Outro participante ressaltou que nem de comida muito doce e gordurosa gostava e nem de viver deitado, embora concordasse que a condição de ser diabético não deixa a pessoa ser feliz, podendo ter apenas momentos de felicidade. Vários depoimentos se assemelharam em relação ao impacto da descoberta de ser diabético, o que constituiu um marco que dividiu suas vidas, o antes do diagnóstico, época de felicidade, e o depois, com sentimentos negativos que crescia a cada dia.

Discordando de todos uma participante, distribuindo alegria e sorrisos, relatou que era diabética, às vezes saía da dieta, tinha outras doenças, como artrite reumatoide, artrose e nem por isso deixava de ser feliz, porque doença nenhuma a derrubava, considerando-se como a mais “gaiata” do grupo. Todos sorriram e admiraram essa sua maneira de viver.

Muitas dúvidas surgiram: o diabetes começa no sangue e sai pelo suor? Quantos tipos de diabetes existem? Qual o meu diabetes? O diabetes dá câncer? O diabetes combate o peso da gente? Segundo Vieira Pinto (2008), o primeiro passo para contribuição das autoconsciências crítica do trabalhador [...], está em fazê-lo tornar-se observador consciente de sua realidade; destacar-se dela para refletir sobre ela, deixando de ser apenas participante inconsciente dela (e por isso incapaz de discuti-la). Tecnicamente, esse resultado é alcançado mediante a apresentação ao educando adulto de imagens de seu próprio meio de vida, de seus costumes, suas crenças, práticas sociais, atitudes de seu grupo, etc. Com isso, o alfabetizando se torna espectador e pode discutir sua realidade, o que significa abrir caminho para o começo da reflexão crítica, do surgimento de sua autoconsciência.

Combinou-se de discutir esses temas no próximo Círculo de Cultura, momento em que se indagaria sobre a percepção de adesão ao tratamento e desenvolveria a problematização relacionada ao diabetes, suas complicações e os benefícios da adesão ao tratamento medicamentoso em relação ao controle do diabetes e melhora da saúde. Bastante curiosos e felizes, garantiram não perder o próximo encontro porque iriam aprender muito sobre coisas que sempre tiveram vontade de saber.

Após essa troca de saberes popular e científico, houve a entrega de um brinde (uma camisa) e, *a posteriori*, de um lanche saudável, degustado ainda com conversas sobre o aprendizado obtido. Com muito entusiasmo, foi decidida a data do terceiro Círculo de Cultura para a semana seguinte, dia 13 de junho de 2016.

5.2.3 Terceiro Círculo de Cultura – Percepções dos usuários acerca da adesão ao tratamento medicamentoso

No dia 13 de junho de 2016, iniciou-se o encontro com o momento de relaxamento, consistindo de música alegre, representada por marchinhas de carnaval, com objetivo de ressurgir momentos de alegria da mocidade, acompanhada por palmas e movimentos de dança.

Em seguida, após todos ocuparem seus lugares na roda de cadeira, solicitou-se que verbalizassem o que significava para eles a expressão adesão ao tratamento e o que pensavam sobre isso. Individualmente, e respeitando a escuta, todos concordaram que adesão era não se esquecer de tomar os remédios no horário certo, pois caso isso acontecesse, pioraria a saúde, contemplando, assim, o segundo objetivo específico deste estudo.

Após esse momento, foram mostrados slides com imagens sobre o percurso da alimentação inadequada, desde o momento que é ingerido, chegando ao estômago e virando glicose (demonstrada como cubos de açúcar) até o acúmulo no sangue. Um slide mostrou o pâncreas como uma fábrica que produz insulina (representada por carrinhos de transporte de glicose). Como o diabetes produz pouca insulina (poucos carrinhos para tirar a glicose do sangue), vai desenvolver as complicações pelo acúmulo de glicose, atingindo os olhos do personagem diabético que apresentava dificuldade de visão, sensação de choques, agulhadas e dormências nas pernas. A cada slide, problematizava-se o que eles percebiam nas

imagens e, pouco a pouco, foram descobrindo as diferenças entre o diabetes tipo 1 e 2, como o diabetes inflama os vasos por onde passa o sangue com a glicose bastante elevada e, assim, pode prejudicar os rins, momento em que foram citadas experiências vividas com amigos diabéticos que faziam hemodiálise; o infarto do coração foi comentado e o “derrame cerebral”, como complicações.

Os mitos foram desvelados e ficaram bastante surpresos de descobrir como o Diabetes *Mellitus* se desenvolvia, reconhecendo que não sabiam que a pizza e o macarrão viravam açúcar. O diálogo fluiu facilmente com descobertas de alguns sintomas de complicações que já apresentavam e identificaram o risco do surgimento das diversas complicações, inclusive a dificuldade de cicatrização de quem tem diabetes e que uma ferida, por menor que seja, pode levar a perder dedos, pés ou pernas, embora em nenhum momento tivessem usado o termo “pé diabético”. O infarto do coração foi citado como complicação e dentro do seu universo vocabular, o derrame cerebral foi lembrado em alusão ao acidente vascular encefálico.

Um dos participantes expressou que remédio tomado demais também pode prejudicar o diabético, pois durante um internamento, sua glicemia baixou muito por terem aplicado insulina mesmo ele estando com a glicose baixa, o que o fez desmaiar e não morreu por estar acompanhado do filho que imediatamente chamou o médico. Neste momento, foi desvelado por alguns que já tinham apresentado tremores, sensação de fome e tonturas pelo fato de terem tomado remédios e não terem se alimentado adequadamente.

Observou-se que apesar de demonstrarem conhecimento sobre as complicações do diabetes, não faziam ideia de como isso acontecia.

Depois foi mostrado o personagem submetendo-se à consulta médica e tomando os remédios da maneira conforme explicado pelo médico, além de estar alimentando-se com saladas e outros alimentos saudáveis, caminhando com a esposa em uma praça, alegre e sem os sintomas que tanto o incomodava.

Reconheceram a importância da adesão ao tratamento para tirar o açúcar acumulado no sangue, evitando, assim, os sintomas tão desagradáveis que a maioria deles compartilhava. Estampavam-se em seus rostos a motivação positiva para cumprir o tratamento medicamentoso.

Em seguida, receberam um brinde, representado nesse encontro por um boné, recebido com surpresa e alegria.

Após esse momento, foi marcado o quarto Círculo de Cultura, para o dia 15 de junho de 2016, no mesmo horário.

5.2.4 Quarto Círculo de Cultura – Dificultadores na adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários diabéticos tipo 2

Este Círculo de Cultura ocorreu no dia 15 de junho de 2016, com músicas suaves, escolhidas aleatoriamente, com objetivo de relaxamento musical. Posteriormente, foi explicado que se identificaria e discutiria sobre o que estaria dificultando essa adesão ao tratamento. Para o desenvolvimento do desvelamento e da consciência crítica, continuou-se a usar slides que representavam o percurso do diabético dentro da UAPS Mattos Dourado na busca de tratamento, desde o momento da marcação da consulta até a saída da UAPS Mattos Dourado. Foi bastante interessante observar a familiaridade descoberta ao se depararem com os espaços que representavam a realidade de vida como diabético em busca de atendimento, facilitando a descoberta de dificuldades enfrentadas na adesão ao tratamento, no que se refere ao Posto de Saúde.

Entre os diversos aspectos que trouxe dificuldades aos mesmos, destacaram-se aspectos relacionados à UAPS Mattos Dourado, como a falta de organização, gerando dificuldade em conseguir consulta com o médico e, conseqüentemente, demora em receber os medicamentos, além da falta dos mesmos na farmácia. Nas características do próprio usuário, todos relataram esquecer-se de tomar o medicamento, além de alguns identificarem o contexto familiar, não recebendo o apoio necessário. Foi ressaltado o nível socioeconômico baixo, impedindo que comprassem o remédio quando esse faltasse, levando muitas vezes, a diminuírem a dose para dar tempo de conseguir mais remédios e também os próprios afazeres domésticos. Em relação à doença e ao tratamento, destacou-se o número excessivo de medicamentos, às vezes, surgindo a ideia de decidir qual deveria escolher para tomar; os efeitos adversos dos remédios, destacando-se a metformina como causadora de diarreia, dor abdominal, mal-estar e o mito de que esse medicamento faz o sangue virar água e dá câncer.

Foi então decodificado esse conhecimento através de problematização, resultando na consciência crítica dos aspectos positivos e negativos do mesmo. A relação com o profissional de saúde foi bastante elogiada, observando a existência de vínculo considerada motivadora de adesão, mas foi citado que deveriam explicar melhor a receita, pois, muitas vezes, não entendiam a bula do medicamento e por esse motivo poderiam não tomar a medicação corretamente.

Durante a discussão, perceberam que o governo tem responsabilidades na disponibilidade do medicamento, e que descontrolar o diabetes provoca complicações que, às vezes, necessita de internação e até aposentadoria para os que ficam incapacitados, como no caso de amputações, submissão à hemodiálise, gerando custos muito mais altos do que a compra de medicamentos.

Um participante fez questão de enfatizar que se a maioria dos diabéticos ficasse sem remédio, piorasse da doença e tivesse complicações, provavelmente surgiriam muitos aposentados. E problematizou: como o governo pagará a todos os aposentados, se a previdência atualmente é um problema a ser resolvido?

Identificaram que se formassem um grupo, ficariam mais forte para reivindicar a entrega constante de medicamentos e que antigamente tinham uma líder comunitária que ajudava muito nesses casos. Decidiram identificar alguém ou algum equipamento social dentro da própria comunidade que os nortearia nessa ideia.

Ao término do Círculo de Cultura, posteriormente foi entregue o brinde, constituído por uma garrafa plástica, própria para carregar água, principalmente em caminhadas. Recebida com muita alegria, expressaram as diversas utilidades a que se prestaria aquele brinde, e que os acompanharia, inclusive quando fossem para as consultas. Nesse momento, uma usuária expressou com um tom de brincadeira que, se já tinham uma camisa, um boné e uma garrafa de beber água, só estava faltando o tênis para caminharem. Todos sorriram e depois participaram de um lanche com pão integral, requeijão light e sucos naturais.

5.2.5 Quinto Círculo de Cultura – Motivação e efeitos dos Círculos de Cultura na adesão ao tratamento

Após realização dos quatro Círculos de Cultura anteriores, em que se puderam identificar significações e formas de lidar com o Diabetes *Mellitus* tipo 2, além das percepções e dificuldades na adesão ao tratamento medicamentoso, foi

idealizado o 5º Círculo de Cultura objetivando identificar a motivação e os efeitos da aplicação dos Círculos de Cultura como estratégia de adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes *Mellitus*.

Realizou-se a dinâmica "O Barco", intitulada "Seu tratamento com remédios é como um barco velejando no mar", com objetivo de fortalecê-los a enfrentarem todas as dificuldades que surgem na adesão ao tratamento medicamento da doença.

Durante essa dinâmica, foram distribuídos barquinhos de papel a todos os usuários, enquanto a pesquisadora contava a seguinte história, levando-os a participarem da narrativa: "Cumprir o tratamento com remédios é como um barquinho, que está navegando no mar".

Nesse momento, o barquinho era balançado como se estivesse navegando, ao mesmo tempo em que se incentivou a todos fazerem o mesmo. Logo em seguida, foi dada continuidade à narrativa: "Em um momento, em meio ao mar o barquinho começa a afundar".

A pesquisadora dirigia o lado do barquinho para baixo, simulando um afundamento em alto mar, o que foi seguida por todos. *O barquinho está afundando porque está cheio de dificuldades que atrapalham em cumprir o tratamento com remédios dessa doença. Para que ele não afunde, precisamos jogar fora essas dificuldades.*

Com a mão foi cortada uma ponta da lateral do barquinho e dado prosseguimento à narrativa. *Continuamos navegando e então em outro momento o barquinho começa a afundar novamente, só que agora para o outro lado.*

Nesse momento, foram realizados movimentos para baixo com o barquinho, para o lado oposto ao que foi cortado, ação seguida por todos. A narradora continuou: "São ainda dificuldades que estão atrapalhando em cumprir esse tratamento com remédios". Foi então cortado um pedaço da outra lateral para que o barquinho não afundasse, ao mesmo tempo em que representava dificuldade à adesão ao tratamento.

Mas mesmo tirando esses pesos das duas pontas do barquinho, ainda ficaram algumas coisas que estamos tão acostumados a fazer que até esquecemos que prejudica o nosso tratamento com remédio, como querer desistir de conseguir uma consulta ou os remédios que estão faltando. Vamos jogar fora um pedacinho da ponta de cima do barquinho, que representa essas dificuldades, para que o barquinho fique leve e não afunde!

Todos repetiram o procedimento, sendo dado prosseguimento à narração. “E agora sem aquilo que fazia o barquinho afundar, temos que nos segurar firme no nosso barquinho porque ele está chegando à terra firme, e está soltando algumas partes”.

Foi solicitado então que puxassem a parte firme do barquinho para cima, o que o transformou em uma camisa com a seguinte frase escrita na parte da frente da mesma: ***Sou diabético e sou feliz. Eu cumpro o meu tratamento*** (FIGURA 6). Ficaram surpresos com essa transformação. Nesse momento aproveitamos a oportunidade de enfatizar que todos estavam capacitados a transformar o comportamento, em prol da adesão ao tratamento de sua doença, obtendo controle da doença e melhora na qualidade de vida.

Figura 6 – Círculo de Cultura - Usuária mostra a transformação do "barquinho" em uma "camisa" após dinâmica motivadora de adesão



Fonte: Elaborada pela autora

Neste momento, foi expresso que quando queremos conseguir alguma coisa, usamos sempre a frase “vestir a camisa”, para motivar o sucesso do nosso propósito. No caso da doença Diabetes *Mellitus*, após essa troca de aprendizado, todos estavam capacitados à aderirem ao tratamento medicamento dessa doença.

Nesse momento, a pesquisadora lançou a seguinte pergunta: ***Quem quer "vestir essa camisa", cumprir o tratamento e viver bem com sua doença sem todos aqueles sintomas que perturbam vocês quando não fazem o tratamento corretamente?***

Todos levantaram a mão, e em seguida foi entregue aos usuários diabéticos tipo 2 uma camisa, representando o potencial de cada um em aderir ao tratamento (FIGURA 7).

Posteriormente, foi solicitado que expressassem as significações sobre a estratégia educativa, através da seguinte pergunta: "Você poderia me dizer o que os Círculos de Cultura representaram para você e a adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes *Mellitus*?".

Figura 7 – Círculo de Cultura celebrando a Educação Popular em Saúde na adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes *Mellitus*



Fonte: Elaborada pela autora

Os participantes demonstraram alegria e satisfação pelos conhecimentos obtidos sobre a doença, pois nunca tinham tido esses encontros para esclarecer muitas coisas que não sabiam, com depoimento de que já tinha feito a divulgação dos mesmos para todos os vizinhos. Relataram sobre a experiência adquirida, a importância da realização dos Círculos de Cultura para melhorar a adesão ao

tratamento medicamentoso e o compromisso de começar a fazer melhor o tratamento, tomando os remédios conforme o profissional de saúde orienta.

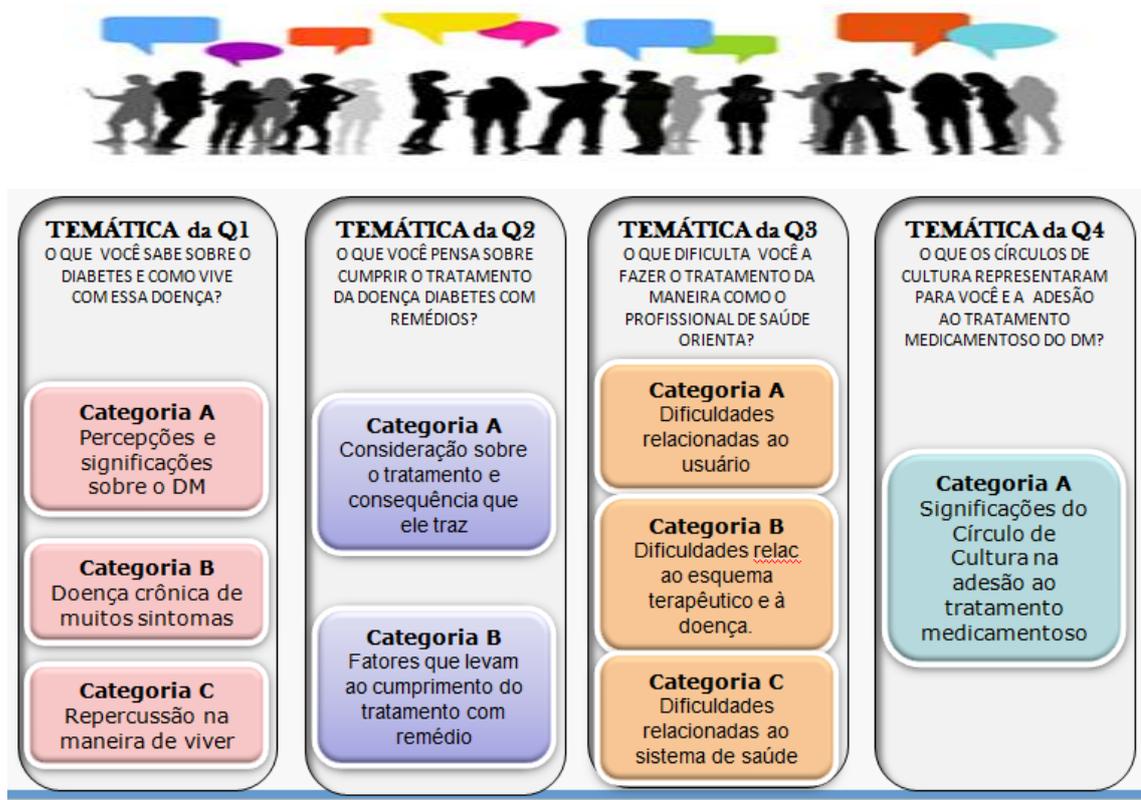
Esboçaram estratégias para evitar a principal causa de não adesão, no caso, o esquecimento de tomar os remédios e posteriormente ensaiaram algumas estratégias para que os remédios fossem lembrados, como colocar na mesa que faz as refeições, pedir à família para lembrar. Na falta da medicação, decidiram ir a busca na farmácia popular, e para ajudar ao tratamento medicamentoso no controle do diabetes, decidiram se reunir para fazer caminhada usando a camisa, o boné e a garrafa com água recebidos como brindes. Constatou-se que essa busca por estratégias, após pronunciado o seu mundo, indica que os participantes, pronunciando o seu mundo através do diálogo e da conscientização, tentaram modificá-lo em prol de uma melhoria de suas vidas. Em pedagogia do Oprimido, Freire postula que “Existir, humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles um novo pronunciar” (FREIRE, 1987, p. 78).

Agradeceram à pesquisadora e aos colaboradores, assim como a Deus, considerando obra dele a nossa presença na realização dos Círculos de Cultura, que além do aprendizado, criaram-se laços de amizade entre pessoas com a mesma doença e problemas. Lamentaram o fim dos Círculos de Cultura e perguntaram quando seriam realizados novamente. Concluiu-se, então, o objetivo geral dessa pesquisa que era a realização de Círculos de Cultura como estratégia na adesão ao tratamento medicamentoso.

5.3 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE USUÁRIOS DIABÉTICOS TIPO 2 DA UAPS MATTOS DOURADO

Após a aplicação dos dados obtidos dos Círculos de Cultura no *software Qualiquantisoft* DSC, obtivemos quatro temáticas e nove Ideias Centrais, categorizadas à partir das questões utilizadas, conforme mostra a Figura 8.

Figura 8 – Temáticas e Ideias Centrais categorizadas



Fonte: Elaborada pela autora

A partir da questão 1, "O que você sabe sobre o diabetes e como você vive com essa doença?", foram produzidas 35 expressões-chave (registros) que resultaram em três Ideias Centrais (IC). Essas Ideias Centrais com mesma semelhança de sentido foram agrupadas em categorias, identificadas pelas letras A, B, C e pelas expressões linguísticas (frases) "Significações que retratam o significado de ter diabetes", "Doença crônica de muitos sintomas e complicações" e "Repercussão na maneira de viver", respectivamente, conforme exposto na Tabela 2 e no Gráfico 1, detalhados abaixo:

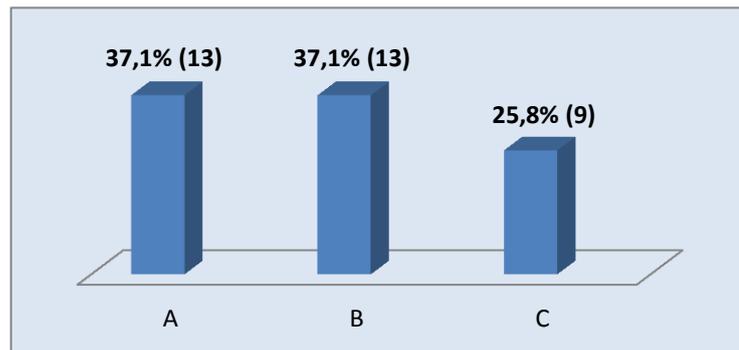
Tabela 2 – Porcentagem das ideias centrais referente à resposta à questão 1

Categorias	Ideias Centrais	Expressões-chave	
		n	Frequência
A	Significações que retratam o significado de ter diabetes	13	37,1
B	Doença crônica de muitos sintomas e complicações	13	37,1
C	Repercussão na maneira de viver	9	25,8

Fonte: Elaborada pela autora

As Ideias Centrais "Significações que retratam o significado de ter diabetes" e "Doença crônica de muitos sintomas e complicações", categorizadas como A e B, respectivamente, apresentaram frequência de 37,1% das expressões-chave, enquanto a Ideia Central "Repercussão na maneira de viver", categorizada como C resultou em uma frequência de 25,8% (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 – Frequência de IC (Pergunta 1)



Fonte: Elaborado pela autora

Os respectivos DSC representativos do conhecimento prévio dos participantes sobre a Diabetes *Mellitus* e a maneira de viver com essa doença, para cada IC, estão apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta1 "O que você sabe sobre a doença diabetes e como você vive com essa doença"?

(continua)

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
IC – A Percepções e significações sobre o diabetes
<p>DSC - A: A diabetes é uma doença horrível. Não é coisa muito boa não. É perigosa, mas não é pegajosa. É genética. Ter diabetes eu acho ruim, porque você está sempre preocupada com ela. Eu mesma sou diabética e eu me preocupo muito com ela. É uma doença que faz medo. Às vezes, me sinto uma pessoa nem muito alegre nem muito triste com a diabetes significando mais ou menos na minha vida.</p> <p>A diabetes foi muito difícil quando eu descobri. Quando eu soube eu fiquei triste, mas eu não fiquei com depressão. Foi loucura. Eu chorava feito uma desesperada Ave Maria, eu pensei que eu ia morrer. Não queria tomar insulina. A diabetes na minha vida é uma tristeza. Não fiquei mais uma pessoa alegre. Depois que o médico disse que eu tinha, nunca mais pude fazer o que eu queria. É um desgosto, porque não posso comer o que quero: doce, comida gordurosa, salgadinho.</p> <p>É muito difícil resistir à tentação de comer doce, massa. Mas às vezes fico nervosa, fico triste pela preocupação do diabetes. Sentindo-me uma pessoa inválida. Eu acho assim, que a diabetes é muito complicada. Eu jamais esperava na vida. Eu não gosto de ter diabetes. Mas eu não vou ficar deprimida, porque tem gente que fica deprimida. É uma doença que não larga mais a gente, depois que ela apresenta, ela não vai embora. Poucas coisas é para sempre que a gente tem. Eu peço a Deus todo dia, para ficar boa, para me livrar dela, mas eu sei que ela é pra sempre. Eu tenho várias doenças: diabetes, artrite reumatoide, crise nervosa, tenho tudo, mas não deixo de ser alegre. Eu sem poder andar, ainda danço. Ela aí sabe, eu quase "perdo" um pé, não foi? Doença nenhuma me derruba. Eu nunca me entreguei à doença nenhuma. Eu sou diabética e vivo muito bem.</p>

Quadro 4 – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta1 "O que você sabe sobre a doença diabetes e como você vive com essa doença?"

(conclusão)

IC - B Doença crônica de muitos sintomas e complicações
<p>DSC – B: Eu acho que o diabetes é muito mais doentio do que a pressão. Nós quando fica diabética, fica feia, fica com a pele feia, ressecada. A gente envelhece mais, tudo da diabetes. A diabetes pode deixar a gente com mal-estar, dor nas pernas, muita sede e magra. Eu emagreci 8 Kg. A doutora disse que ela estava muito alta. Com a diabetes, eu sinto muita coisa: sono, não tenho às vezes apetite e quando ela está alta, a gente urina demais e come muito. Quando eu estou com muita fome eu sei e às vezes eu sei que não tenho sede. O homem lá de casa, a diabetes dele é demais. É muito forte. Às vezes, ela vem com 250, com 300, sabe, ela vem forte. O doutor disse que é porque ela aumenta. Fiz os exames e deu 400 e tanto. Se ela alterar demais às vezes pode dá AVC, afetar os rins, ter problema de visão e ficar cega. Eu num enxergo bem. A diabetes pode dá amputação de membros, ficar sem uma perna, precisar perder o pé, cortar um dedo. Eu quase perdi um pé. Aí fiquei internada, tomei insulina e fui melhorando. Se a pessoa não se cuidar pode até ficar aleijada, ter que fazer cirurgia, porque o diabetes demora a cicatrizar, até com uma feridinha e não sarar, se não cuidar e ela tiver bem alta mesmo, aí a pessoa pode ser atingida. A gente tem que ter muito cuidado para não cair e se ferir. Acontece que se ela baixa demais, a gente pode desmaiar. Eu estava internada, já estava baixo e eu avisei que não podia, mas elas aplicaram a insulina. Foi erro das meninas lá. Chegou em 33 a glicemia. A minha sorte é que estava no hospital. Meu filho estava me acompanhando e chamou elas. Eu só melhoro depois que ela baixa. Às vezes a gente pensa que está bem e não está. Pode até durar muito, né, mas também pode morrer numa hora para outra.</p>
IC - C Repercussão na maneira de viver
<p>DSC - C: Bem não dá pra viver. Tem dias que eu estou bem, e não está me atrapalhando de nada, que eu trabalho direto. De manhã eu estou ótima, mas do meio dia para tarde eu estou mal. Eu tenho muita cautela. Eu faço caminhada todo dia pra poder emagrecer. Eu sei que com diabetes agente não pode comer doce, então não é todas as comidas que eu como. Aí amarrei mais a boca. Num como muito, sabe! De noite eu só tomo um leitezinho com 3 <i>cremcraker</i>. É a minha janta. Aí almoçar, eu almoço melhorzinho e a merenda, tudo tem que ser na paz, para não aumentar. A vida mudou porque o que eu fazia antes não posso mais fazer. Certas coisas ficaram limitadas. Agora eu procuro cuidar direitinho. Tem que viver no médico, a gente tem que tá tomando remédios, tem que ir atrás do remédio. Quando num tem, tem que comprar. Tem que está indo nos Postos, para se consultar. Todos os meses têm que renovar os comprimidos e tem que tomar os comprimidos. Mudou muito minha vida, mas eu levo a vida normal. Tem que levar ela normal se não a gente fica mais doente.</p>

Fonte: Elaborado pela autora

A IC A, "Significações que retratam o significado de ter diabetes", mostra os sentimentos dos usuários diabéticos tipo 2 na vivência com a doença desde a descoberta e perpassa as preocupações diárias que se manifestam em forma de desgosto, tristeza, dificuldade de aceitar e medo - um viver sob riscos – que enseja ambiguidade na significação. Ao mesmo tempo em que considera uma doença perigosa e preocupante, expressa que o diabetes significa mais ou menos em sua vida e que mesmo tendo a doença, não ficou depressiva e, posteriormente, se expressa apresentar outros tipos de doença que a incapacita, mas não a possibilita de se considerar uma pessoa feliz mesmo sendo diabética.

Percebe-se que, no início do diagnóstico do Diabetes *Mellitus*, ocorreu uma ruptura temporal, o antes e o depois do diagnóstico, revelando o impacto da descoberta da doença, gerando o desespero e, posteriormente, a tomada de consciência para assumir a irreversibilidade e as complicações decorrentes do problema, alterando, aos poucos, o modo de viver, justificados pela própria necessidade de convivência com o Diabetes *Mellitus*.

Este estudo corrobora com o de Santos Filho, Rodrigues e Santos (2008) que identificou como reações emocionais mais comuns que interferiram no autocuidado de pessoas com DM2: medo, estresse, ansiedade, tristeza, depressão e raiva/revolta.

Durante a década de 1980, a psicologia da saúde demonstrou que os indivíduos doentes criam os próprios modelos ou representações da doença, de forma a conseguir lidar com a situação. O estudo das representações da doença tem sido referido como essencial por, não apenas por potencializar a compreensão dos mecanismos de *coping* (conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes) adotados, como também por promover o desenvolvimento de intervenções que fomentam a autogestão da doença crônica (HEIJMANS; RIDDER, 1998).

Na IC B, "Doença crônica de muitos sintomas e complicações", os usuários diabéticos tipo 2 consideram o Diabetes *Mellitus* uma doença "pior do que a hipertensão". Demonstraram reconhecer algumas das principais complicações crônicas e sintomas relacionados com o nível de descontrole do Diabetes *Mellitus*. Entre essas complicações, destacou-se a amputação de membros, cegueira, doença renal crônica, acidente vascular encefálico, alterações na pele. Outra percepção encontrada foi que, tanto a alteração do diabetes para níveis altos de glicemia, assim como para níveis muito baixos, é prejudicial à saúde, com depoimento de ter ocorrido desmaio em momento que a glicemia resultou abaixo de 33 mg/dL.

Na região do Nordeste do Brasil, estudo de natureza quantitativa realizado em 2012, com amostra de 101 pessoas com diabetes, obteve resultados mais satisfatórios sobre o conhecimento das pessoas em relação às complicações crônicas inerentes ao DM. A maioria dos entrevistados (99%) referiu como complicação do diabetes problemas nos olhos, 81% afirmaram saber que o diabetes pode causar problemas nos pés. Por outro lado, apenas 25% das pessoas

afirmaram não saber que problemas nos nervos pode ser uma complicação da doença. Os autores salientam a necessidade de estudos que correlacionem o conhecimento dessas pessoas ao controle adequado da doença. Além disso, reforçam a importância de os profissionais de saúde atuarem por meio de intervenções em todos os níveis de atenção, principalmente em programas de educação em diabetes, através de grupos, visitas domiciliares e atividades educativas (ALMEIDA *et al.*, 2014).

A ICC, “Repercussão na maneira de viver”, denota que os diabéticos percebem que após o diagnóstico da doença, os mesmos mudaram o modo de viver, causando limitação na quantidade e escolha de alimentos, além de reconhecerem a importância da atividade física e a busca de cuidado com profissional de saúde na unidade de atendimento. Houve demonstração de diferença no modo de enfrentar essa problemática de saúde quando relatam sofrimento pelas limitações e ao mesmo tempo afirmam que levam uma vida normal. O indivíduo diabético tem a rotina afetada desde as ações mais triviais ao desejo de continuar a viver e manter a qualidade de vida. A pessoa acometida convive com embates cotidianos entre os próprios impulsos básicos de comer o que não é ideal, de deixar de tomar os remédios, dentre outros. Todavia, há necessidade imperiosa de ter controle sobre seus desejos, resultando em dificuldades de aceitar seus limites (SANTOS *et al.*, 2011).

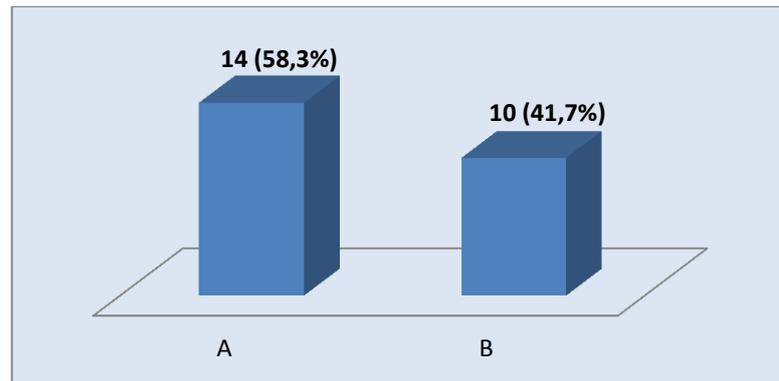
A partir da questão 2, “O que você pensa sobre o tratamento da sua doença diabetes com remédios?”, foram produzidas 24 expressões-chave (registros) que resultaram em duas ideias centrais (IC), como exposto na Tabela 3 e Gráfico 2, destacando-se a IC “Consideração sobre o tratamento e consequência, obtida de 14 expressões-chave, em uma proporção de 58,3% do total.

Tabela 3 – Porcentagem das ideias centrais referente à resposta à questão 2

Categorias	Ideias centrais	Expressões-chave	
		n	Frequência
A	Consideração sobre o tratamento e consequência que ele traz	14	58,3
B	Fatores que levam ao cumprimento do tratamento com remédios	10	41,7

Fonte: Elaborada pela autora

Gráfico 2 – Frequência de IC (Pergunta 2)



Fonte: Elaborado pela autora

Os respectivos DSC representando o conhecimento prévio dos participantes sobre o tratamento da sua doença diabetes com remédios, para cada IC, estão apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta 2: "O que você pensa sobre o tratamento da sua doença diabetes com remédios"?

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)	
IC - A Considerações sobre o tratamento medicamentoso	
DSC - A: Acho o tratamento com remédios importante, certo e bom. Sempre tem médico para ajudar e os remédios são comprimidos porque se fosse insulina eu num queria não. Mas precisa lembrar-se de tomar todos os remédios. Fazer o tratamento com remédios controla e melhora um pouco a diabetes. A pessoa vive mais tempo e melhora muito quando faz o tratamento do jeito que o doutor diz. A gente tenta fazer mais ou menos, porque certinho não dá não. Tem remédio que eu não sinto nada, me sinto bem e eu acho bom, mas tem outros que eu acho ruim e eu só tomo à força porque se num acompanhar bem direitinho é pior para a gente. Pode morrer mais cedo. Pode ter complicação. Eu tomo os remédios para num morrer mais cedo. Eu acho que abaixo de Deus, só os remédios.	
IC - B Fatores que levam ao cumprimento do tratamento com remédios	
DSC - B: Se a gente se dá bem quando toma o remédio bem direitinho, a gente tem que continuar a tomar ele. Mas precisa lembrar-se de tomar todos os remédios, porque controla e porque é comprimido, eu me sinto bem. Se não acompanhar bem direitinho é pior pra gente. Pode morrer mais cedo, pode ter complicação.	

Fonte: Elaborado pela autora

A categoria A da questão 2 "O que você pensa sobre o tratamento da sua doença diabetes com remédios?" revelou que grande parte dos participantes reconhecia a importância do tratamento medicamentoso na melhora da doença Diabetes *Mellitus* e no aumento da longevidade, mas identificou que alguns são

melhores que outros pela presença ou não de sintomas decorrentes. Além disso, associa o uso da medicação na tentativa de evitar as complicações da doença e uma morte breve. Stuhler (2012), em pesquisa, indica que diabéticos, ao serem questionados sobre o que uma pessoa aderente ao tratamento deve fazer, responderam com percentuais acima de 85% em todos os aspectos do estudo que há necessidade de usar corretamente a medicação, diminuir a ingestão de açúcar, realizar atividade física pelo menos três vezes na semana. Porém, este mesmo autor coloca que os adoecidos, sujeitos de sua pesquisa, ainda que reconheçam a importância da dieta e da atividade física, têm seu cuidado centrado no uso de medicamentos.

Na categoria B da questão 2 " Fatores que levam ao cumprimento do tratamento com remédios?", os usuários expressaram que faziam uso do tratamento com remédios porque com comprimidos sentiam-se bem e constatavam a melhora da doença com esse tipo de tratamento. Para Gimenes, Zanetti e Haas (2009), quando há a percepção do paciente sobre os benefícios esperados com o tratamento, há maior a adesão à terapia medicamentosa.

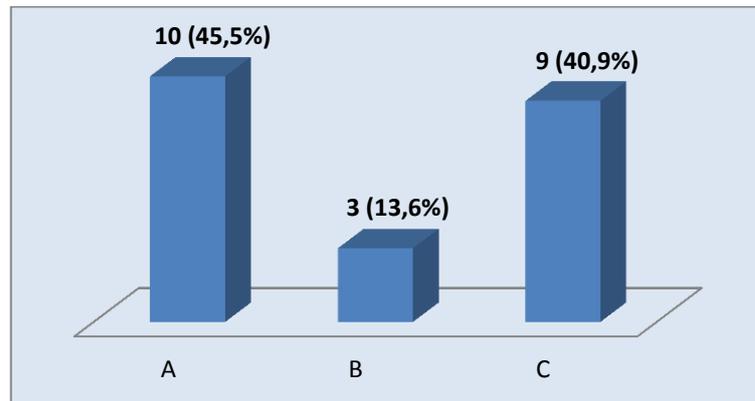
A partir da questão 3, "O que dificulta você a fazer o tratamento da maneira como o profissional de saúde orienta?", foram produzidas 10 expressões-chaves (registros) que resultaram em três ideias centrais (IC), como exposto na Tabela 4 e Gráfico 3, obtendo-se os resultados das ideias centrais A (Dificuldades relacionadas ao usuário) e C (Dificuldades relacionadas ao sistema de saúde) muito próximos, ou seja, 45,5% e 40,9%, respectivamente.

Tabela 4 – Porcentagem das ideias centrais referente à resposta à questão 3

Categorias	Ideias centrais	Expressões-chave	
		n	Frequência
A	Dificuldades relacionadas ao usuário	10	45,5
B	Dificuldades relacionadas ao esquema terapêutico e à doença	3	13,6
C	Dificuldades relacionadas ao sistema de saúde	9	40,9

Fonte: Elaborada pela autora

Gráfico 3 – Frequência de IC (Pergunta 3)



Fonte: Elaborado pela autora

Os respectivos DSC representando o conhecimento prévio dos participantes sobre as dificuldades em fazer o tratamento da maneira como o profissional de saúde orienta, para cada IC estão apresentados no Quadro 6.

Quadro 6 – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta 3 "O que dificulta você à fazer o tratamento da maneira como o profissional de saúde orienta

(continua)

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
IC – Dificuldades relacionados ao usuário
DSC - A: Eu não tomo os remédios direito, porque em casa eu tenho muito serviço e só tomo os remédio depois que faço as coisas. Às vezes eu esqueço, mas eu não desisto não. É mais o horário que eu me atrapalho e esqueço-me de tomar. Depois que eu me lembro, aí eu tomo. O meu marido diz para mim: "Num deixa eu esquecer de tomar meus remédios. Aí eu digo: e os meus? Quem vai me lembrar? Quando tenho gripe ou aparece outra doença eu paro de tomar. Só depois que eu melhora é que eu tomo. Eu também diminuo a dose pra dá tempo chegar o remédio. Sei que prejudica, né! Mas é o jeito. Quando dá a gente compra algum que tá faltando mas se a gente num tiver dinheiro num compra os remédios. Às vezes sai pesado pra gente comprar. Aí pronto! Fazer o que? Lá em casa, sou eu e meu esposo. Praticamente só nós dois. Todos dois toma um bocado de remédios. Mas, agora com a Farmácia Popular, a gente pega lá. Eu nunca mais senti dificuldade. E quando tem aqui no Posto, eu levo daqui. Pra mim não tenho dificuldade, porque a gente tem que ter paciência. Se não tiver paciência, não recebe nada, aí morre.
IC - B Dificuldades relacionados ao esquema terapêutico e à doença
DSC – B: A gente toma muito remédio. Tem também o do câncer. É muito comprimido. Aí eu me atrapalho. Quando a gente toma muito remédio, fica fácil esquecer-se de tomar um, dois. Todo dia, quantos comprimidos a pessoa toma? Aí imagine como é que fica o estômago da gente. Eu tomo metformina e ela acaba com o estômago da gente. Dá dor de barriga e diarreia. Eu vou parar com isso. A metformina "se for preciso" ela cega até a gente, se tomar muito. Eu não! Eu já disse para a doutora que eu vou deixar. Ele é bom pra uma coisa e é ruim pra outra. Às vezes eu paro uns dias, por causa da dor no estômago. Eu paro mesmo. Só depois que eu melhora é que eu tomo os remédios de novo. As vezes dá vontade de sair escolhendo qual é o que eu quero.

Quadro 6 – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta 3 "O que dificulta você à fazer o tratamento da maneira como o profissional de saúde orienta

(conclusão)

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
IC – Dificuldades relacionadas ao usuário
<p>DSC – C: O Posto dificulta muito, porque é mal organizado. A pessoa fica na fila um monte de tempo, demora a ser atendido. É difícil marcar uma consulta pra pegar a receita. Elas não facilitam nada pra marcar a consulta. Eu não sei com quem fala. Não tem assistência social. Eu pergunto à um e outro e ninguém sabe de nada. A gente tem que esperar até dá certo. Às vezes chega um diabético com a receita vencida e não tem consulta. Às vezes eu consigo lá no sítio a receita, onde faz um grupo para consultar. Isso prejudica o tratamento da gente. Agora melhorou um pouquinho, porque sempre os “veios” fica na frente. Mas às vezes chega e não tem consulta. Quando eu descobri que tinha diabetes, foi num exame de rotina. Isso foi em agosto. Só que fui fazer o tratamento mesmo de verdade só em fevereiro do ano seguinte. Eu acho difícil pegar os remédios aqui. Nunca tem. Já tive de vim aqui no Posto e levo só um, dois e às vezes num levar nada. Tá faltando tudo. Eu me aborreço. Aí se num comprar os comprimidos, descontrola a doença. Como é que passa um horror de tempo sem tomar?</p>

Fonte: Elaborado pela autora

A categoria A da questão 3, "O que dificulta você à fazer o tratamento da maneira como o profissional de saúde orienta?", mostrou os fatores de não adesão relacionados ao usuário, como o serviço em casa, a atitude de diminuir o número de comprimidos e em destaque o esquecimento presente na maioria dos participantes.

Estudos evidenciam a dificuldade que os doentes têm em administrar de forma correta a medicação, experimentando um leque de problemas associados, (como déficits sensoriais do doente e questões financeiras (GORDON; SMITH; DHILLON, 2007; STUCK; TAMAI, 1991). Segundo Cipolle, Strand; Morley (2004), o fato de o portador desconhecer a importância do uso contínuo dos medicamentos para o controle do DM pode refletir na não adesão à terapia implantada, resultando em agravo da doença (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

A categoria B diz respeito aos aspectos relacionados aos fatores de não adesão ao esquema terapêutico e à doença, polifarmácia decorrente do tratamento do diabetes e de outras doenças associadas, surgindo a ideia de escolher qual seria mais interessante para fazer uso. Surgiram também os efeitos indesejáveis dos medicamentos, como dor no estômago e diarreia e a crença de que o medicamento pode prejudicar a saúde, levando à suspensão do medicamento.

A categoria C que corresponde aos fatores de não adesão relacionados ao sistema de saúde, tiveram maior destaque a falta parcial ou total de medicamentos e a desorganização da unidade de saúde, gerando muita demora e dificuldade em conseguir a consulta para obter a receita. Segundo Who (2003), a adesão ao tratamento da pessoa com diabetes perpassa, também, pela forma como os serviços de saúde estão organizados, pelo acesso dos mesmos a estes serviços e pela resolutividade dada aos seus problemas de saúde.

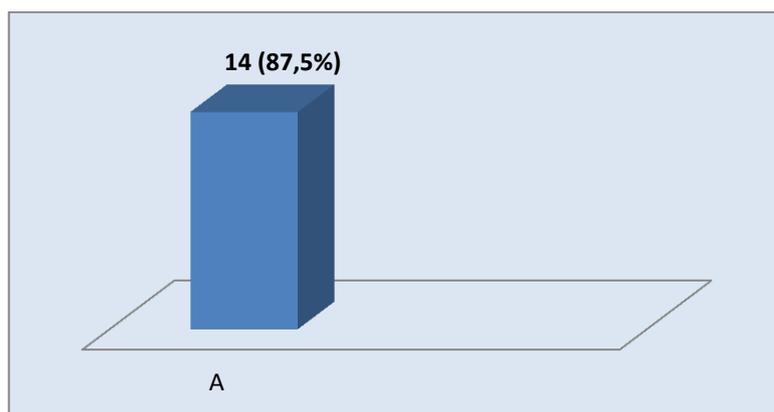
A partir da questão 4, “O que os Círculos de Cultura representaram para você e a adesão ao seu tratamento medicamentoso?”, foram produzidas 14 expressões-chave (registros) que resultaram em uma ideia central (IC), como exposto na Tabela 5 e Gráfico 4, destacando-se a Ideia Central A - Representação sobre os Círculos de Cultura, com um percentual de 87,5%, ou seja, 14 participantes.

Tabela 5 – Porcentagem das ideias centrais referente à resposta à questão 4

Categorias	Ideias centrais	Expressões-chave	
		n	Frequência
A	Representação sobre os Círculos de Cultura	14	87,50
B	Ampliação de relações de amizade	2	12,50

Fonte: Elaborada pela autora

Gráfico 4 – Frequência de IC (Pergunta 4)



Fonte: Elaborado pela autora

Os respectivos DSC representando o resultado da avaliação da aplicação do Círculo de Cultura pelos participantes estão apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta
4 - O que os Círculos de Cultura representaram para você e a adesão ao
tratamento medicamentoso do Diabetes *Mellitus*

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
IC – Significações dos Círculos de Cultura na adesão ao tratamento medicamentoso
DSC - A: Os Círculos de Cultura foi ótimo para mim, porque aqui a gente nunca teve esses encontros para ter uma explicação e até para fazer amizade. Gostei muito das reuniões e de todos os colegas que estão aqui. Deixei muita coisa de fazer, para não perder esses encontros, mas foi muito bom e importante porque muita coisa que eu não sabia sobre a vida do diabético e problema do pâncreas, eu aprendi aqui. Eu vou fazer o tratamento bem direitinho. Vou trabalhar pra fazer o que a gente aprendeu aqui e vou me conscientizar que eu tenho que tomar a medicação porque eu sou diabético. Vou fazer as coisas muito melhor porque o que aprendi aqui vai me ajudar muito. Eu já fazia alguma coisa, mas agora vai ser melhor. Se Deus quiser, agora, vou começar a fazer melhor meu tratamento e tomar os remédios bem direitinho. Eu achei tão importante esses encontros que já dialoguei com todas as pessoas que são minhas vizinhas. O que eu ouvi aqui, eu vou seguir. Eu quero agradecer à senhora do fundo do coração, sabe! Eu penso na senhora e penso nos remédios para não se esquecer de tomar os medicamentos direitinho. Então foi muito bom as nossas aulas, sabe, porque eu criei muita experiência para enfrentar o diabetes. A pena é que acabou! Aprendi muito.

Fonte: Elaborado pela autora

A categoria “A representativa das significações expressadas pelos participantes sobre a realização dos Círculos de Cultura e seus efeitos sobre a adesão ao tratamento medicamentoso” revelou que foi uma experiência prazerosa pela possibilidade de aumentar as relações de amizade com outros diabéticos e enriquecedora de conhecimentos sobre o desenvolvimento do Diabetes *Mellitus*, sintomas, complicações e tratamento. Pôde ser constatada grande aceitação, trazendo benefícios, por intermédio de suas falas quando se comprometem a seguir o tratamento da maneira correta após a experiência dialógica e conscientizadora.

Reflete-se a satisfação quando se referem ao fato de terem divulgado para a comunidade a experiência, revelando a insatisfação por ter terminado os encontros.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Sem sonhos a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não tem alicerces.
Sem prioridades, os sonhos não se tornam
realidade.”
(Augusto Cury)

Os Círculos de Cultura aplicados a esta pesquisa alcançaram os objetivos esperados, permitindo a sua aplicação como estratégia de educação popular em saúde para melhoria à adesão ao tratamento de Diabetes *Mellitus* tipo 2, na atenção básica do município de Fortaleza, Ceará, com base na identificação da transformação dos sujeitos acerca da adesão ao tratamento medicamentoso.

Embasados nos princípios metodológicos pautados em Paulo Freire, atenderam às expectativas da pesquisadora e colaboradores, no sentido de servir como estratégia de Educação Popular, pois se constituiu em uma prática pedagógica com intervenção política, desde que se entenda por intervenção política a ação em que o sujeito reflete criticamente sobre a produção de sua realidade e a partir dela transforma sua relação com a produção dessa realidade. Isso foi observado em seus compromissos verbais de utilizarem esses conhecimentos adquiridos para o cumprimento do tratamento medicamentoso, visando à melhoria da qualidade de suas vidas.

Foi possível identificar a transformação ocorrida nos usuários diabéticos tipo 2 da UAPS Mattos Dourado, em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, a partir da codificação e decodificação de sua realidade sob uma reflexão crítica. Isso culminou na conscientização proveniente da captação de sua realidade através de seus discursos e formando um único discurso representante do todo, através da abordagem de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Sob uma visão dialética, as significações negativas sobre o Diabetes *Mellitus* se destacaram com forte impacto emocional, com percepção de limitações importantes, repercutindo na maneira de viver. Esse aspecto, porém, não atingiu a totalidade do grupo, surgindo significação positiva de felicidade e bem-estar, não permitindo interferência negativa em sua vida, alcançando, assim, o primeiro objetivo específico de identificar as significações e as formas de lidar dos usuários diabéticos tipo 2 com relação à sua doença.

Em relação à percepção sobre a adesão ao tratamento medicamentoso, reconhece-se que, unanimemente, os usuários entendem que a adesão é uma atitude de cumprir o tratamento medicamentoso, conforme o profissional de saúde orienta, embora não aja nessa direção, apesar do conhecimento superficial sobre as complicações graves advindas dessa atitude, alcançando, assim, ao segundo objetivo específico, ou seja, identificar as percepções dos usuários acerca da adesão ao tratamento medicamentoso realizado na UAPS Mattos Dourado.

Em relação ao terceiro e último objetivo específico: verificar os aspectos que dificultam a adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários diabéticos tipo 2, identificaram-se vários aspectos, desde os relacionados ao próprio usuário, destacando-se o esquecimento; ao esquema terapêutico, principalmente o excesso de medicamentos; e ao sistema de saúde, enfatizado a desorganização e a falta frequente dos medicamentos.

Compreende-se que os resultados deste estudo reforçam a importância do entendimento de que agiam dentro das possibilidades da realidade que os oprime, e somente após mergulhar nessas condições concretas, consegue-se transformá-los na direção da adesão ao tratamento medicamentoso.

Reconhece-se neste estudo como restrições um grupo constituído de apenas 14 participantes, e abrangendo apenas usuários de uma equipe de saúde de uma unidade de atenção primária.

Ressalta-se que a Educação Popular, através dos Círculos de Cultura, deve ser desenvolvida nas práticas de ensino na atenção primária, como uma estratégia que mobiliza a participação da comunidade no seu processo de cuidado, assistência e aprendizado, além da sua valorização na formação de profissionais que prestarão assistência na atenção primária.

Os Círculos de Cultura possibilitaram através da relação de diálogo construída ao longo das atividades com os usuários e o fortalecimento de vínculos de amizade, confiança e humanização, essenciais na prática médica.

Concluimos que os Círculos de Cultura representaram um ato educativo que potencializou não só a transformação dos usuários diabéticos tipo 2, mas também a transformação da pesquisadora e os colaboradores (FIGURA 9), que incorporaram um olhar mais humanizado em direção daqueles que procuram o profissional de saúde esperando compreensão da realidade a que foram impostos.

Com essa prática, cria-se a possibilidade de o estudante da área da saúde, no caminho do aprender a conhecer, a fazer, a ser e a viver, aprenda com e por meio do convívio com a realidade da população que virá a atender no âmbito da saúde, motivando a pesquisadora para introduzi-la nas turmas seguintes de alunos, acreditando contribuir positivamente na formação dos mesmos e estimulando a pesquisa científica.

Finalmente, conclui-se que o Círculo de Cultura, como estratégia de Educação Popular, mostrou-se como uma estratégia potente para propiciar a adesão ao tratamento medicamentoso, possibilitar aos profissionais de saúde ampliarem percepções sobre o compartilhamento de saberes entre a população e os serviços de saúde, e contribuir de maneira positiva para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 9 – Pesquisadora e colaboradores



Fonte: Elaborada pela autora

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A. *et al.* Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 55, p. 468-74, 2009.
- ALLWAN, A. *et al.* Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**, v. 376, p. 1861-1868, 2010.
- ALMEIDA, M. C. *et al.* Conhecimento dos usuários sobre complicações crônicas do diabetes mellitus. **Rev Enferm UFPE**, v. 8, n.1, p. 2237-2242, 2014.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and classification of Diabetes *Mellitus*. **Diabetes Care**, supl. 1, p. 8-16, 2015.
- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev Eletro Enferm.** v. 8, n. 2, p. 259-72, 2006.
- ARAÚJO, M. F. M. *et al.* Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 361-367, 2010.
- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, P. D. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev Saúde Pública**, v. 35, p. 88-95, 200.
- BACKES, V. M. S. *et al.* Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 6, p. 858-865, 2008.
- BALCOU-DEBUSSCHE, M.; DEBUSSCHE, X. Type 2 diabetes patient education in Reunion Island: Perceptions and needs of professionals in advance of the initiation of a primary care management network. **Diabetes Metab.**, v. 34, n. 4, p. 375-381, 2008.
- BENNETT, P. **Introdução clínica à psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi Editores. 2002.
- BORBA, A. K. O. T. *et al.* Práticas educativas em Diabetes *Mellitus*: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, v. 1, p. 169-176, 2012.
- BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- BRAWLEY, L. R; CULOS-REED, N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials.**, v. 21, p. 156-163, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

BREZ, S. *et al.* Transition from specialist to primary diabetes care: a qualitative study of perspectives of primary care physicians. **BMC Fam Pract.**, v. 10, n. 39, 2009.

BRUNO, R. M.; GROSS, J. L. Prognostic factors in Brazilian diabetic patients starting dialysis: a 3.6- year follow-up study. **J Diab Complic.**, v. 14, n. 5, p. 266-271, 2000.

BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. V. **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas**. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000.

_____. Promoção da saúde da família. **Rev Bras Saúde da Família**, v. 2, n. 6, p. 50-63, 2002.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 15-38, 2003.

CABRAL, M. V.; SILVA, P. A. **Adesão á terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas**. Lisboa: APIFARMA, 2010.

CARVALHO, R. S. **Saúde coletiva e promoção á saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. Tese (Doutorado em Saude Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Campinas, 2002.

CIPOLLE, R. J; STRAND, L. M; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice: the clinician's guide**. 2. ed. New York: Mc GrawHill, 2004.

COSTA, J. A. *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

DANTAS, V. L. A. **Dialogismo e arte na gestão em saúde**: a perspectiva popular nas Cirandas da Vida em Fortaleza. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

DANTAS, V. L.; LINHARES, A. M. B. Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 224, 2014.

DAVIDSON, M. D. **Diabetes Mellitus**. Diagnóstico e tratamento. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

DUARTE-RAMOS, F.; CABRITA, J. Using a pharmacoepidemiological approach to estimate diabetes type 2 prevalence in Portugal. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v. 15, p. 269-274, 2006.

DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 2014.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. Atenção primária e promoção da saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 7-18, 2002.

FLEURY, R. M. Freinet: Confronto com o poder disciplinar. In: ELIAS, M. D. C. **Pedagogia Freinet**: teoria e prática. Campinas: Papyrus, 1996. p. 45-49.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Rev Adm Contemp.**, v. 5, p. 183-196, 2001.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, P. **Conscientização** - teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Ação cultural para a liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Educação como prática de liberdade**. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa, 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Educação como prática de liberdade**, 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREITAS, R. W. J. F. Fatores associados a não adesão do portador de Diabetes *Mellitus* tipo 2 aos antidiabéticos orais. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 3, 2011.

GALDAS, P. M.; CHEATER, F.; MARSHALL, P. Men and health help-seeking behavior: Literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 49, p. 616-623, 2005.

GAUDERER, E. C. Abordagem Prática da Pessoa Cronicamente Doente. **ARS Cvrandi.**, v. 21, n. 5 p. 54-58, 1988.

GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde**: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009.

GIROTTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v. 18, p. 1763-1772, 2013.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.

GONÇALVES, H. *et al.* Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad Saúde Pública**, v.15, n. 4, p. 777-787, 1999.

GOPICHANDRAN, V. *et al.* Diabetes self-care activities: a community-based survey in urban southern India. **Med J Natl Índia.**, v. 25, n. 1, p. 14-17, 2012.

GORDON, K; SMITH, F; DHILLON, S. Effective chronic disease management: Patient's perspectives on medication-related problems. **Patient Educ Couns.**, London, v. 65, n. 3, p. 407-415, 2007.

GUERRA, M.; LIMA, L. **Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde**. Lisboa Climepsi Editores, 2005.

HAYNES, R. B. *et al.* Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACHETT D. L. **Compliance in Health Care**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, p. 49-62, 1979.

HO, P. M.; BRYSON, C. L.; RUMSFELD, J. S. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. **Circulation Boston**, v. 119, p. 3028-3035, 2009.

HILL-BRIGGS, F.; GEMMELL, L. Problem solving in diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. **Diabetes Educ.**, v. 33, n. 6, p. 1032-1050. 2007.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATIONS (IDF). **Diabetes atlas**: Sixth edition. International Diabetes Federations, 2013.

_____. **Diabetes atlas update 2012**: regional & country factsheet's. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-2012-update-out-now>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

JORDAN, M.S. *et al.* Aderência ao tratamento antirretroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS, 2000. p. 5-26.

JOST, B. S. *et al.* Prevalência de retinopatia diabética na população portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2 do município de Luzerna – SC. **Arq Bras Oftalmol.**, v. 73, n. 3, p. 259-265, 2010.

KATER, D. E. *et al.* **Endocrinologia clinica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare, 1974.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

_____. **O que é o DSC/ Qualiquantisoft [Internet]**. IPDSC - Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.ipdsc.com.br/scp/showtexto.php?pag=0>>. Acesso em: 6 set. 2016.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. T. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LINS, D. *et al.* Definição, diagnóstico e classificação dos distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono. In: LYRA, R.; CAVALCANTI, N. **Diabetes Mellitus**. São Paulo: A. C. farmacêutica, 2013.

LYRA, R.; CAVALCANTI, N. **Diabetes Mellitus**. 3. ed. São Paulo: A. C. Farmacêuticas, 2013.

MARCELINO, D.; CARVALHO, M. Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicol: Reflex Crit.**, v. 18, n. 1 p. 72-77, 2005.

MARQUES, T. C. **As atividades de agentes comunitários de saúde e a promoção do uso correto de medicamentos em unidades do distrito de saúde oeste de Ribeirão Preto-SP**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MARIN, M. J. S. *et al.* A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Rev. Bras Geriatr Gerontol [online]**, v. 11, n. 2, p. 245-58, 2008.

MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 1996.

MELCHIORS, A. C. **Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MILSTEIN-MOSCATI, I; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica,. In: CASTRO: L. L. C. **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. A. G. Editora, 2000. p. 171-179.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 3, p. 397-403, 2010.

MOREAU, A. *et al.* Patient versus general practitioner perception of problems with treatment adherence in type 2 diabetes: from adherence to concordance. **Eur J Gen Pract.**, v. 15, n. 3, p. 147-153, 2009.

OBRELI-NETO, P. R. *et al.* Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande-SP, Brasil. **Rev Ciênc Farmacêuticas Básica Aplicada**, v. 13, n. 3, p. 229-233, 2010.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com Diabetes *Mellitus* em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 862-868, 2011.

OLIVEIRA, K. C. S. **Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde de Ribeirão Preto**, SP. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-29102009-140513/pt-br.php>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial para a Saúde. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DA SAÚDE, 1946. New York. **Anais...** New York: OMS, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde [Internet]. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf. Acesso em: 26 set. 2016.

_____. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2005.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N Engl J Med.**, v. 353, n. 5, p. 487-497, 2005.

PENTEADO, P. T. P. S. *et al.* O uso de Medicamentos por Idosos. **Visão acad. [Internet]**, v. 3, n. 11, p. 35-76, 2002. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/academica/article/view/498/411>>. Acesso em: 26 set. 2016.

PÉRES, D. S. *et al.* Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 389-395, jun. 2008.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva**: contributo para o seu estudo. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

REDMON, J. B. *et al.* Effect of the look AHEAD study intervention on medication use and related cost to treat cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 33, n. 6, p. 1153-1158, 2010.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo em adultos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 126-136, 2014.

REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde**: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG, p. 19-24, 2006.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais**, n. 4, p.129-148, 2008.

ROCHA, C. H. *et al.* Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, Supl., p. 703-710, 2008.

SANTOS-FILHO, C. V., RODRIGUES, W. H. C.; SANTOS R. B. Papéis de autocuidado - Subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes *mellitus*. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, 2008, v. 12, n. 1, p. 125-129, 2008.

SANTOS, M. V. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clín Med.**, v.11. p. 55-61, 2013.

SANTOS, E. C. B. *et al.* Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com Diabetes *Mellitus*. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 5, p. 952-957, 2011.

SCAIN, S. F. *et al.* Type 2 diabetics patients attending a nurse educator have improved metabolic control. **Diab Res Clin Pract.**, v. 77, n 3, p. 394-404, 2007.

SCHIMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet.**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. D. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVEIRA, L. M. C, RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Rev Interface: Comunic Saúde e Educ.**, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

SIMÃO, A. R. E. **Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia: um estudo exploratório:** Universidade de Lisboa. 2009, 225p. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa, Portugal, 2009.

SIMÃO, C. R. P.; ZURBA, M. C.; NUNES, A. S. B. Educação popular em saúde: o círculo de cultura como ferramenta de promoção de participação popular no SUS. In: ZURBA, M. C. **Psicologia e saúde coletiva na atenção primária.** Florianópolis: Tribo da Ilha, p. 240, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016).** São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SOUZA, M. L. P, GARNELO L. “É muito difícil!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 24, supl.1, p. 91-99, 2008.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p. 46-57, 2007.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

STUCK, A. E; TAMAI, I.Y - Medication management in the home. **Clinical Geriatric Medicine**, v. 7, n. 4, p. 733-748, 1991.

STUHLER, G. D. **Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** 2012. 189f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

THEME-FILHA, M. M; SZWARCOWALD, C. L; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. Características sócio-demográficas, cobertura de tratamento e auto-avaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública [online].**, v. 21, supl.1, p. 43-53, 2005.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 12. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. Experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, 2003.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 215-46.

UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: **BMJ**, v. 317, n. 7160, p. 713-720, 1998.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2001.

VIEIRA PINTO, A. **O conceito de tecnologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

WHITTINGTON, F. Compliance: Taking Prescribed Medications. In: MADDOX, G. *et al.* **The encyclopedia of aging (208-210)**. New York: Springer Publishing Company, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO, 1986.

_____. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report WHO Consultation. Geneva: WHO, 2003.

_____. **What is the WHO definition of health?** In: frequently asked questions. 2003. Disponível em: < <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>>. Acesso em: 3 set. 2009.

YALOM, I. **The theory and practice of group psychotherapy**. 4. ed. New York: Basic Books, 1995.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista estruturada

Formulário Nº _____ Data da entrevista ____/____/____ UAPS Mattos Dourado

Nome: _____ Telefone _____

Endereço: _____

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES
Variáveis sociodemográficas
1. Idade: _____ anos
2. Sexo: M (<input type="checkbox"/>) F (<input type="checkbox"/>)
3. Estado civil:
3.1 solteiro(a) (<input type="checkbox"/>) 3.2 casado(a)/ união estável (<input type="checkbox"/>) 3.3 viúvo(a) (<input type="checkbox"/>) 3.4 separado(a) (<input type="checkbox"/>)
4. Escolaridade:
4.1 analfabeto(a) (<input type="checkbox"/>) 4.2 ensino fundamental incompleto ou completo (<input type="checkbox"/>) 4.3 ensino médio incompleto ou completo (<input type="checkbox"/>) 4.4 ensino superior incompleto ou completo (<input type="checkbox"/>)
5. Religião:
5.1 católica (<input type="checkbox"/>) 5.2 evangélica (<input type="checkbox"/>) 5.3 adventista (<input type="checkbox"/>) 5.4 espírita (<input type="checkbox"/>)
5.5 Não possui crença religiosa (<input type="checkbox"/>) ; outra (<input type="checkbox"/>)
6. Ocupação:
6.1 trabalho formal (<input type="checkbox"/>) 6.2 trabalho informal (<input type="checkbox"/>) 6.3 estudante (<input type="checkbox"/>) 6.4 desempregada (<input type="checkbox"/>)
6.5 doméstica (<input type="checkbox"/>) 6.6 Aposentada (<input type="checkbox"/>)
7. Renda familiar:
7.1 Menos de 1 salário mínimo (<input type="checkbox"/>) 7.2 de um a dois salários (<input type="checkbox"/>) 7.3 Três salários (<input type="checkbox"/>)
7.4 Acima de três salários (<input type="checkbox"/>)

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A pesquisa Círculo de Cultura como estratégia de Educação Popular em Saúde na adesão ao tratamento de Diabetes *Mellitus* tipo 2, têm como objetivo geral, analisar a aplicação de Círculos de Cultura como estratégia de educação popular em saúde para a melhoria à adesão ao tratamento de *Diabetes Mellitus* tipo 2 na atenção básica do Município de Fortaleza, Ceará. Tem como pesquisadora Sônia Maria de Araújo Cavalcante, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cuja nucleadora é a Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário por meio do telefone nº 999735889 ou e-mail cavalcantesonia@hotmail.com. A pesquisa é orientada pela Prof.^a Dr.^a Annatália Meneses de Amorim Gomes. Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade de contribuir para a adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que permitirá a disseminação do conhecimento acerca da doença e o enfrentamento de dificuldades inerentes à sua adesão, além de que acarretará em capacitação e integração dos profissionais de saúde com essa modalidade de prática educativa com capacidade crítica, utilizando o conhecimento prévio do paciente e promovendo a construção compartilhada do conhecimento. O instrumento que será utilizado na coleta de dados será o Teste de Morisky-Green e Círculos de Cultura. Convidamos você a participar do estudo, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não lhe trará nenhum prejuízo. Caso aceite participar, informo que os Círculos de Cultura que você participará serão gravados. As gravações serão transcritas na íntegra. Caso ache necessário poderá ouvir o conteúdo da gravação e retirar e/ou acrescentar informações. As gravações serão arquivadas pela pesquisadora no período de um ano, após este período serão apagadas. O acesso e a análise das informações coletadas se farão apenas pela pesquisadora e sua orientadora. A pesquisadora estará obrigada a suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento você poderá solicitar mais informações sobre o estudo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com a pesquisadora. Informamos que o uso das informações está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Caso concorde em participar do estudo, você assinará duas cópias deste documento que também será assinado pela pesquisadora, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Termo de Consentimento Pós-Esclarecido

Declaro que após convenientemente esclarecida pela pesquisadora compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper sua participação a qualquer momento. Sei que seu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar deste estudo.

Fortaleza, ___/___/_____

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C – Termo de anuência institucional

À Coordenação do Sistema Municipal de Saúde Escola

Estabelecida na Rua do Rosário, 283 - Centro, Fortaleza – CE CEP 60055-090

Será desenvolvida uma pesquisa que se intitula “Círculo de Cultura como Estratégia de Educação Popular em Saúde na Adesão ao Tratamento de *Diabetes Mellitus* tipo 2 na Atenção Primária”. Neste estudo, pretende-se como objetivo geral, realizar Círculos de Cultura como estratégia de educação popular em saúde na adesão ao tratamento medicamentoso de *Diabetes Mellitus* tipo 2 na atenção primária do Município de Fortaleza, Ceará.

Assim, venho através deste solicitar a autorização para realizar essa pesquisa em uma Equipe de Saúde da Família da Unidade de Atenção Primária Mattos Dourado, da SER VI, de Fortaleza-CE, com usuários diabéticos tipo 2. O estudo terá uma abordagem qualitativa, realizando a coleta de dados através de observações livres, entrevista estruturada e Círculo de Cultura.

As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, destinadas a elaboração de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Em caso de mais esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Sônia Maria de Araújo Cavalcante, endereço Avenida Norte 2476, Água Fria, Fortaleza-CE. Telefone (85) 9 9973 5889.

Assumo perante a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza a responsabilidade pelo presente termo.

Fortaleza, 21 de dezembro de 2015.

Sônia Maria de Araújo Cavalcante
Pesquisadora

De acordo:

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

ANEXOS

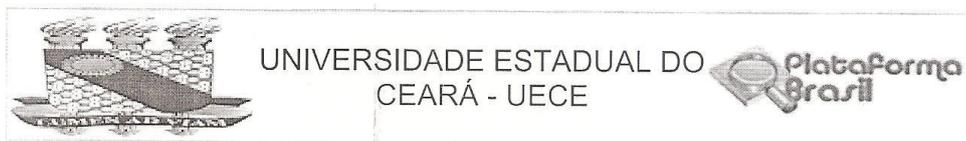
ANEXO A – Teste de Morisky-Green

TESTE DE MORISKY-GREEN

- 1) Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?
- 2) Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento?
- 3) Quando está se sentindo melhor, você às vezes pára de tomar seu medicamento?
- 4) Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você pára de tomá-la?

A pessoa é considerada como não tendo adesão se responder afirmativamente à pelo menos uma questão.

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CÍRCULO DE CULTURA: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Sonia Maria de Araujo Cavalcante

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54953715.8.0000.5534

Instituição Proponente: Curso de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

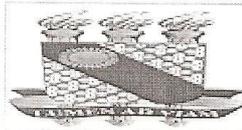
Número do Parecer: 1.506.176

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objetivo utilizar Círculos de Cultura como estratégia de Educação Popular na adesão ao tratamento medicamentoso da Diabetes Mellitus tipo 2. A Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica que se destaca entre outras por sua alta incidência, causando alta morbimortalidade e altos custos aos sistemas de saúde, por suas complicações agudas e crônicas, tendo sido estimado em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). A não-adesão à farmacoterapia é considerada um dos maiores problemas de saúde pública. O estudo proporá uma capacitação baseada nas idéias e concepções de Paulo Freire, conceituada como Educação Popular, onde se busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. A estratégia utilizada serão Círculos de Cultura, por se constituírem um espaço educativo onde transitam diferentes subjetividades e convivem diferentes saberes, e se assume a experiência do diálogo de forma coletiva e solidária em todos os momentos do processo. O questionamento norteador dessa pesquisa será: " a aplicação de círculos de cultura como concepção de educação popular na saúde fomenta a adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2 ? "

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name or set of initials.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.506.176

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a aplicação de Círculos de Cultura como estratégia de educação popular em saúde para a melhoria à adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2 na atenção básica do Município de Fortaleza, Ceará. Identificar as significações e as formas de lidar dos usuários diabéticos tipo 2 com relação à sua doença; Reconhecer as percepções dos usuários acerca da adesão ao tratamento medicamentoso realizado em unidade básica de saúde; Verificar os aspectos que dificultam a adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários diabéticos tipo 2; Aplicar o Círculo de Cultura como estratégia de educação popular, propiciadora da adesão ao tratamento de usuários diabéticos na atenção primária; Refletir sobre os efeitos do Círculo de Cultura como prática de Educação Popular na APS para a adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos não estão bem explícitos, pois a pesquisadora apenas refere a desistência em participar dos círculos de cultura no protocolo e no TCLE inibição. Há risco de os participantes se sentirem julgados, avaliados durante a intervenção, de se sentirem cansados, de terem receio de que se não participarem haverá represálias, como não atendimento por parte da equipe de saúde. Adicionalmente, haverá gravação de vídeos e assim se expõe sobre eles "As imagens e a voz poderão ser exibidas: nos relatórios parcial e final do referido projeto, na apresentação audiovisual do mesmo, em publicações e divulgações acadêmicas, em festivais e premiações nacionais e internacionais, assim como disponibilizadas no banco de imagens resultante da pesquisa e na Internet, fazendo-se constar os devidos créditos." A preocupação não deveria ser com os créditos, mas com as repercussões negativas que podem ocorrer ao participante e antes de vincular publicamente, o participante deveria ver o que será apresentado e autorizar, de modo a evitar que o participante sinta-se exposto. Os benefícios devem ser vistos como potenciais e não como certeza, assim é necessário rever a redação dos benefícios no protocolo.

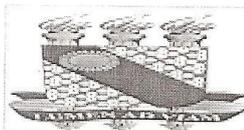
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequada, carta de autorização de imagem deveria estar junto do TCLE e conter os riscos ao participante, TCLE deveria descrever mais pormenorizadamente os riscos, carta de anuência adequada.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.506.176

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Rever riscos e benefícios no protocolo e no TCLE, incluir no TCLE a gravação de imagens, atualizar cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_647586.pdf	15/03/2016 14:36:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	15/03/2016 14:34:45	Sonia Maria de Araujo Cavalcante	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DISSERTACAO_QUALIFICACAO_SONIA.docx	15/03/2016 14:34:13	Sonia Maria de Araujo Cavalcante	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	28/02/2016 11:33:00	Sonia Maria de Araujo Cavalcante	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	28/02/2016 11:31:14	Sonia Maria de Araujo Cavalcante	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	28/12/2015 16:00:36	Sonia Maria de Araujo Cavalcante	Aceito
Outros	formulario_coleta_dados.docx	28/12/2015 15:55:14	Sonia Maria de Araujo Cavalcante	Aceito
Outros	autorizacao_uso_imagem.docx	28/12/2015 15:53:47	Sonia Maria de Araujo Cavalcante	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_pdf.pdf	28/12/2015 15:48:23	Sonia Maria de Araujo Cavalcante	Aceito

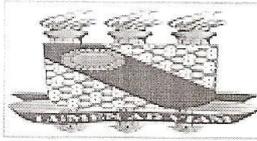
Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.506.176

FORTALEZA, 19 de Abril de 2016

Assinado por:

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
(Coordenador)

Comitê de Ética
Parecer Aprovado
Data: 29/04/2016

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br