

Experiências e narrativas de portadores de diabetes mellitus tipo 2 na cidade de Salvador (Bahia) sobre dificuldades para a mudança dos estilos de vida

I¹ Tiago Pereira de Almeida, ² Paulo Gilvane Lopes Pena I

Resumo: A dificuldade para os portadores de diabetes mellitus tipo 2 mudarem os estilos de vida conforme as orientações profissionais possui magnitude considerável. Tal fato contribui para manter o controle da doença aquém do desejável, e pode levar ao aumento da morbimortalidade e custos para o sistema de saúde, com complicações que poderiam ter sido evitadas. Este estudo qualitativo, diante da importância de se compreender este fenômeno para melhor intervenção, explora narrativas e experiências de 10 portadores de diabetes na cidade de Salvador, comparando-as com a literatura a fim de analisar como determinantes sociais lhe são influenciadores. Concluiu-se que é um fenômeno multifatorial, e aspectos como concepções sobre a doença e seu controle, uso e acesso aos serviços de saúde, relacionamento profissional-paciente, suporte social, e ambiente, personalizam cada vivência com a doença, facilitando ou não a motivação para a mudança. Profissionais de saúde e poder público devem se sensibilizar para tais aspectos, e encontram no texto sugestões para contribuir na mitigação de dificuldades e facilitar um estilo de vida preventivo aos adoecidos.

► **Palavras-chave:** Diabetes mellitus tipo II; Estilos de vida; Estudo qualitativo; Prevenção e controle; Determinantes sociais da saúde.

¹ Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil (ssa.tiago@outlook.com).
ORCID: 0000-0001-8002-7227

² Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil (pena@ufba.br).
ORCID: 0000-0001-9653-5509

Recebido em: 03/01/2019
Aprovado em: 18/11/2019
Revisado em: 14/10/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310413>

Introdução

O Brasil possui a quarta maior população mundial de portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), com 12,5 milhões de casos diagnosticados (IDF, 2017). Na cidade de Salvador, 6,3% da população referiu diagnóstico de diabetes (BRASIL, 2019).

O DM2 envolve genética e estilo de vida. Por geralmente iniciar a partir dos 40 anos, o processo em curso de inversão da pirâmide etária no país aumentou sua incidência, associado também ao crescimento do sedentarismo e dieta desbalanceada na sociedade, seus principais fatores de risco (BRASIL, 2019; SBD, 2017).

A resistência insulínica e hiperglicemia persistentes caracterizam o DM2 e, a longo prazo, podem levar a suas complicações: baixa acuidade visual ou cegueira; neuropatia periférica; amputação de membros; insuficiência renal. Também eleva o risco de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, principais causas de morte no mundo ocidental. Se não matam, trazem morbidade e encarecem o sistema de saúde com hospitalizações e procedimentos de alta complexidade tecnológica (CLARK, 2013; SBD, 2017).

São complicações que, com adesão terapêutica e mudança dos estilos de vida (MEV), poderiam ser evitáveis. A MEV é a alteração permanente dos hábitos do indivíduo, incorporando, no contexto do DM2, uma dieta rica em fibras, hipocalórica, o mínimo de carboidratos simples e a prática regular de atividade física (IDF, 2017; SBD, 2017). Apesar da importância, é conhecida a dificuldade para que seja efetivamente implementada pelos adoecidos (COSTA *et al.*, 2011; PÉRES *et al.*, 2007; PUN; COATES; BENZIE, 2009).

Aparentemente restrito somente a escolhas individuais, o estilo de vida, para a Organização Mundial da Saúde (2004), é o “conjunto de hábitos influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização” (p. 37). É possível, portanto, compreender a MEV de uma perspectiva social (COSTA *et al.*, 2011), indo além da abordagem individualista.

Tal conceito dialoga com o de determinantes sociais de saúde (BUSS; FILHO, 2007), estes sendo “fatores sociais, econômicos, culturais” (p. 78) ambientais, entre outros, que influenciam nos fenômenos relacionados à saúde. De fato, analisar sua influência na MEV torna-se imperativo para uma compreensão aprofundada da dificuldade para a mudança.

Esta compreensão é o problema que motiva este estudo, que tem o objetivo geral de analisar experiências de portadores de DM2 sobre suas dificuldades para a MEV. Como objetivo específico, o estudo busca compreender a relação destas dificuldades com os determinantes sociais.

Metodologia

O fundamento teórico deste estudo encontra-se na abordagem hermenêutico-dialética. Esta reconhece a validade científica e produz conhecimento nas intersubjetividades dos sujeitos, expostas através da linguagem, quando analisada e comparada à literatura vigente (MINAYO, 2014). Para tal, foi realizada entrevista semiestruturada com material próprio, observação participante e diário de campo, recursos comuns de estudos qualitativos (MINAYO, 2014).

Conhecer as narrativas de vida dos sujeitos frente ao tema pesquisado possui eficácia no esclarecimento das suas subjetividades (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003), por levá-los a rememorar organizadamente aspectos pessoalmente relevantes em suas experiências. Assim, as entrevistas estimularam junto aos participantes obter suas narrativas de vida com a doença.

Realizou-se visita a duas Unidades de Saúde da Família (USF) e um Centro Estadual de Referência em diabetes (aqui representado com a sigla CR). Foram escolhidos participantes através de conversa com profissionais destas unidades e leitura de prontuários, satisfazendo os critérios de inclusão: ter diagnóstico de DM2, residir em Salvador e ser conhecida pelos profissionais que os assistem a dificuldade para criar hábitos dietéticos e/ou de atividade física.

Dez entrevistas foram realizadas, com cinco pacientes das USF e cinco do CR. Justifica buscar participantes assistidos em diferentes serviços a observação de se suas características influenciam na dificuldade para a MEV. No mesmo sentido, buscou-se ativamente participantes com características versáteis. Assim, discursos comuns podem ser observados em diferentes perfis e particularidades de subgrupos podem ser percebidas. A saturação temática foi obtida com as dez entrevistas.

Houve o primeiro contato com potenciais participantes em suas unidades de assistência. Ao consentirem e assinarem o TCLE sendo antes devidamente esclarecidos, suas entrevistas ocorreram em dia combinado, nas suas residências ou outro local escolhido.

Os entrevistados das USF moram ou trabalham nos territórios das unidades. Os do CR representaram diferentes regiões da cidade. Familiares e outros conviventes interessados também participaram das entrevistas, o que ampliou possibilidades de narrativas adequadas e alinhadas aos objetivos. Houve assinatura do TCLE por todos que participaram.

Foi usada a técnica da análise do conteúdo (MINAYO, 2014) para categorizar os relatos das entrevistas em temas comuns. Estes, então, foram comparados com a literatura e, por conseguinte, agrupados em eixos temáticos maiores de discussão.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia, sob número do protocolo 2.232.066.

Resultados e Discussão

Nos quadros abaixo, pseudônimos e características dos entrevistados:

Quadro 1. Características dos entrevistados provenientes das USF

	Claudionor	Milton	Conceição	Mauro	Ivete
Região Administrativa	Centro Histórico	Centro Histórico	Centro	Centro	Boca do Rio/ Patamares
Idade	72	63	68	42	50
Tempo de doença	16 anos	23 anos	Não lembra	6 anos	24 anos
Naturalidade	Interior da Bahia	Minas Gerais	Interior da Bahia	Salvador	Interior da Bahia
Ocupação	Agricultora aposentada	Caminhoneiro aposentado	Doméstica aposentada	Porteiro aposentado	Antes funcionária de restaurante. Hoje dona de mercadinho
Cuidador	Filha (Benedita)	Não	Não	Esposa (Madalena)	Não
Religião	Evangélica	Católico	Não revelado	Não revelado	Não revelado
Comorbidade	HAS	Não	Tabagismo	Não	Bariátrica prévia
Complicação da doença	Amputação MMII, insuficiência renal, BAV	Não	Não	Amputação MMII	Não
Participou da entrevista	Benedita	---	Agente Comunitária	Madalena	---

Fonte: próprio autor

Quadro 2. Características dos entrevistados provenientes do CR

	Reginaldo	Zé	Jurandir	Doroteia	Bernadete
Região Administrativa	Tancredo Neves	Subúrbio	Liberdade	Subúrbio	Liberdade
Idade	66	49	66	69	75
Tempo de doença	40 anos	21 anos	7 anos	18 anos	2 anos
Naturalidade	Salvador	Salvador	Salvador	Interior da Bahia	Interior da Bahia
Ocupação	Pedreiro aposentado	Funcionário de empresa afastado	Pedreiro aposentado	Dona de sorveteria	Balconista aposentada
Cuidadora	Esposa	Era a esposa. Divorciado há alguns meses	Esposa	Cuidadoras particulares	Não
Religião	Não revelado	Católico	Evangélico	Evangélica	Evangélica
Comorbidade	HAS, AVC prévio	Não	HAS, infarto prévio, obesidade	HAS	HAS
Complicação da doença	BAV	Amputação MMII	Não	Cegueira	Hipoglicemia frequente
Participou da entrevista	---	---	---	Cuidadora	Afilhada (Antonietta), neta e marido (Vargas)

Fonte: próprio autor

Nos quadros, as regiões administrativas do município (SEDUR, 2008) representam os bairros dos participantes. Apesar destas considerarem o “Centro Histórico” como parte do “Centro”, optou-se aqui por diferenciar a região turística do centro comercial, o que ilustra também os diferentes territórios das USF de onde vieram alguns entrevistados.

De acordo com temas comuns abordados nas entrevistas e sua comparação com a literatura, a dificuldade para a MEV foi classificada em cinco eixos temáticos de discussão, que dialogam efetivamente com determinantes sociais da saúde conhecidos e validados (BUSS; FILHO, 2007):

- 1 - Concepções sobre a doença e seu controle. Buss e Filho (2007) salientam que “é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam” (p. 86). As concepções culturais do sujeito influenciam na relação deste com seu adoecimento, conseqüentemente moldando seu comportamento (SATO *et al.*, 2016). Neste eixo são exploradas crenças e concepções comuns dos entrevistados, construídas culturalmente, sobre o DM2 e as orientações para mudanças alimentares.
- 2 - Uso e acesso aos serviços de saúde. A facilidade de acesso aos serviços de saúde também é determinante social (BUSS; FILHO, 2007). O eixo também discorre sobre a forma de uso dos serviços, quando há acesso.
- 3 - Relação profissional-paciente. A qualidade do encontro entre o adoecido e seu prestador de saúde pode ser analisada numa perspectiva social (BUSS; FILHO, 2007). Possíveis causas para condutas que facilitam ou dificultam a MEV são analisadas neste eixo.
- 4 - Suporte social. As relações do adoecido, a falta delas, ou como se desenvolvem podem ser apoiadoras ou o contrário (BUSS; FILHO, 2007), e são objeto de análise deste eixo.
- 5 - Ambiente. Neste eixo são analisados fatores externos, os macrodeterminantes ambiental e econômico, correspondendo ao espaço onde estão inseridos os sujeitos e suas condições de vida impostas por sua situação social (BUSS; FILHO, 2007).

Concepções sobre a doença e seu controle

Devido ao seu caráter geralmente assintomático, o DM2 pode não ser reconhecido como doença, levando seus portadores a ignorar a necessidade da MEV (BARSAGLINI, 2006; COSTA *et al.*, 2011; SILVA, 2000).

Para mim é como se não tivesse. Levo tempo sem tomar remédio, e não sinto nada (Conceição).

Me passou esse remédio, eu passei a tomar e segui naturalmente, sem problema nenhum. Não sinto nada, estou bem, então vamos ignorar o que o médico falou (Zé).

A maioria dos entrevistados valorizava o medicamento prescrito, tendo com ele menor dificuldade para adesão. Uma sociedade tecno-científica legitima a crença no medicamento como solução prática de problemas humanos (DANTAS, 2009). Sua prescrição, portanto, representa a autoridade médico-científica e o que

se espera de uma consulta. Outrossim, adquirir o hábito de seu uso parece menos exaustivo, em relação a hábitos alimentares e atividade física (COSTA *et al.*, 2011; PÉRES *et al.*, 2007).

A médica me passou um complexo de comprimidos. Eu acho melhor, mais eficiente [...]. A solução minha é atividade física e fechar a boca, andar na linha. Mas não ando muito na linha, pois tenho muito medo do trem (Milton).

Estava usando o melhor remédio [...]. Para ser sincera, sei tudo o que sai sobre, leio reportagens, mas eu nunca segui as orientações (Ivete).

A hipoglicemia é uma consequência possível no tratamento para o DM2. Para quem teve uma crise, é sensação temida, reforçando a concepção de ser melhor manter a hiperglicemia (MOL; LAW, 2012). Desmotiva pensar que a MEV pode contribuir para a hipoglicemia.

A vida toda com o açúcar de 500, sem saber, comendo de tudo, fazendo tudo o que deve. Ao descobrir que está diabético, começa a controlar, abaixa demais, e começa a passar mal. Você acha até ruim, porque quando estava com o açúcar alto, estava bem (Mauro).

Só tenho medo do açúcar vir baixo. Alto, não faz diferença nenhuma, não sinto nada. Não deixo de comer tudo o que quero (Reginaldo).

A crença na cura do DM2, principalmente pela religiosidade, foi ressaltada pelos entrevistados. Isso dificulta a aceitação da cronicidade de suas condições e necessidade de vigilância comportamental. Então podem resignar-se ao estado de barganhar frente a sua condição, principalmente quando conhecem histórias de pessoas que assim foram “curadas” (CASTELLANOS *et al.*, 2011; PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Meu Deus, porque o Senhor não vai me curar, misericórdia, me cure também desse diabetes. Já pedi muito, e ainda não vi minha cura como quero (Claudionor).

Todos relataram o uso de remédios alternativos, como chás. São soluções práticas, como o medicamento prescrito, e populares por se aproximar das realidades socioculturais dos sujeitos (BARSAGLINI, 2006).

Tem no YouTube ensinando a fazer Cloreto de Magnésio. Era para tomar 3 vezes ao dia, eu bebia como se fosse água. (Mauro).

Realmente ensinam na internet, mas tem 6 anos que você usa esses produtos, qual a melhora? Nenhuma. Já o médico passa orientação, não quer seguir (Madalena).

Merece destaque o papel atual desempenhado pela internet e mídias sociais, ampliando o acesso à informação, mas com potencial de conflitos entre os saberes

biomédico e popular. Neste contexto, o impacto das Fake News na saúde precisa ser compreendido para ser combatido (SOMMARIVA *et al.*, 2018).

Nas narrativas dos entrevistados, a falta de acesso à informação foi unânime (PUN; COATES; BENZIE, 2009). Lamentam que só agora obtêm acesso a conteúdo motivador para a MEV. O momento atual, em contraste, é de profusão de informações, o que leva à confusão.

Eu nem sabia o que era diabetes, isso já tem 40 anos (Milton).

Se eu tivesse antes a experiência que tenho hoje, não chegaria onde cheguei (Doroteia).

Informação naquela época, com relação à hoje, não era tão bem divulgada (Zé).

Para diabético eu não sei o que é melhor e o que não é, pois é tanta coisa que se ensina (Mauro).

Observou-se a concepção do descontrole como inerente ao diabético, seja por pecado, força ou vício. Isso traz culpa e sensação de impotência ante a doença (SOPHIA, 2015).

Foi tudo o meu pecado. O pecado da gente é tão grande, a gente passa por muita provação (Claudionor).

Você não tem muito controle sobre você, com as coisas de comer, sempre está querendo comer alguma coisa. É o diabetes (Milton).

Eu não consigo tirar pão da minha vida. Não consigo (Ivete).

O valor cultural da comida é um aspecto impactante na experiência com o DM2 (SATO *et al.*, 2016). A alimentação farta, hipercalórica, reflete a crença das classes populares da necessidade de manter-se forte para o trabalho, frequentemente braçal e exaustivo (BARSAGLINI, 2006). Percebe-se também entre os entrevistados a afetividade com determinados alimentos, construída culturalmente (SATO *et al.*, 2016). A maioria ressaltou apreciação à farinha, alimento que compõe a identidade cultural do nordestino e fonte importante de carboidratos, sendo profissionalmente recomendado ao diabético a sua suspensão (SBD, 2017).

Ter fontes de prazer, identidade e lembranças afetivas proibidas angustia ao diabético, tornando difícil seguir uma dieta vista como monótona, sem variedade, exigida por uma doença assintomática que surge tardiamente na vida, após hábitos alimentares enrijecidos (BARSAGLINI, 2006; COSTA *et al.*, 2011; PÉRES *et al.*, 2007; SATO *et al.*, 2016; SOPHIA, 2015; XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Aos naturais da zona rural, há também a concepção de que a comida de sua terra de origem é saudável, mesmo sendo hipercalórica.

Não queria evitar aquilo. Hoje não comia, mas mais tarde comia [...]. Aquela coisa tirada na hora ali, plantado e colhido, sem agrotóxico, não era nem para a gente estar doente (Doroteia).

O diabético é acostumado a comer tudo, como vai de uma hora para outra mudar tudo (Doroteia)?

O costume do interior é comer com farinha. O povo da roça é assim, não perde esse hábito. A do interior não faz mal a ninguém, é natural, sem química nenhuma [...]. Às vezes eu mando minha filha fazer uma coisa diferente, pois estou enjoada de comer essas comidas (Claudionor).

Ivete, Zé, e um dos filhos de Mauro e Madalena foram diagnosticados com DM2 relativamente jovens, correspondendo ao tipo MODY da doença, de ocorrência na juventude. Diferente do DM1, que possui maiores repercussões clínicas a curto prazo quando descontrolado, como a cetoacidose diabética (SBD, 2017), o caráter assintomático do DM2 torna a MEV pelos jovens algo complexo. Nestes, é evidente o descaso com a doença. Na juventude, fase de preocupações com a autoestima, descobertas, e necessidade de ser aceito pelo grupo, a limitação imposta pelo diabetes muitas vezes é ignorada (CAVINI *et al.*, 2016; PÉRES *et al.*, 2007).

Temos um menino que não aceita. Tomou insulina e até agora não tomou o café, come mais açúcar que o mais velho que não tem diabetes, come escondido. Todo dia eu falo com ele (Madalena).

Eu, para me adaptar nesse plano alimentar, rapaz, para mim, jovem, foi um impacto (Zé).

Vargas, marido de Bernadete, não possui DM2, mas tem dificuldade para MEV em suas próprias questões de saúde. Sendo já octogenário e convivendo com os sacrifícios alimentares e hipoglicemias constantes da esposa diabética, traz um relato que levanta reflexão sobre a necessidade por autonomia nos grandes idosos, em contraste com a “monotonia” da rotina do diabético (Péres *et al.*, 2007).

Vou fazer 82 anos. Vou me limitar em quê? Se eu tivesse diabetes e tivesse bolo, eu comia direto.

Percebe-se como são variáveis as concepções dos entrevistados que influenciam diretamente na MEV. A forma como, influenciado por classe, geração ou acesso à informação (SATO, 2016), o diabético interage culturalmente com a sociedade lhe confere sua visão particular da doença e controle.

Uso e acesso aos serviços de saúde

Uma Atenção Primária à Saúde (APS) consolidada é, para a Organização Pan-Americana da Saúde, o melhor modelo num sistema de saúde que busca, entre outros desfechos, a prevenção de complicações de doenças crônicas. A APS no Brasil é direcionada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui características que potencializam sua abordagem preventiva (MENDES, 2012), sendo, portanto, uma estratégia excelente para a mobilização de portadores de DM2 para a MEV. Salvador, no entanto, possui baixa cobertura da ESF (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2014).

Os médicos do posto só ficam seis meses. Já passei por uns oito ou dez. Começo a ficar mais próximo de um, aí de repente ele já saiu (Reginaldo).

A ESF se pauta em diretrizes expressas na PNAB, política nacional da atenção básica (BRASIL, 2017). Dentre estas, a longitudinalidade do cuidado, que é a construção do vínculo ao longo do tempo entre profissional e população, promovendo a confiança e referência. A confiança gerada pelo vínculo é atributo primário para que ações profissionais para a MEV do paciente possam ter maior eficácia (BRASIL, 2017; DIAS; ALVES, 2019; EGGER; BINNS; ROSSNER, 2009; MENDES, 2012). Reginaldo, no seu relato, demonstra entraves para o sucesso da longitudinalidade do cuidado, por conta da rotatividade de profissionais na USF próxima de sua casa.

O CR é uma unidade de atenção secundária, com ambulatório de endocrinologia. É o único acompanhamento que alguns entrevistados possuem para o DM2, por não terem APS próxima, ou não reconhecerem nesta o potencial de cuidado para suas condições. Estes comentam da longa espera entre as consultas. Essa realidade é reflexo da enorme demanda por este serviço, que seria amenizada por uma melhor cobertura de APS (BRASIL, 2017; MENDES, 2012). Longa espera entre consultas pode prejudicar o vínculo e, portanto, o engajamento para a MEV (EGGER; BINNS; ROSSNER, 2009).

Graças a Deus eu tenho todos os médicos no CR. O problema é a demora. Eu vou agora, marca para seis meses. Tudo ali é seis meses (Reginaldo).

Devíamos ter no mínimo outro CR na Bahia, em região estratégica, para não ter necessidade do povo do interior se deslocar para cá (Zé).

A territorialização da ESF é diretriz (BRASIL, 2017) com potencial de diminuir o tempo de espera entre consultas, por delimitar a população adscrita a determinada

USF. Porém, precisa ser realizada contemplando a todos nas imediações. Doroteia vive a passos de uma USF, mas não está cadastrada por não constar sua rua no território. Tendo problemas para deambular e cega recentemente pelo diabetes, acaba dependendo da solidariedade dos funcionários.

Só tem direito até o posto de gasolina, para cá não tem mais direito a consulta no posto. Tenho que ir em outro bairro, mas dependo de companhia para lá, lugar distante. Fui beneficiada com a solidariedade do pessoal, que me atende mesmo assim.

Ivete e Milton usam predominantemente o serviço privado. Este se pauta na lógica de mercado, que dispõe os serviços e produtos para a saúde numa relação de compra e venda (MOL, 2008). A lógica do mercado é contrastada, segundo Mol (2008), com a lógica centrada no cuidado. Esta é a trajetória compartilhada de compromissos entre profissional e paciente, que são negociados sem o convencimento através de marketing por soluções pontuais. Não regida por tendências de mercado, a lógica do cuidado possui liberdade maior de oferecer intervenções valiosas para a MEV, com menor oferta por não parecerem lucrativas (MOL, 2008).

Ivete, acostumada à lógica de mercado, deseja e é estimulada a ter o produto “cardápio” (dieta prescrita) como possível solução para seu descontrole alimentar. Não entende, por outro lado, o sentido do trabalho educativo da nutricionista da USF, mesmo reconhecendo a efetividade, o que lhe torna rara frequentadora.

Fui tentar conseguir a nutricionista de posto. Fui para várias palestras com ela, mas ela só vai lá para a gente tirar dúvida, tanto que, nas palestras, o que eu perguntava ela respondia. Deu dica de alimentação, que por sinal eu faço. Mas eu queria que me ajudasse a fazer um cardápio. A minha endocrinologista, todo dia que saio do consultório fala isso.

Depender do Sistema Único de Saúde numa cidade com baixa cobertura de ESF e outros serviços sobrecarregados, pode tornar comum protelar o quadro até se estar numa situação emergencial (MENDES, 2012). O profissional no contexto emergencial não dispõe de tempo e estrutura de atendimento para trabalhar a MEV com seus pacientes (PUN; COATES; BENZIE, 2009).

Já orientaram minha mãe várias vezes a procurar um médico adequado, pois lá é serviço de emergência, e ela precisa ter um controle do diabetes (Benedita).

A boa integração entre os níveis de assistência é a forma como o sistema de saúde local deveria promover um melhor acesso e uso dos serviços (BRASIL, 2017; MENDES, 2012). Porém, percebe-se que, na realidade de Salvador, o uso incipiente ou inexistência da APS leva as condições as quais possui maior capacidade de resolver,

como o enfoque preventivo gerado pela MEV, serem deslocadas para a atenção secundária (o CR), para as emergências ou a assistência suplementar. Estas podem não possuir condições de trabalhar com um modelo preventivo e se sobrecarregar com a demanda, prejudicando o acesso. É necessário, então, um melhor planejamento da distribuição e relação entre os serviços públicos, e a compreensão, pela assistência suplementar, de que para a MEV deve também ser oferecidas opções mais próximas da lógica centrada no cuidado.

Relação profissional-paciente

Antes, a dificuldade que eu tinha, é que eu não tinha orientação. Eu ia para um clínico, e ele só perguntava se eu era diabético, como é de praxe perguntarem (Jurandir).

Jurandir apresentou na vida um histórico de inércia clínica, frequente na assistência ao portador de DM2 (COSTA; AZEVEDO, 2012; KHUNTI *et al.*, 2013). Esta corresponde a clínicos ou outros profissionais com competência para avaliar se condutas anteriores para o DM2 estão sendo efetivas, não o fazendo. Neste sentido, também não orientam ou reforçam a necessidade da MEV (PUN; COATES; BENZIE, 2009). Um fator que torna possível essa realidade é a falta de coordenação e longitudinalidade no cuidado, o que seria mais bem proporcionada pela APS, cujo paciente não teve acesso ao longo da vida. Na APS lhe seria disponibilizado um profissional de referência (BRASIL, 2017).

Os pacientes do CR e de uma das USF ressaltaram a importância dos “grupos de diabetes” para mudar suas trajetórias com a doença. Estes são grupos interdisciplinares (ANTÔNIO, 2010), unindo diabéticos a mediadores profissionais para educação em saúde de forma lúdica. O grupo é considerado um sucesso pelos participantes devido à atenção e interesse dos profissionais em passar informação de forma que eles conseguem entender, em contraste com experiências anteriores de relação profissional-paciente, onde não conseguiam esse retorno profissional.

Ainda falta a clareza dos médicos ao explicar. Depois que aconteceu tudo isso comigo, eu achei o grupo do CR, que foi onde abriu mais a minha visão. Elas têm a preocupação de explicar, e uma atenção vale tudo (Doroteia).

Estávamos fazendo tudo errado! Modo de aplicar insulina, armazenamento, posição, alimentação, tudo. O grupo do CR é uma terapia, onde me encontrei de vez e comecei a me dedicar. Penso no dia que vão dizer, 'não precisa mais o senhor vir'. Claro, teria que dar espaço para outro, mas vou sentir uma falta (Zé).

Ele explicou um negócio lá, ele não falava a minha língua não (Claudionor).

A atenção ao adoecido traduz uma postura empática, possuindo benefícios terapêuticos, motivacionais e para manutenção do vínculo, contrastando com a postura prescritiva proibitiva, onde paciente é passivo e obediente a autoridade estabelecida (BARSAGLINI, 2006; COSTA; AZEVEDO, 2012; DANTAS, 2009; EGGER; BINNS; ROSSNER, 2009; PUN; COATES; BENZIE 2009).

Outras médicas diziam que não podia fazer isso, fazer aquilo. Não pode? E por que esse não pode? Não olhavam nem para o rosto, passavam receita e malmente olhavam. Se eu perguntasse duas vezes, incomodava. A preocupação com o paciente, acho que deveria ser prioridade (Doroteia).

Porém, a duração limitada do grupo é motivo de tristeza para os entrevistados, possuindo somente algumas sessões semanais. A demanda do CR não permite desburocratizar o acesso ao grupo, que termina reservado aos encaminhados por um médico pela dificuldade no controle glicêmico (MENDES, 2012). Esta era a vantagem do grupo promovido por uma das USF, igualmente bem avaliado. Este acontecia continuamente e para todos do território, embora só a única USF com Núcleo Ampliado multiprofissional de Saúde da Família (NASF) o promovia, o que indaga sobre limitações da equipe mínima e importância do apoio da equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

A motivação do paciente para a MEV é fundamental para que esta seja bem-sucedida e se mantenha ao longo de tempo. Diversos estudos demonstram que o profissional pode contribuir para a motivação através de técnicas sistemáticas, que respeitam e atuam conforme o estágio onde o paciente se encontra, se mais ou menos disposto a mudar (DIAS; ALVES, 2019; EGGER; BINNS; ROSSNER, 2009). Tais técnicas exploram uma abordagem clínica diferente da tradicional, com ênfase no paciente como sujeito ativo e corresponsável pelo seu sucesso, dando maior incentivo ao autocuidado, autonomia da escolha e ao reconhecimento das dificuldades e estabelecimento de alternativas e novas metas de forma conjunta (DIAS; ALVES, 2019; EGGER; BINNS; ROSSNER, 2009; MOL, 2008). Mesmo sem uma sistematização, quando simples atos preconizados por estas técnicas foram utilizados pelos profissionais dos entrevistados, como elogiar o mínimo progresso ou motivar mudanças gradativas (DIAS; ALVES, 2019), estes se mostraram eficazes.

Ela incentivava: 'parabéns, você está indo bem'. Isso é gratificante. É o contrário de 'você não pode' (Zé).

Nós passamos pela nutricionista do posto. Ela disse, 'se você come um copo de farinha, você diminui'. Eu como, mas eu diminuí bastante a farinha (Mauro).

Técnicas motivacionais dialogam com o Método Clínico Centrado na Pessoa, que sintetiza esta visão integral, personalizada e cooperativa do cuidado. A ESF valoriza oficialmente o uso do método, salientando que este contribui para seu êxito como estratégia (BRASIL, 2017).

Uma postura autoritária ou distanciada, na qual ocorre culpabilização, amedrontamento, prescrição de controles rigorosos e inflexíveis, terceirização de explicações em papéis, foi mal avaliada pelos entrevistados, que não se sentiram motivados desta forma, ou mesmo se sentiram angustiados (DIAS; ALVES, 2019; EGGER; BINNS; ROSSNER, 2009).

Ninguém tem tempo de ler, ninguém tem condição física, como eu, na visão. A gente põe no arquivo morto, seguindo alguma coisa quando lembra, porque ninguém vai pegar aquele monte de papel para ficar lendo todo dia (Doroteia).

Doutora olha isso, eu secando. Pesei 50 quilos. Eu estava tremendo, caindo no meio da rua, por causa dessas dietas. Quando eu trabalhava, nem um saco de cimento eu pegava mais. A doutora só respondia que eu não estava comendo, mas eu estava seguindo direitinho (Reginaldo).

A doutora está nervosa comigo. Antes eu comesse tudo como ela acha, mas anoto o controle, o que eu como, o que eu não como, faço direito. Isso deixa a gente nervosa. Eu fico nervosa (Bernadete).

A grande demanda dos serviços e, conseqüente, pouco tempo de consulta esclarecem, mas não explicam estes fenômenos, que parecem ter origem na formação universitária ético-humanística deficitária e na superespecialização e fragmentação dos cuidados entre muitos profissionais, culminando numa visão do paciente reducionista e pontual (COSTA; AZEVEDO, 2012; EGGER; BINNS; ROSSNER, 2009; KHUNTI *et al.*, 2013). Isso pode levar a postura prescritiva, confiando na autoridade profissional como suficiente, postura que frustra o profissional pela ineficiência quando se trata da MEV (EGGER; BINNS; ROSSNER, 2009; PUN; COATES; BENZIE 2009). O Método Clínico Centrado na Pessoa e as técnicas motivacionais necessitam ser conhecidos e adaptados por profissionais de todos os níveis de atenção, por seus benefícios na assistência frente às doenças crônicas (MENDES, 2012).

Suporte social

Também foi destaque nos “grupos de diabetes” do CR a troca de experiências.

Amigos que passam pelo mesmo problema que você, que conversam com você, 'e aí, você acha que está melhorando'? São essas conversas que acontecem lá [...] acabo lembrando de tudo que teve no bate papo (Jurandir).

O suporte social é crucial para a MEV. Permitir a troca de experiências entre diabéticos é motivador, incentiva o autocuidado, estimula a aceitação da condição de doente e necessidade de mudança e traz a sensação de pertencimento a um grupo. Além do apoio de pessoas que enfrentam a mesma patologia, o apoio de família e outros grupos sociais também é significativo (ANTÔNIO, 2010; CUNHA; CHIBANTE; ANDRÉ, 2014; PUN; COATES; BENZIE, 2009; XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Na família, entretanto, existe a possibilidade de conflitos, quando membros se tornam sobrecarregados como cuidadores informais (TRINDADE *et al.*, 2017). Por isso, para Benedita, única cuidadora informal de sua mãe, conflitos se tornam inevitáveis, prejudicando o bem-estar de ambas, e levando a abrir concessões alimentares por exaustão.

De vez em quando, para ela não ficar chata, eu dou umas passarinhas fritas [comida de rua típica de Salvador], que nem podia dar.

As esposas dos entrevistados tornaram-se cuidadoras informais de seus maridos. Percebe-se uma questão de gênero: elas fazem suas comidas, marcam consultas, os acompanham e estimulam o controle. Alguns deles têm medo de médico, protelam consultas, dependem dos cuidados das esposas e, frequentemente, não internalizam a necessidade de se mobilizarem para MEV por conta própria. Inclusive costumam comer escondidos, quando sozinhos. Há desgaste intenso nas mulheres pelos muitos papéis, de trabalhadora, esposa, cuidadora sem sucesso e mãe, prejudicando o relacionamento conjugal (MON, 2017; TRINDADE *et al.*, 2017).

Eu sempre digo a ele, começo a trabalhar, começa a descontrolar. Eu sempre tinha que estar fazendo alguma coisa. Às vezes eu chego cansada, eu trabalho todo dia, e sempre tinha que me levantar de madrugada para dar alguma coisa para ele comer [...] ele não gosta de ir para médico. Eu digo a ele que tem que ir. Eu tenho que fazer tudo, eu tenho que marcar, eu tenho que levar [...] eu compro fruta, todo mundo come, se eu não comprar de novo, mais ninguém compra (Madalena).

Os eventos sociais frequentemente usam da comida nas confraternizações e, por isso, são motivo de angústia para os entrevistados (BARSAGLINI, 2006; PÉRES *et al.*, 2007; PUN; COATES; BENZIE, 2009). Percebe-se a necessidade do reconhecimento social das especificidades dos portadores de diabetes, o que traz a importância de campanhas educativas direcionadas não ao diabético, mas a seus conviventes.

Minha irmã vai numa feijoada domingo. Eu vou ficar aqui, porque não é prudente eu ir. Isso pode cair num risco de eu me tornar antissocial? Pode. São as consequências (Zé).

Conceição, de complicada rede familiar devido ao filho usuário de drogas, enxerga sua situação emocional como prioridade, a ponto de acreditar que daí vem o diabetes. Fuma muito e outros excessos, pelo desgaste emocional. Nesse contexto, o suporte da agente comunitária é o pouco que obtém, demonstrando o potencial do cuidado integral quando a APS é atuante (BRASIL, 2017).

Ficar com raiva muito acumulada causa diabetes, eu acho. Eu tenho um filho, se Deus me ajudasse, acontecesse alguma coisa, para ele sair daqui de casa, era uma benção [...]. Sempre vem aqui a agente comunitária. É como uma amiga.

Ivete, também de pouco suporte social, vê nisso impedimento para seguir orientações para atividade física.

Chego a tempo de fazer, mas não tenho incentivo. Tem uma praça boa no meu bairro, que muita gente caminha, moro perto, mas você não tem ninguém para ir com você, sai só na sua vontade mesmo, é difícil.

Percebe-se que a ausência de suporte social dificulta a motivação para a MEV (PUN; COATES; BENZIE 2009). Quando há suporte social, principalmente familiar, este pode ser conflituoso, afetar o bem-estar dos envolvidos e terminar levando a concessões. É importante, portanto, que os profissionais deem atenção também a familiares e pessoas responsáveis pelo cuidado, para ajudar a apaziguar conflitos, prestar esclarecimentos e oferecer suporte frente ao desgaste do cuidador (MON, 2017; TRINDADE *et al.*, 2017).

Ambiente

A ocupação que o entrevistado exerceu ou exerce influencia na MEV (BARSAGLINI 2006; PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Caminhoneiro, só come comida bruta, fora de horário específico. Um rodízio e você come demais, muitos comem. Come muitas vezes só uma vez por dia, o almoço, e vai (Milton).

Isso aí é para as pessoas que tem tempo para isso, atividade física, comida balanceada (Milton).

Eu tinha que levar a comida daqui de casa, porque aquelas comidas do trabalho, falavam 'esse negócio de dieta, aqui não tem condições de fazer isso' (Reginaldo).

Começou naquele trabalho de eu não me cuidar. Estava sempre correndo, no horário que dava eu comia, nunca tive aquela refeição regular que orientam para o diabetes, eu nunca saía cedo, jantava lá também. Quando você saía estava muito cansado. Cansa muito (Ivete).

O custo de produtos integrais, dietéticos e alimentação variada foram lembrados (BARSAGLINI, 2006; PÉRES *et al.*, 2007; PUN; COATES; BENZIE 2009).

Pagar aluguel, comprar roupa, medicamento, não sobra nada. Você não pode comer uma alimentação boa (Madalena).

O exercício aeróbico moderado, como a caminhada, é excelente para o controle do diabetes (SBD, 2017) e pode ocorrer no espaço público. Para isso, é necessário haver segurança (BUSS; FILHO, 2007). Reginaldo vive num bairro com tiroteios frequentes e domínio de traficantes. Atividade física em bairros com perfil similar certamente é desmotivador.

Tem vezes que passa seis meninos todos armados. Daqui de casa que não saio.

Ivete compara as regiões onde vive com onde vivia, atualmente só sendo a região onde trabalha.

Aqui é muito pior. A área que eu moro é um lugar bom, tem árvore, tem a praça que o pessoal anda. Eu acho mais seguro que aqui. Essa rua, mesmo, é muito deserta. Eu que não saio, andando sozinha, para a praça mais próxima. Lá na minha casa hoje eu ainda saio (Ivete).

O sistema de transporte público da cidade, seu uso diversificado do espaço, áreas verdes e o design urbano influenciam decisivamente no número de pessoas na rua e, conseqüentemente, na sensação de segurança, levando ao deslocamento ativo, cuja definição é o movimento incidental a pé ou bicicleta para atividades ocupacionais, de lazer e consumo (JACOBS, 2014; WHO, 2008). O deslocamento ativo pode estimular a MEV espontaneamente, sem grandes sacrifícios. Acessibilidade é conceito que faz parte do design urbano, e a cidade de Salvador tem problemas na infraestrutura para os diabéticos com complicações. Claudionor, em uso de cadeira de rodas pelas amputações que sofreu, discorre sobre o Centro Histórico, onde vive.

Essas ruas feitas de paralelepípedo, não prestam para mim que sou cadeirante. Já me derrubaram duas vezes.

A filha se esforça empurrando-a nas ladeiras íngremes da região e ainda precisa levá-la para subir nas estreitas calçadas, sem rampa para cadeirantes, pedindo licença para os comerciantes informais que ocupam o espaço. Este é o trajeto feito para chegar à USF do bairro. Por isso, Claudionor muitas vezes deixa de ir às consultas. Para sair da região e ir ao CR, são necessários “dois ônibus que demoram

muito”. Reginaldo, cujo diabetes lhe compromete a visão, e Mauro também relatam dificuldades com o transporte público.

Não enxergo nada, vejo o ônibus de lado, porque tem a numeração, esse aqui é 1224, aí eu já sei. Isso de noite, porque de dia é difícil (Reginaldo).

O transporte está um problema. Agora só tem uma linha de ônibus. Dificulta ir para médico, e sempre me atraso. Por outro lado, é bom morar no Centro, porque aqui eu posso me deslocar para lugares próximos andando (Mauro).

As distâncias no Centro de Salvador, de origem colonial, antes dos veículos motorizados (RISÉRIO, 2004), são menores, sendo possível caminhar entre bairros. Isso, e o uso diversificado do espaço com comércio e outros serviços, permite uma ocupação intensa na região por pedestres. Mauro, porém, usando muletas devido a amputação, relata dificuldades justamente pela intensa movimentação de pessoas nas calçadas estreitas da região, que não atendem à demanda (JACOBS, 2014).

Às vezes eu saio, vou resolver as coisas, já com medo de alguém pisar em mim, pois é muita gente.

Milton, que vive entre o Centro Histórico de Salvador e interior de Minas Gerais, compara as duas realidades. Aqui discorre acerca da topografia da região, do conflito existente entre pedestres e motoristas, e da importância das áreas verdes (WHO, 2008).

Andar a pé é quase impossível, por causa das ladeiras [...] aqui em Salvador de jeito nenhum eu andaria de bicicleta. Para mim o trânsito mais perigoso do Brasil é o de Salvador. É uma falta de educação com o pedestre. Em muitas cidades mineiras, você quer atravessar e os carros param.

Eu faço mais exercício físico em Minas. Lá tem um córrego, e fizeram a calçada na beira do córrego. Virou uma pista de caminhada. É até mais saudável a caminhada na beira do córrego. Lá eu caminho 5 vezes por semana. Aqui eu já sou mais preguiçoso.

Portanto, aspectos que não dependem do controle dos profissionais e dos pacientes também são determinantes para a dificuldade na MEV (BUSS; FILHO, 2007). Estes dependem da iniciativa de empregadores, do poder público e das indústrias, de forma a produzirem alimentos de melhor qualidade a preços acessíveis, e proporcionarem condições para que a dieta e atividade física possam ser implementadas.

Conclusão

A MEV sempre, em última análise, será uma decisão do próprio portador de diabetes. Todos os fatores analisados aqui facilitam ou dificultam a tomada de decisão

para mudar hábitos. Compreendendo essa multifatorialidade, o profissional de saúde pode planejar estratégias mais efetivas, em colaboração com o paciente. Políticas públicas também precisam desta análise para serem discutidas e implementadas.

Este estudo pode gerar hipóteses e direcionar investigações quantitativas, mas, devido a sua característica qualitativa, não permite que dele se obtenham generalizações (MINAYO, 2014). Assim, novos estudos enriquecerão o conhecimento no tema, aprimorando assim o embasamento de intervenções.

Referências

- ANTÔNIO, Patrícia. A psicologia e a doença crônica: intervenção em grupo na diabetes mellitus. *Psicologia, Saúde e Doenças, Lisboa*, v. 11, n. 1, p. 15-27, 2010.
- BARSAGLINI, Reni Aparecida. *Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes*. 2006. Tese (Doutor em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313829/1/Barsaglini_ReniAparecida_D.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 9 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da saúde. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2019.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.
- CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer et al. Evidências produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2: revisão da literatura. *Interface - Comunic., Saude, Educ., Botucatu, SP*, p. 1-17, 2010.
- CAVINI, Flávia Lemes et al. Vivências de adolescentes com diabetes: uma abordagem fenomenológica. *Rev enferm UFPE*, Recife, PE, p. 805-13, 2016.
- CLARK, Helen. NCDs: a challenge to sustainable human development. *The Lancet*, v. 381, issue 9866, p. 510-511, feb. 2013.
- COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev. bras. educ. med.*, Brasília, DF, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2012.

- COSTA, Jorge de Assis et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.
- DANTAS, Jurema Barros. Tecnicificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Fractal, Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 563-580, set./dec. 2009.
- DIAS, Ruth Borges; ALVES, Luciana. Estratégias comportamentais e de motivação para mudanças de hábitos de vida voltados para a saúde. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves (org.). *Tratado de medicina da família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 1885-1905.
- DOMÍNGUEZ MON, Ana. Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*, v. 13, n. 3, p. 375-390, 2017.
- EGGER, Gary J; BINNS, Andrew F; ROSSNER, Stephan R. The emergence of “lifestyle medicine” as a structured approach for management of chronic disease. *MJA*, v. 190, n. 3, p. 143-145, 2009.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF. *Diabetes atlas*. 8. ed. 2017. Disponível em: <<http://fmd diabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2019.
- JACOBS, Jane. Morte e vida de grandes cidades. São Paulo: Martins Fontes, 2014.
- KHUNTI, Kamlesh et al. Clinical inertia in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study of more than 80,000 people. *Diabetes Care*, v. 36, n. 11, p. 3411-3417, nov./oct. 2013.
- LIRA, Geison Vasconcelos; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *R BSP*, v. 16, n. 1/2, p. 59-66, 2003.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. ebook. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MOL, Annemarie. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. New York: Routledge, 2008.
- MOL, Annemarie; LAW, John. Acción encarnada, cuerpos actuados, el ejemplo de la hipoglucemia. In: MARTIN, Rebeca Ibáñez; SEDENO, Eulalia Pérez (org.). *Cuerpos y Diferencias*. Madrid: Plaza y Valdez, 2012. p. 153-177.
- PUN, Sandra PY; COATES, Vivien; BENZIE, Iris FF. Barriers to the self-care of type 2 diabetes from both patients’ and providers’ perspectives: literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, v. 1, p. 4-19, feb. 2009.

PÉRES, Denise Siqueira et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 15, n. 6, nov./dez. 2007.

PÉRES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio dos. Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 16, n. 1, jan./feb.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde. *Plano municipal de saúde 2014-2017*. Salvador, 2014. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Secretária de Desenvolvimento e Urbanismo - SEDUR. *Regiões administrativas do município*. Salvador, 2008. Mapa.

RISÉRIO, Antônio. *Uma história da cidade da Bahia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Versal, 2004.

SATO, Priscila de Moraes et al. The use of Pierre Bourdieu's distinction concepts in scientific articles studying food and eating: A narrative review. *Appetite*, p. 174 -186, 2016.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. *Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais*. 2000. Tese (Doutor em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2000. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/78129/153093.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 9 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018)*. São Paulo: Clannad, 2017. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/imagens/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2019.

SOMMARIVA, Silvia et al. Spreading the (fake) news: exploring health messages on social media and the implications for health professionals using a case study. *American Journal of Health Education*, 2018.

SOPHIA, Bianca. A compulsão alimentar como objeto de pesquisa da antropologia das emoções. *INTRATEXTOS*, Rio de Janeiro, v. 6, n. esp. 1, p. 85-108, 2015.

TRINDADE, Irene et al. Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da unidade de saúde familiar USF descobertas. *Rev. Port. Med. Geral Fam.*, Lisboa, v. 33, p. 178-86, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 5 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *A healthy city is an active city: a physical activity planning guide*. Copenhagen, 2008.

XAVIER, Antônia Tayana da França; BITTAR, Daniela Borges; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo de. Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, SC, v. 18, n. 1, p. 124-30, jan./mar. 2009

Abstract

Experiences and narratives of patients with type 2 diabetes mellitus in the city of Salvador (Bahia) related to the difficulties in changing lifestyle behaviors

It is considerably difficult for type 2 diabetes patients to change lifestyle according to professional guidelines. This contributes to controlling the disease below what is desirable and could increase morbimortality and health system costs with complications that could have been avoided. It is important to know this phenomenon for better intervention, therefore, this qualitative study explores experiences and narratives of 10 diabetic patients in the city of Salvador (state of Bahia, Brazil), comparing them to the literature to analyze how health determinants may influence them. It is concluded that it is a multifactorial phenomenon and aspects such as conceptions about the disease and its control, use and access to health care, professional-patient relationship, social support and environment personalize each experience with the disease, which facilitates or not the motivation for change. Health professionals and public authorities should be sensitized to such aspects, and will find suggestions in this article that contribute to mitigating difficulties and facilitating a preventive lifestyle for patients.

► **Keywords:** Type II diabetes mellitus; Lifestyle; Qualitative study; Prevention and control; Social determinants of health.

