



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

**Cómo citar este documento**

Pucci, Vanessa Rodrigues; Blümke, Adriane Cervi. Escolhas terapêuticas: autonomia de usuários no enfrentamento de doenças de longa duração. Biblioteca Lascasas, 2017; V13. Disponível em <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11062.php>>

**CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO**

**ÁREA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CURSO DE NUTRIÇÃO**

**Nut. Ma. Vanessa Rodrigues Pucci**

**Nut. Dra. Adriane Cervi Blümke**

**ESCOLHAS TERAPÊUTICAS: AUTONOMIA DE USUÁRIOS NO ENFRENTAMENTO  
DE DOENÇAS DE LONGA DURAÇÃO**

**Santa Maria, RS**

**2013**

**ESCOLHAS TERAPÊUTICAS: AUTONOMIA DE USUÁRIOS NO ENFRENTAMENTO  
DE DOENÇAS DE LONGA DURAÇÃO**

**Projeto de trabalho final de graduação**

Santa Maria, RS

2013

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>03</b> |
| <b>1.1 PROBLEMA E JUSTIFICATIVA .....</b>                                   | <b>03</b> |
| <b>1.2 OBJETIVOS .....</b>  | <b>04</b> |
| <b>1.2.1 Objetivo geral .....</b>   | <b>04</b> |
| <b>1.2.2 Objetivos específicos .....</b>                                    | <b>04</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>  | <b>05</b> |
| <b>2.1 Homem e alimento: uma relação social.....</b>                        | <b>05</b> |
| <b>2.2 Transição nutricional e doenças crônicas não transmissíveis.....</b> | <b>06</b> |
| <b>3 METODOLOGIA .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES .....</b>                                     | <b>12</b> |
| <b>5 ORÇAMENTO .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>13</b> |
| <b>APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade .....</b>                        | <b>16</b> |
| <b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b> | <b>17</b> |
| <b>APÊNDICE C – Questões Norteadoras.....</b>                               | <b>18</b> |

## **1 Introdução**

O ser humano vem se consolidando ao longo da história, lado a lado com a alimentação, visto que ambos mantêm uma relação estreita e extremamente necessária. Além de fazer parte da evolução biológica humana, bem como atender suas necessidades fisiológicas o alimento é parte marcante e constante da evolução social da humanidade, dando condições de sobrevivência ao indivíduo, para que este viva e conviva com seus semelhantes.

Com o passar do tempo o homem evoluiu, bem como sua forma de se alimentar, surgindo então novos hábitos alimentares. Passamos por sérios problemas de desnutrição, todavia nos dias atuais nos deparamos com o surgimento e o convívio com doenças de longa duração, em decorrência desta mudança de hábitos, que até então eram inexistentes.

As práticas ou hábitos alimentares em paciente com doenças crônicas influenciam diretamente no cuidado destes consigo mesmo. As experiências dos indivíduos com doenças de longa duração, bem como o conhecimento sobre o desenvolvimento dessas doenças interferem diretamente na adesão às orientações dietoterápicas. Por outro lado, a não adesão aos tratamentos e terapêuticas propostas pelos profissionais de saúde é apontada como um agravante para as intercorrências causadas pelas doenças crônicas não transmissíveis, representando um dos principais desafios de saúde. É de extrema relevância apontar quais motivos levam os indivíduos portadores de doenças crônicas a não adesão às terapêuticas propostas pelos profissionais de saúde, a fim de buscar soluções para este problema, impactando de forma positiva no manejo de tais enfermidades.

Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo analisar as práticas construídas sobre o autocuidado, a adesão e as escolhas terapêuticas de pessoas em adoecimento de longa duração no contexto do Sistema Único de Saúde.

### **1.1 Problema e Justificativa**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), também chamadas de doenças de

longa duração, ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, além de representarem um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Estas representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral (Brasil, 2011). Desta forma este trabalho visa responder a seguinte pergunta: **Quais são os principais motivos que interferem na autonomia e na adesão ao tratamento nutricional de pacientes com doenças crônicas?**

As DCNTs foram responsáveis, no ano de 2008 por 62,8% do total das mortes no Brasil por causa conhecida e vêm se alastrando de forma surpreendente. Séries históricas de estatísticas de mortalidade indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90 (Brasil, 2011). Dessa forma, a realização desta pesquisa será importante para o campo da Saúde Coletiva tendo em vista que há necessidade de se conhecer os reais motivos que dificultam a adesão ao tratamento dietoterápico de usuários em adoecimento de longa duração. Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir com os profissionais do campo da saúde direcionado à atenção integral aos pacientes de forma resolutiva e efetiva.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Analisar as práticas construídas sobre o autocuidado, a adesão e as escolhas terapêuticas de pessoas em adoecimento de longa duração no contexto do Sistema Único de Saúde.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar os motivos que interferem na adesão às terapêuticas nutricionais;
- Analisar como as práticas profissionais afetam a experiência do adoecimento e o autocuidado;
- Identificar as experiências de pessoas em seus modos de produzir cuidados relativos as doenças crônicas;
- Conhecer os saberes e as práticas de cuidados relacionados à alimentação no controle das doenças de longa duração.

## **2 Revisão Bibliográfica**

### **2.1 Homem e alimento: uma relação social**

A existência do ser humano está intimamente ligada ao alimento, visto que a ausência do último inviabiliza a existência do primeiro. Assim, o homem enquanto ser é passível de sobrevivência desde que sejam supridas, no mínimo, suas necessidades primárias, onde pode se dizer que a alimentação lidera com maestria.

Embora se conheça a relação bio-fisiológica homem/alimento não se pode fechar os olhos para relação social alimento/homem, pois, o alimento se consolida na história da alimentação, bem como na história da evolução humana, por proporcionar condições orgânicas de sobrevivência, mas também de acordo com Bleil (1998) por ser considerado como forma de comunicação, na qual, o indivíduo poderá exercitar a sua visão de mundo. Pode-se dizer então, que o ato de comer é a origem da socialização, pois a espécie humana acabou desenvolvendo utensílios culturais diversos, bem como a própria linguagem através das formas coletivas de se obter a comida (Carneiro, 2005).

A possibilidade de o ser humano fazer escolhas e modificar o seu meio ambiente é o que os difere dos animais, tendo em vista que estes últimos são proprietários de um instinto que origina um comportamento que apenas responde as possibilidades do meio sem modificá-lo (Bleil, 1998). Carvalho, Luz e Prado (2011), ratificam a sentença, quando dizem que a comida representou uma riqueza para o homem, sendo capaz de expressar, no decorrer de sua história a constituição de suas estruturas sociais desde o momento que se diferenciou dos outros animais quando dividiam o trabalho para conseguirem a comida e assim, prepará-la e socializá-la.

Como forma de organização e conseqüentemente modificação do meio em que vive, o homem com a descoberta do fogo foi capaz de complementar a sua alimentação, bem como os comportamentos sociais relacionados a ela (Flandrin, Montanari, 1998, p.44) Esse processo de transformação do alimento cru para o cozido acabou por proporcionar o primeiro laboratório do homem, isto é, a cozinha (Moreira, 2010). A partir disto, as transformações ocasionadas pelo processo de cocção ocasionaram mudanças na percepção da gustação, já que o aroma, o sabor e a textura são alterados neste procedimento, determinando então uma nova versão. ao alimento

(Oliveira, 2009). Sendo capaz de interferir nas escolhas alimentares, redefinindo e impactando nos comportamentos alimentares.

Existem certas necessidades nutricionais, do ponto de vista biológico, que devem ser contempladas através da nutrição, mas em contrapartida observa-se também que existem necessidades, sob o ponto de vista sociocultural que devem ser preservadas através da alimentação (Garcia, 1997). É possível dizer que a alimentação pode ser percebida como um fenômeno fisiológico, mas também social transpondo as dimensões biológicas, não sendo mais tido simplesmente como um ato de sobrevivência, nos aparecendo repleto de significados (Maciel, 2001).

Desde o âmbito cultural até as experiências pessoais, a alimentação está envolta nos mais diversos significados. Há momentos mais propícios para o doce, o salgado, a bebida, a fartura ou a restrição alimentar, que são impregnados de significados culturalmente determinados. Nas práticas alimentares, que vão desde os procedimentos relacionados à preparação do alimento ao seu consumo propriamente dito, a subjetividade veiculada inclui a identidade cultural, a condição social, a religião, a memória familiar, a época que perpassam por esta experiência diária na vida do homem (Garcia, 1994).

A aquisição de alimentos desempenha um escopo importante na formação de cada sociedade. Os alimentos consumidos estão entremeados com o cotidiano e rotinas das pessoas, das sociedades, surgindo sempre revestidos de simbolismos. É possível presenciar estes significados na religião ou nas artes culinárias (Leonardo, 2009). Vale dizer que os alimentos são tidos como marcadores presentes em eventos sociais, como por exemplo, o bolo de aniversário e os chocolates de páscoa (Santelle, 2008), sem contar as inúmeras festas gastronômicas que acontecem ao redor do mundo sendo considerados os protagonistas destes cenários.

O alimento nos proporciona muito mais que nutrientes e aporte de energia, nos proporciona construção, além daquela ocasionadas através dos macronutrientes. Construção de uma identidade social, visto que está presente em nosso mundo desde quando amamentado no seio, demarcando o contato mais terno, ou não, com o mundo exterior. Santelle (2008) ressalta que este contato com a mãe traz consigo histórias e valores ligados ao ser psíquico e social, pois a primeira aprendizagem social da criança está intimamente ligada à alimentação, visto que seu comportamento alimentar é submetido a condicionantes fisiológicos cujo atendimento depende do condicionante especial representado pelo contato com a mãe.

Após o desmame surge o aprendizado da alimentação normal, que irá desenvolver o gosto da criança, ensinando-lhe a amar o alimento que é bom para sua cultura regulando sua mecânica digestiva aos ritmos da sociedade a qual pertence. Logo a comida desejada e apreciada, será definida através do convívio familiar e social, contribuindo para a construção de uma identidade social (Poulain; Proença, 2003). O vínculo mãe e filho se estende para a família que acaba tornando-se referência nas preferências alimentares. Poulain (2004) ressalta que o homem sente a necessidade de conservar e de transmitir as tradições alimentares para as próximas gerações.

## **2.2 Transição epidemiológica e nutricional e a atenção às Doenças Crônicas**

O país vem sofrendo, nas últimas três décadas, sucessivas mudanças em termos de desenvolvimento socioeconômico, urbanização, atenção médica, bem como na saúde da população (Vitoria, Aquino, Leal et al., 2011). No panorama das mudanças sofridas pela população brasileira e mundial, não se pode deixar de mencionar as mudanças relacionadas a alimentação que acabou fragilizando a saúde da população.

Ao longo de sua história o homem aprendeu a se alimentar através de tentativas e erros, deste modo ele transpassou vários sistemas alimentares, tais como a colheita, pesca, domesticação das culturas e por fim a transformação e industrialização alimentar. Assim, pode-se dizer que a globalização e a urbanização induziram as transformações sociais vivenciadas pelo homem repercutindo em suas referências alimentares e nutricionais (Aboussaleh, Farsi, El Hioui et al., 2009).

As populações ocidentais no decorrer do último século têm conhecido uma evolução sem precedentes no seu modo de vida, de modo que a alimentação não escapou destas mudanças, as quais trazem consigo consequências positivas e negativas, que refletem na saúde do homem (Scalbert, 2003). De acordo com Garcia, (2003), em decorrência de novas demandas geradas pelo modo de vida urbano são impostas ao comensal as necessidades de reequacionar sua vida de acordo com as condições da qual dispõe como tempo, recursos financeiros, locais disponíveis para se alimentar, bem como local e periodicidade das compras.

Esta transição é caracterizada pela coexistência de deficiências nutricionais associadas a uma alta prevalência de excesso de peso e distúrbios metabólicos crônicos (Aboussaleh, Farsi, El Hioui et al., 2009). Scalber (2003) complementa dizendo que a transição nutricional é um



fenômeno universal e de um modo geral, acompanha o desenvolvimento econômico e a urbanização. Por fim, a transição nutricional é advinda do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade oriundos das mudanças do padrão alimentar e evidentemente do sedentarismo da vida moderna (Malta, Cezário, Moura, 2006).

Grande parte das pesquisas realizadas sobre nutrição no século passado concentrava-se nos aspectos da desnutrição. Entretanto no decorrer dos anos, houve uma redução da desnutrição e o aumento de sobrepeso e obesidade, originando uma situação epidemiológica nutricional caracterizada pela diminuição das doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (Filho; Rissin, 2003).

Segundo Malta, Cezário, Moura et al. (2006), as DCNTs oneram o Sistema Único de Saúde (SUS) se não prevenidas e gerenciadas adequadamente. Rodrigues, Moreira, Souza et al. (2012) complementam dizendo que estas podem ocasionar uma série de intercorrências que estão associadas à doença, suscitando uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica. Além disso, as doenças de longa duração ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas e representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas, além de causarem um impacto sob o ponto de vista econômico para os pacientes impactando também nas famílias e na sociedade em geral dos diversos países (Brasil, 2011).

Fazem parte do conjunto das DCNT as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças cardiovasculares crônicas. Muitas destas têm fatores de risco comuns além de demandarem por assistência continuada de serviço e evidentemente gerarem um ônus progressivo diretamente proporcional ao envelhecimento dos indivíduos e da população (Achutti; Azambuja, 2004). As transformações sociais, econômicas, políticas e culturais ocorridas ao redor do mundo, desde a metade do século passado foram intensas e acabaram modificando as características das populações. Isso inclui o perfil epidemiológico e o aumento das taxas de morbimortalidade por problemas crônicos de saúde proporcionando alterações na qualidade de vida e de saúde das pessoas (Reiners, Azevedo, Vieira et al, 2008).

Quando se fala em DCNT vale ressaltar que o seu desenvolvimento é complexo, sendo necessárias ações permanentes que não apenas foquem os indivíduos de maneira isolada, mas que considerem os aspectos sociais, econômicos e culturais destes, visto que a importância do desenvolvimento destas doenças vai além da extensão dos danos físicos causados às pessoas

acometidas por elas, mas no impacto social e psicológico que provocam (Costa, Balga, Alfenas, et al. 2011). Desta forma, o objetivo do tratamento de tais problemas crônicos de saúde vai além da redução da morbimortalidade, objetivando também reiterar e manter a qualidade de vidas das pessoas enfermas (Reiners, Azevedo, Vieira et al., 2008).

A não adesão do cliente aos tratamentos propostos pela equipe de saúde tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais como absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamentos de saúde, e aposentadorias por invalidez, haja vista que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pelo aumento deste custo (Santos, Frota, Cruz et al., 2005). Dessa forma, os pacientes com doenças crônicas merecem um cuidado especial e contínuo. Por ser um tratamento longo e inalterável, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram frequentemente na atenção aos doentes, é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. Embora necessária, a adesão não é um comportamento fácil de adquirir (Reiners, Azevedo, Vieira et al., 2008).

Para Santos et al. (2005), a adesão do paciente ao tratamento integra além das consultas, o uso regular do esquema terapêutico, a adoção do estilo de vida saudável, sobretudo o compromisso deste com a própria saúde, atuando como sujeito da ação, e não como objeto. Mas para que essa adesão de fato se concretize é preciso ver e atender o cliente de forma integral. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência à saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (Machado, Monteiro, Queiroz et al., 2007).

Dessa forma, ao se falar em adesão ao tratamento, deve-se sempre considerar a subjetividade que faz com que cada indivíduo, de acordo com as suas vivências, conhecimentos, valores, tenha um comportamento muito próprio em relação ao significado de sentir-se doente e de aderir às recomendações corretas estabelecidas (Gomes, Silva, Santos, 2010).

Programas educacionais têm sido oferecidos como uma das estratégias mais utilizadas para promover adesão ao tratamento de DCNT, nos quais os participantes são instruídos sobre a doença, bem como o tratamento necessário para seu controle (Ferreira, Fernandes, 2009). Quando se fala em programas educacionais e conseqüentemente em educação, deve-se, impreterivelmente pensar no ser humano a um só tempo: físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico.

Tendo em vista que esta unidade complexa da natureza humana (infelizmente) é totalmente desintegrada na educação por meio de disciplinas, impossibilitando o reaprendizado sobre o que é realmente ser humano (Morin, 2003).

Com o processo educacional é possível restabelecer a autoestima do paciente, sendo este o primeiro passo para que o ser humano consiga desenvolver suas potencialidades almejando sua autonomia frente ao enfrentamento da doença rumo ao seu empoderamento. Numa perspectiva emancipatória, empoderar é o processo pelo qual indivíduos, organizações e comunidades angariam recursos que lhes permitam ter voz, visibilidade, influência e capacidade de ação e decisão. Neste sentido os sujeitos podem participar ativamente nos temas que afetam suas vidas (Horochovski, Meirelle, 2007).

### **3 Metodologia**

Para atender o objetivo proposto, este estudo será baseado em uma pesquisa exploratório-descritiva de caráter qualitativo. De acordo com Turato (2005), no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, é necessário empregar a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.

Serão incluídos no estudo usuários com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 cadastrados no sistema HiperDia da Estratégia Saúde da Família Roberto Binato, acima de 20 anos de idade, de ambos os sexos, que tiverem condições físicas para responder aos questionamentos, que participam do grupo HiperDia e que aceitem participar da pesquisa. Serão excluídos indivíduos menores de 20 anos, com Diabetes Mellitus tipo 1, que não participam do grupo HiperDia e que não aceitem participar da pesquisa. A amostra compreenderá 12 usuários que serão selecionados por meio de sorteio a partir da lista dos pacientes cadastrados no sistema HiperDia.

A coleta de dados será realizada no período de junho a setembro de 2013. Para tal será elaborado, pela pesquisadora, um roteiro semiestruturado (APENDICE C) a fim de nortear as entrevistas que serão realizadas na residência dos usuários, sendo previamente agendadas por telefone ou pessoalmente, a partir do endereço disponível no cadastro HiperDia ou por meio de

informação fornecida pelos Agentes Comunitários de Saúde. O roteiro da entrevista abrangerá os seguintes questionamentos: tempo de diagnóstico da doença; conhecimento sobre a doença e seu cuidado; práticas alimentares efetivamente realizadas para o tratamento da doença; experiência pessoal no que se refere ao convívio com a doença; cuidados pessoais relacionados à saúde; relação com os profissionais de saúde. As entrevistas serão realizadas individualmente a cada participante, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para garantir a qualidade das informações.

Para análise e interpretação dos dados coletados será utilizado o método de análise de conteúdo, sendo o número de entrevistas delimitado por saturação de dados ou quando os objetivos do estudo serão respondidos. Para Moraes (1999) a análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos. Esta interpretação se dá de modo pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que tem dos dados, não sendo possível nenhuma leitura neutra, sendo que toda leitura se constituirá em uma interpretação. Esta ferramenta considerada pelo autor como um guia prático de ação, sempre será renovada em função dos problemas cada vez diversificados que se propõe a investigar. É um instrumento único, todavia marcado por uma grande variedade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto, qual seja a comunicação.

Por tratar-se de uma pesquisa com seres humanos este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) para devida aprovação. Vale ressaltar que a pesquisa somente será iniciada após aprovação do projeto e a coleta dos dados será feita mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes (Apêndice B), respeitando os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos descritos na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (Brasil, 1996). Os dados obtidos serão mantidos em sigilo, conforme garante o Termo de Confidencialidade (Apêndice A).

#### **4 Cronograma de atividades**

As atividades previstas para o desenvolvimento do trabalho de pesquisa serão as seguintes:

- 1 - Definição do tema.

- 2 - Revisão bibliográfica.
- 3 - Elaboração do Projeto.
- 4 - Apresentação para a banca do TFG I.
- 5 - Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.
- 6 - Coleta de dados.
- 7 - Tabulação e análise dos dados.
- 8 - Elaboração do artigo.
- 9 - Apresentação do TFG II.

O cronograma previsto para as atividades está descrito a seguir, no Quadro 1.

**Quadro 1:** Cronograma das atividades do projeto.

| Atividades | 2013 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|            | Mar. | Abr. | Mai. | Jun. | Jul. | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez. |
| 1          | X    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 2          | X    | X    | X    | X    | X    | X    | X    | X    | X    | X    |
| 3          |      | X    | X    |      |      |      |      |      |      |      |
| 4          |      |      | X    |      |      |      |      |      |      |      |
| 5          |      |      |      | X    |      |      |      |      |      |      |
| 6          |      |      |      |      | X    | X    | X    |      |      |      |
| 7          |      |      |      |      |      | X    | X    | X    |      |      |
| 8          |      |      |      |      |      |      |      | X    | X    |      |
| 9          |      |      |      |      |      |      |      |      |      | X    |

## 5 Orçamento

O orçamento previsto para esta pesquisa está descrito na tabela 1.

**Tabela 1:** Descrição do orçamento do projeto.

| Item                   | Quantidade  | Preço unitário (RS) | Custo (RS) |
|------------------------|-------------|---------------------|------------|
| Combustível            | 80 litros   | 2,89                | 231,00     |
| Papel ofício           | 02 pacotes  | 10,50               | 21,00      |
| Canetas esferográficas | 02 unidades | 3,50                | 7,00       |
| Cópias xerográficas    | 30 unidades | 0,10                | 30,00      |
| Cartuchos de tinta     | 03 unidades | 25,00               | 75,00      |
| Gravador portátil      | 01 unidade  | 144,00              | 144,00     |
| TOTAL                  |             |                     | 638,00     |

Obs.: Os custos para a realização do trabalho serão de responsabilidade da acadêmica.

### Referências Bibliográficas

Aboussaleh, Y.; Farsi, M.; El Hioui, M.; Ahami, A. O. T. **La transition nutritionnelle au Maroc: coexistence de l'anémie et de l'obésité chez les femmes au Nord Ouest marocain.** <http://www.didac.ehu.es/antropo/19/19-8/Aboussaleh.pdf> Acesso em: 29 mar. 2013.

Brasil. **Ministério da Saúde.** (2011) Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/prevalencia01\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/prevalencia01_2011.pdf) Acesso em: 27 mar. 2013.

Bleil, SI. (1998). O padrão alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil, **Cadernos de Debates**; v. VI, p.1-24.

Carneiro, HS. (2005). Comida e Sociedade: Significados sociais na história da alimentação. **História: Questões e Debates**, Curitiba; n.42, p. 71-80. Editora UFPR.

Carvalho, MCVS.; Luz, MT.; Prado, SD. (2011). Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p. 155-163.

Costa, JÁ.; Balga, RSM.; Alfenas, RCG., et al (2011). Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p. 2001-2009.

Ferreira, EA P.; Fernandes, AL. Treino em autoobservação e adesão à dieta em adultos com diabetes tipo 2. **Psicologia:Teoria e Pesquisa**, v.25, n.4, p.629-636, 2009).

Flandrin, JL.; Montanari, M. (1998). História da Alimentação, São Paulo, Estação Liberdade.

Garcia, RWD. (1994). Representações sociais da comida no meio urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. **Revista Cadernos de Debates**, v.2, p.12-40, 1994.

\_\_\_\_\_, Rosa, WD. (1977). Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p. 51-68.

\_\_\_\_\_, Rosa, WD. (2003). Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista Nutrição Campinas**, v.16, n.4, p. 483-492.

Gomes, TJO.; Silva, M VR.; Santos, A A.(2010). Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17, n.3, p. 132-139.

Horochovski, RR.; Meirelles, G. (2007). Problematizando o conceito de empoderamento. **Anais do II seminário Nacional, Movimentos Sociais-Participação e Democracia**.

Leonard, WR. (2003). **Alimentos e evolução humana - Mudança alimentar foi a força básica para sofisticação física e social**.

Leonardo, M. (2009), Antropologia da alimentação. **Revista Antropos**, v.3, n.2.

Maciel, ME. (2001). **Horizontes. Antropológicos**, v.7, n.16, p. 145-156.

Machado, MFA S.; Monteiro, E M L M.; Queiroz, D T. et al. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n.2, p.335-342, 2007.

Malta, D C.; Cezário, A C.; Moura, de L; et al. (2006). A construção da vigilância das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15; n.1; p. 47-65.

Moreira, SA. (2010). Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. **Ciência e Cultura**, v.62, n.4,p. 23-26. São Paulo, outubro.

Morin, E. (2003). Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Pulo: **Cortez**, 2003, p. 14-15.

Poulain, JP.; Proença, R P., da C. (2003). O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Revista de Nutrição**, v.16, n.3, p.245-256.

Reiners, AAO., Azevedo, RC. de S., Vieira, MA., et at. (2008). Produção bibliográfica sobre

adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p. 2299-2306.

Santos, ZM. de S., A., Frota, M A., Cruz, Daniele, M., et al. ( 2005). Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p.332-340.

Santelle, O. (2008). Antropologia e alimentação. **Saúde Coletiva**, v.5, n.26, p. 231.

Scalbert, A. **La transition nutritionnelle.** Disponível em: [http://www.nutriaa.com/docs/proc\\_univ\\_2003\\_107.pdf](http://www.nutriaa.com/docs/proc_univ_2003_107.pdf) . Acesso em: 29 mar. 2013.

Turato, E, R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39; n.3; p. 507-514.

Victora, C G.; Aquino, EM L.; Leal, MC. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios.** Disponível em: [http://www.patriciaemick.com/UNISUL/Coletiva%20I/Materiais/coletivaI\\_documento\\_saude%20no%20brasil%20cap%2002.pdf](http://www.patriciaemick.com/UNISUL/Coletiva%20I/Materiais/coletivaI_documento_saude%20no%20brasil%20cap%2002.pdf). Acessado em 24/abril/2013



**APÊNDICE A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE****TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto:** Escolhas terapêuticas: autonomia de usuários no enfrentamento de doenças de longa duração

**Pesquisador responsável:** Adriane Cervi Blümke

**Demais pesquisadores:** Vanessa Rodrigues Pucci

**Instituição de origem do pesquisador:** Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

**Área de Conhecimento:** Ciências da Saúde

**Curso:** Nutrição

**Local da coleta de dados:** residência dos usuários vinculados à Estratégia de Saúde da Família Roberto Binato.

**Registro no CEP/UNIFRA:**

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados (informações) serão estudados;
- II. Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

O Pesquisador declara ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Santa Maria (RS), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

**Adriane Cervi Blümke**

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Título da pesquisa:** Escolhas terapêuticas: autonomia de usuários no enfrentamento de doenças de longa duração

**Acadêmico Pesquisador:** Vanessa Rodrigues Pucci.

**Professora Responsável:** Adriane Cervi Blümke.

**Local de realização da pesquisa:** Estratégia Saúde da Família Roberto Binato.

**I. Objetivo da pesquisa:** Analisar as práticas construídas sobre o autocuidado, a adesão e as escolhas terapêuticas de pessoas em adoecimento de longa duração no contexto do Sistema Único de Saúde.

**II. Justificativa:** A realização desta pesquisa será importante para o campo da Saúde Coletiva tendo em vista que há necessidade de se conhecer os reais motivos que dificultam a adesão ao tratamento nutricional de usuários em adoecimento de longa duração. Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir com os profissionais do campo da saúde direcionado à atenção integral aos pacientes de forma resolutiva e efetiva.

**III. Procedimentos a serem utilizados:** Será realizada uma entrevista a partir de um roteiro semiestruturado, elaborado pela pesquisadora, a fim de nortear o diálogo, as quais serão realizadas na residência do usuário mediante agendamento prévio.

**IV. Desconfortos ou riscos e benefícios esperados:** A pesquisa não apresenta riscos aos envolvidos. Espera-se com o trabalho contribuir para o autocuidado e a adesão ao tratamento nutricional de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

**V. Garantia de resposta a qualquer pergunta, de privacidade e liberdade de abandonar a pesquisa:** A qualquer momento poderão ser feitos questionamentos sobre a pesquisa que serão prontamente esclarecidos pela pesquisadora. Quando publicados os resultados da pesquisa, a identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificar os participantes. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

**V. Disponibilidade de tratamento médico e indenização em casos de danos:** Não se prevê nenhum tipo de dano aos participantes do projeto. Caso ocorra, os responsáveis estarão isentos e você será encaminhado à Unidade ESF Roberto Binato, sem representar em ônus para você.

Eu ..... fui informado(a) dos objetivos do projeto acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do trabalho e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A pesquisadora responsável certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação se necessário. Caso tiver novas perguntas sobre esse estudo, posso chamar Vanessa Rodrigues Pucci (pesquisadora responsável) no telefone (55) 9664-4626 ou a orientadora do estudo Prof<sup>a</sup>. Adriane Cervi Blümke pelo telefone (55) 3025-9004. Sobre meus direitos como participante desse estudo ou se penso que fui prejudicada pela minha participação, posso chamar a Prof<sup>a</sup>. Adriane Cervi Blümke pelo telefone (55) 3025-9004. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Santa Maria, RS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome da Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Participante

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo \_\_\_\_\_ enquanto eu estava presente.

\_\_\_\_\_  
Nome da Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura de testemunha

## APENDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA

**Iniciais do participante:** \_\_\_\_\_

1. Há quanto tempo o senhor(a) tem diagnóstico de Diabetes Melitus 2?
2. Como o senhor(a) acredita que a DM2 se desenvolve?
3. Como o senhor(a) se sente sendo portador dessa doença?
4. A doença interfere na sua rotina ou na rotina de sua família? Como?
5. O que o senhor(a) sabe sobre o tratamento dessa doença? E sobre os cuidados alimentares?
6. Qual tipo de tratamento o senhor(a) faz para controlar a doença?
7. Quais cuidados o senhor(a) tem para gerenciar a doença?
8. Quais os cuidados que o senhor(a) tem com sua saúde? E sobre a alimentação, o que de fato o senhor(a) faz na prática diária.