

Universidade Aberta de Lisboa
5º Curso de Mestrado em
"Comunicação em Saúde"

comunicar.com Saúde

Análise da comunicação expressa nos folhetos de
informação aos diabéticos

Cristina Gonçalves Dinarés

Dissertação para obtenção do
grau de mestre

Orientador: Prof.Dr.Paulo Kuttev-Moreira

Lisboa 2006



AGRADECIMENTOS

Esta tese é o resultado visível de um percurso moroso e solitário. Paradoxalmente, a acompanhar esta construção surgem manifestações de afecto e amizade reforçando a necessidade de terminar este projecto pessoal. Assim, dedico este trabalho a algumas pessoas que só pelo facto de existirem, tiveram influência nele.

Ao Miguel, que sabe porquê.

Aos meus pais, que me apoiam incondicionalmente independentemente de não concordarem com algumas das escolhas que faço.

À minha avó Carmen, que sempre me estimulou o interesse pela palavra escrita.

À Teresa, que me dá racionalidade nos momentos que não a tenho.

À Romy, por toda a filosofia energética.

Ao Professor Dr. Paulo Kuteev-Moreira, a quem estou grata pelo apoio e colaboração prestadas na orientação, assim como, pelo incentivo através da leitura do modelo que me inspirou.



“Is the way you live your life really unique?”

Mary Douglas (1970)



ÍNDICE GERAL

LISTA DE SIGLAS.....	5
LISTA DE FIGURAS.....	6
LISTA DE QUADROS.....	7
LISTA DE TABELAS.....	8
LISTA DE GRÁFICOS.....	9
RESUMO	11
ABSTRACT	13
INTRODUÇÃO	15
I ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	19
1.1. A COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA DA SAÚDE	19
1.2. TEORIAS E MODELOS DE SAÚDE.....	26
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	35
2.1. PARADIGMAS E SISTEMAS DE SAÚDE	35
2.2. ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	43
2.3. EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	48
2.4. DIABETES TIPO 2 E A NOVA EPIDEMIA DO SÉC.XXI.....	51
II ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	55
1. METODOLOGIA E OBJECTIVOS DO ESTUDO	55
2. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	57
3. O MÉTODO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	59
4. RECOLHA DE DADOS	63
5. REGRAS DE DECISÃO PARA ANÁLISE	65
III RESULTADOS DA PESQUISA	69
1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	69
2. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	184
IV CONCLUSÕES	213
V RECOMENDAÇÕES.....	222
GLOSSÁRIO	225
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	227



LISTA DE SIGLAS

APDP – Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal

DGS – Direcção-Geral da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UE – Unidade de Enumeração

WHO – World Health Organization

SPT – Saúde para Todos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

FAQ – Frequent Asked Questions

AVC – Acidente Vascular Cerebral

POS – Programa Operacional de Saúde

SIDA – Síndrome da Imuno-Deficiência Humana



LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1:** Representação esquemática dos Modelos de Saúde de Beattie enquadrados na Teoria de Mary Douglas..... 34
- FIGURA 2:** Representação Esquemática da Análise de Conteúdo..... 60

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Folheto “Diabetes e Tensão Arterial”	70
QUADRO 2: Folheto “Vigiar a Glicémia”	73
QUADRO 3: Folheto “Crianças e Jovens”	75
QUADRO 4: Folheto “Cuide dos Pés”	78
QUADRO 5: Folheto “Quando Viajar”	81
QUADRO 6: Folheto “Qual é a sua Hemoglobina A1C?”	85
QUADRO 7: Folheto “Alimente-se Bem”	88
QUADRO 8: Folheto “O Que é a Diabetes?”	91
QUADRO 9: Folheto “Diagnóstico da Diabetes”	95
QUADRO 10: Folheto “Sintomas da Diabetes”	99
QUADRO 11: Folheto “A Dieta do Diabético”	103
QUADRO 12: Folheto “O Tratamento com Insulina”	110
QUADRO 13: Folheto “Diabetes e Gravidez”	116
QUADRO 14: Folheto “Prevenção da Hipoglicémia”	120
QUADRO 15: Folheto “Prevenção das Lesões dos Pés”	123
QUADRO 16: Folheto “Vigilância dos Problemas Oculares”	125
QUADRO 17: Folheto “Perda da Sensibilidade Dolorosa”	127
QUADRO 18: Folheto “Regras para os Dias de Doença e Acetona”	130
QUADRO 19: Folheto “Perda de Peso”	135
QUADRO 20: Folheto “Plano de Refeições 1”	139
QUADRO 21: Folheto “Plano de Refeições 2”	143
QUADRO 22: PERGUNTA 1	146
QUADRO 23: PERGUNTA 2	150
QUADRO 24: PERGUNTA 3	152
QUADRO 25: PERGUNTA 4	156
QUADRO 26: PERGUNTA 5	159
QUADRO 27: PERGUNTA 6	162
QUADRO 28: PERGUNTA 7	166
QUADRO 29: PERGUNTA 8	172
QUADRO 30: PERGUNTA 9	175



LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Sumário dos resultados da análise dos folhetos aos diabéticos	182
TABELA 2: Sumário dos resultados da análise das entrevistas aos endocrinologistas	183

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:	Representação esquemática do folheto “Diabetes e Tensão Arterial.....	186
GRÁFICO 2:	Representação esquemática do folheto “Vigiar a Glicemia”...187	
GRÁFICO 3:	Representação esquemática do ficheiro “Crianças e Jovens”	189
GRÁFICO 4:	Representação esquemática do folheto “Cuide dos Pés”	190
GRÁFICO 5:	Representação esquemática do folheto “Quanto Viajar”.....	192
GRÁFICO 6:	Representação esquemática do folheto “Qual a sua Hemoglobina A1c?”	193
GRÁFICO 7:	Representação esquemática do folheto “Alimente-se bem”...194	
GRÁFICO 8:	Representação esquemática do folheto “O que é a Diabetes?”	195
GRÁFICO 9:	Representação esquemática do folheto “Diagnóstico da Diabetes”.....	197
GRÁFICO 10:	Representação esquemática do folheto “Sintomas da Diabetes”	197
GRÁFICO 11:	Representação esquemática do folheto “A Dieta do Diabético”	198
GRÁFICO 12:	Representação esquemática do folheto “O Tratamento com insulina”.....	199
GRÁFICO 13:	Representação esquemática do folheto “Diabetes e Gravidez”	200
GRÁFICO 14:	Representação esquemática do folheto “Prevenção da Hipoglicémia”	201
GRÁFICO 15:	Representação esquemática do folheto “Prevenção das Lesões nos Pés”	202
GRÁFICO 16:	Representação esquemática do folheto “Vigilância dos Problemas Oculares”.....	203
GRÁFICO 17:	Representação esquemática do folheto “Perda da Sensibilidade Dolorosa”.....	204



GRÁFICO 18:	Representação esquemática do folheto “Regras para os dias de Doença e Acetona”	205
GRÁFICO 19:	Representação esquemática do folheto “Perda de Peso”	206
GRÁFICO 20:	Representação esquemática do folheto “Plano de Refeições”	207
GRÁFICO 21:	Representação esquemática do folheto “Plano de Refeições 2”	208

RESUMO

Este estudo tem como principal desafio o de adaptar uma teoria socio-cultural complexa (*Cultural Bias*) a uma perspectiva comunicacional da promoção da saúde.

Apesar da promoção da saúde ser um conceito crítico no âmbito da saúde pública, atendendo às discrepâncias existentes entre a teoria e a prática, continuam a ser desenvolvidas estratégias de acção (OMS) que tentam articular estilos de vida com processos de tomada de decisão numa base estrutural compatível e saudável para as populações.

A promoção da saúde encontra na Teoria de Mary Douglas um contributo para os conceitos de responsabilidade e *empowerment* do cidadão. Este contributo visa desenvolver metodologias de intervenção de forma a reforçar a capacidade de cada indivíduo em gerir, eficaz e saudavelmente, o seu processo de saúde/doença, uma vez que tem em linha de conta os vários aspectos que compõem a pessoa.

O estudo efectuado incidiu na análise da comunicação em saúde ao diabético. Foram analisados, sob o método da análise de conteúdo, 21 folhetos de informação ao diabético recolhidos na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e realizadas 3 entrevistas a especialistas na área (médicos endocrinologistas) a exercerem funções no mesmo local.

A articulação entre os conteúdos resultantes da análise e o material consultado (documentos, teorias, bibliografia) demonstrou algum tipo de contraste entre o que se diz e o que é feito. O modelo de saúde inerente à comunicação é Ecológico, culturas de controlo e ideologias de acção participativas caracterizam a comunicação aos diabéticos na promoção da saúde.

Neste contexto os principais resultados obtidos evidenciam:

- a importância da capacitação dos profissionais de saúde (responsáveis pela elaboração e implementação do material informativo) de competências pedagógicas comunicacionais.



- a necessidade das estratégias de promoção para a saúde defendidas pela OMS estarem presentes na elaboração dessas formas de comunicar a saúde de forma a preencher o espaço existente entre os modelos médicos e sociais.
- a percepção da potencialidade de que a promoção e a comunicação em saúde podem ter implicações na doença crónica – diabetes.
- o envolvimento de factores sociais e culturais têm influência no comportamento dos indivíduos.



ABSTRACT

This study began with a challenge – to adapt a complex social-behavior theory (Cultural Bias) into the communication perspective of health promotion. Although health promotion is a critical concept in public health features, mostly due to differences between theory and practice, strategies in the WHO core still develop trying to articulate life style with processes of decision making in a compatible and healthy structure.

In Mary Douglas Theory, health promotion finds a new meaning to the concepts of responsibility and empowerment of an individual. It aims to develop intervention methodologies to reinforce the individual skills on the healthy and efficacious management on his health/illness cycle.

The present study aims to analyze the health communication strategies towards the diabetic patient in the Diabetic Portuguese Patients. Association. 21 information leaflets to the diabetic and 3 interviews to diabetes specialists were subject to scrutiny through the content analysis method.

Articulating data, from the analyzed forms of communication, with the written contexts, of several investigators, reveal that is “easier said than done”. The outcomes from this study showed a tendency to use the Ecological health model in the various forms of communication used in the DPPA settings. A control culture, participative and autonomous actions are important implications in these findings. The major outcomes are:

- health care professionals with pedagogic communication skills would be a must
- the necessity of WHO strategies be present in the interventions designed to change behavior in order to fill the gap between the medic and social models in health
- the role of an appropriate implementation and intervention programs regarding changes in behaviors and communication procedures is emphasized as a strategy for improving the practice of health promotion



- better communication skills may decrease disparities in health promotion resulting in favor to chronicle diseases (diabetes)
- cultural and social factors can influence behavior

INTRODUÇÃO

Contrapondo o *boom* de novas ciências e filosofias místicas que apregoam uma imagem holística e comunicativa, promovendo o contacto entre as pessoas, o toque e a humanização da sociedade, são criadas novas tecnologias que promovem uma artificialização da pessoa através de uma imagem futurista e robótica.

A Cinderela é culpada por inúmeros comportamentos e estados mentais desajustados à sociedade contemporânea. É característico um desleixo da própria saúde em detrimento de uma imagem de liberdade de acção e de uma eficácia a 100% da terapêutica. Assim, verificam-se comportamentos nefastos para a saúde apoiados na crença da acção milagrosa do medicamento – “o medicamento faz efeito, por isso se ficar doente é só tomar o comprimido”¹.

Em saúde os comportamentos adoptados pelos indivíduos, em particular, e pelas populações, em geral, são influenciados pelos factores económicos, sociais e culturais. No entanto, a sua consciencialização não implica uma mudança nos comportamentos, independentemente de estes terem consequências sobre a própria saúde. Os comportamentos adoptados em relação à saúde estão intimamente relacionados com as histórias de vida de cada indivíduo, com a falta de conhecimento relacionado com conceitos de promoção de saúde, com uma predisposição genética em adoptar estilos de vida pouco saudáveis consequentes de uma noção ilusória de imortalidade, com a sensação de uma vida permanente e revogável.

Penso que o conceito de autonomia na saúde do cidadão se torna fantasioso quando ele se abstém da mesma responsabilização que lhe dá liberdade. Quando ele tem comportamentos de quem sabe que tem uma rede de segurança.

O poder místico do médico adicionado ao do medicamento, torna irreal a política de responsabilização do próprio cidadão em relação à sua saúde,

¹ – Expressão usada por uma doente com Diabetes tipo 2 quando interpelada sobre os seus hábitos alimentares (2005).

preconizadas nas acções para a promoção da saúde elaboradas durante a 1ª Conferência Internacional em Promoção da Saúde em Ottawa – *“Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente. (...) A promoção em saúde favorece o desenvolvimento social, de forma a proporcionar informação e educação sanitária e aperfeiçoar as aptidões indispensáveis à vida”* (Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde; 1986).

Como é possível promover campanhas de prevenção e de educação para a saúde das populações quando estas só se sentem tratadas e consideradas se juntamente com o discurso clínico vier o bendito comprimido?

A obesidade infantil é um flagelo da sociedade em que vivemos – *“Childhood obesity is already epidemic (...). An estimated 22 million children under five are (...) overweight worldwide”* (WHO; 2003). A falta de exercício físico, os maus hábitos alimentares, a promoção de um estilo de vida fácil juntamente com ideais de uma sociedade da “Terra do Nunca” conduzem a percentagens elevadas dos índices de obesidade nas populações, indicando um novo e grave problema de saúde pública.

A promoção e a educação para a saúde devem envolver nas suas estratégias de acção, práticas educativas para que as populações usufruam de uma vida com qualidade.

A participação na promoção da saúde da equipe de saúde deve ser intensa, reafirmando que o significado de cuidados de saúde está para além de uma mera assistência revelando nas formas de cuidar o outro expressões afectivas. A vida não deve ser vista de uma forma compartimentada, como tal, não pode haver momentos de assistência e outros de promoção. Assim, a promoção da saúde deve ser considerada de uma forma ampliada e não somente como um período anterior à doença. A educação em saúde torna-se, assim, uma estratégia fundamental da promoção da saúde.

Perante este quadro deparo-me com algumas questões:

- Estarão os profissionais de saúde despertos para os conteúdos das estratégias emitidas nas Conferências Internacionais em Promoção da Saúde?
- Qual o paradigma que guia a nossa abordagem junto das populações?
- O que fazemos, como profissionais de saúde, para promover a comunicação em saúde?

O título escolhido para este estudo prende-se com uma analogia às novas tecnologias de comunicação/informação disponíveis. Porque não fazer uso delas em proveito da comunicação em saúde? Porque não articular essas novas tecnologias (*Internet, call-centers, etc.*) na divulgação de estratégias de promoção da saúde (ex. www.comunicar.com)?

A análise da comunicação escrita, realizada sob a forma de *posters*/folhetos de promoção da saúde, parece-me ser um assunto pouco estudado. A pesquisa que efectuei revelou-me alguma escassez de informação relativamente ao assunto em causa. Revelou estudos realizados no âmbito da aquisição de capacidades individuais de comunicação, por parte dos profissionais de saúde, em Saúde Pública, abordagens aos modelos e paradigmas de saúde e aplicação de modelos em contextos de saúde.

Assim, a pergunta de partida formulada, na orientação da minha pesquisa bibliográfica é:

- Qual o modelo/paradigma de promoção da saúde subjacente nos folhetos dirigidos aos diabéticos, distribuídos pela APDP?

A estrutura desta dissertação está organizada da seguinte forma:

A parte I – **Enquadramento Teórico**, está dividida em dois capítulos principais: Comunicação em Saúde e Promoção da Saúde. Nestes capítulos são abordados os aspectos teóricos, as bases conceptuais da comunicação e promoção no contexto da saúde. São focados aspectos educacionais e estratégias de acção em saúde relevantes para a temática da promoção da saúde.

A parte **II – Enquadramento Metodológico**, diz respeito à pesquisa empírica e está dividida em 5 capítulos que abordam a metodologia da pesquisa, a justificação do estudo, os fundamentos do método de investigação escolhido e o contexto operacional que conduziu ao estudo.

Uma parte **III – Resultados da Pesquisa**, foca os resultados obtidos na pesquisa através de dois capítulos, um de apresentação e outro de discussão e análise dos resultados.

Já uma parte **IV – Conclusões**, focaliza o seu conteúdo nas considerações inferidas pela pesquisa efectuada.

Por último, inclui no trabalho uma parte **V – Recomendações**, onde são feitas referências a ideias a considerar para as necessidades encontradas no capítulo anterior.

I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

1.1. A COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA DA SAÚDE

A promoção da saúde deve ser vista como uma forma de pensar e de fazer a saúde na qual as pessoas são constituídas pela sua autonomia, contexto político e cultural, como sujeitos capazes de superar as dificuldades e de serem capazes de instituir um modo de vida saudável.

A comunicação em saúde é fundamental para a participação dos cuidadores e das populações na sua própria saúde. Os recursos comunicativos sobre a promoção em saúde deverão ter em conta as diversidades culturais e educacionais das populações. *“The development of excellent communication role models throughout the clinical faculty will aid in the effective integration of communication skills for preventive services into the clerkship environment”* (Dubé, C.E. et al; 2000: S54).

É através de uma comunicação eficaz que se consegue implementar modificações bem sucedidas nos projectos de promoção e de educação para a saúde. Segundo Oliver (1997) citado por Kuteev-Moreira e Eglin (2004: 112) *“(...) considering the application of communication tools and techniques to (...) develop and maintain positive relationships with its audiences, we realize that this purpose demands expertise at all levels (...)”*.

A comunicação é um processo complexo caracterizado por interações variadas. A eficácia deste processo depende da forma como se comunica, para tal, segundo Bilhim e Castro (1999: 74), há que ter em conta o paradigma de Lasswell do qual resultam quatro pressupostos: *“quem diz o quê; em que canal; para quem; com que finalidade”*. A chave para a consecução de objectivos com sucesso está na comunicação. Em contexto de promoção de saúde o processo comunicacional implica relações entre a equipa de saúde e as populações.

A comunicação baseia-se em quatro funções essenciais, segundo Bilhim e Castro (1999: 73), controla comportamentos; motiva as pessoas ao

esclarecer sobre o que deve ser feito; vai de encontro às necessidades de afiliação; fornece informação necessária à tomada de decisão. No entanto, para haver eficácia é necessário ter em conta as barreiras à comunicação. Assim, e segundo os mesmos autores (1999: 77), há formas de ultrapassar essas barreiras das quais se salientam as seguintes: conhecer os públicos e a forma como podem receber a mensagem; apelar aos valores e à importância da informação para os destinatários; fornecer pequenas quantidades de informação; encorajar a confiança e a abertura para facilitar a comunicação.

Para estimular a corrente comunicacional, a apreensão de conhecimentos e envolver as populações no seu processo de saúde há que utilizar técnicas criativas para a transmissão de informações. Tendo em conta o pressuposto fundamental da comunicação social que se escreve para obter uma resposta do leitor, a ausência de resposta à nossa comunicação, sob a forma escrita, poderá antecipar uma quebra comunicacional que poderemos ver traduzida por uma diminuição da eficácia dos programas de saúde (aumento da SIDA, do tabagismo, das doenças infecciosas, da diabetes *mellitus* tipo 2, obesidade infantil). A capacidade de comunicar é um dos pilares da prática em saúde, caso contrário o tratamento fica aquém das expectativas e do que se considera ideal. *“The importance of communication is not merely for the purpose of dialogue: it is an essential requirement for the optimizing of treatment”* (Caspi, O.; 2000: 3193).

A comunicação sob a forma escrita engloba uma série de desafios no contexto da promoção da saúde, uma vez que será através dela que as populações adoptam (ou não) atitudes e comportamentos promotores da sua saúde. O sistema de saúde, através da Direcção-Geral da Saúde e dos departamentos de comunicação e marketing (em algumas organizações de saúde com gestão privada), libertam uma série de material, de formatos variados (desdobráveis, *posters*, folhetos, *newsletters*...), com conteúdos práticos de educação para a saúde. No entanto, será a mensagem contida nesse material eficaz para as populações-alvo? Será a mensagem de promoção/ educação percebida pelas populações?

Tendo em conta que a boa compreensão das audiências, a existência de uma mensagem clara e a capacidade de adaptação das mensagens às diferentes audiências são elementos fundamentais nos variados formatos de comunicação escrita, há que verificar se os mesmos são aplicados e, em última análise, apreendidos pelas populações. “(...) *Evidence is needed by practitioners for effective health promotion interventions (...) with quality findings from intervention studies, practitioners can make better decisions to achieve effectiveness in their interventions. Moreover, without evidence of effective health promotion it may be difficult to obtain policy support.*” (Tang, K.C.; Ehsani, J.P.; McQueen, D.V., 2003: 841).

A promoção da saúde é uma forma moderna de enfrentar os desafios relativos à saúde e qualidade de vida introduzindo a noção de responsabilidade compartilhada com a sociedade. Promover a saúde implica uma acção integrada e multidisciplinar que inclui diferentes dimensões das vivências humanas: a subjectiva, a social, a económica, a política e a cultural, colocando ao serviço da saúde os saber-ser e saber-fazer dos vários campos do conhecimento.

Segundo Andrew Tannahill, citado por Ferreira da Silva (2002: 212), a promoção da saúde baseia-se em três grandes estratégias de intervenção, interligadas e complementares entre si, que englobam medidas de educação para a saúde, de prevenção da doença e de protecção da saúde. “*No centro da promoção da saúde estão as pessoas e as populações, como principal recurso para gerar saúde*” (Ferreira da Silva, 2002: 212).

Os comportamentos e os acontecimentos estão inseridos num contexto social, no qual a comunicação é um valor por excelência. Atribuir um acto de significação a cada interacção implica uma percepção da comunicação. Nas relações estabelecidas as significações, inerentes à comunicação, variam consoante as percepções sociais de cada um, atribuindo significados diferentes às mesmas realidades. Por essa razão, quando o universo de significações não é partilhado, a comunicação estabelecida é dificultada e desentendida. Transmitir mensagens, integradas numa matriz social, constitui o cerne da questão que mantém as relações e

interacções entre os elementos de um grupo. *“Communication is a complex phenomenon. Definitions vary in their emphasis on the verbal, non-verbal, content, process, informational, relational and cultural aspects of communication. In broad terms, it is perhaps most useful to think about communication as a transactional process in which messages are filtered through the perceptions, emotions and experiences of those involved. Adding to the complexity, communication occurs at several levels, including intrapersonal (e.g., patients’ personal constructions of the illness experience), interpersonal, group, organizational, mass, and technological. In addition, communication in medicine can be oral, written, or computer mediated”* (Anderson, 1999: 4).

As tarefas de comunicação ao nível da promoção e educação da saúde são de extrema importância ao focarem temáticas que interfiram na mudança de comportamentos pouco saudáveis e no aconselhamento para a prevenção. Como tal, salientar a importância da aderência pessoal em projectos pessoais de saúde e processos de tomada de decisão que envolvam o *empowerment* do cidadão, são estratégias necessárias que relacionam a comunicação na saúde com a promoção da mesma.

Penso que há necessidade de incluir nos currículos escolares das biociências contextos relacionados com a prática de uma comunicação efectiva com o cidadão/cliente, este é um assunto amplamente debatido e apoiado por vários autores (Manderscheid, 1994; Dubé et al, 2000; Walker, 2001; Dunning, 2003). Segundo Dubé, C.E. e colaboradores (2000: S45), *“Teaching basic communication skills in its most organized form takes place within a dedicated curriculum for beginning medical students, introducing increasingly sophisticated skills and opportunities for practice and evaluation as students’ skills mature”*.

As capacidades comunicativas são essenciais em qualquer tipo de interacção, talvez, mais ainda numa no contexto de ensino para a saúde que envolva o técnico (médico, enfermeiro, psicólogo, etc.) e o doente para obter um resultado eficaz. *“Communication skills important to prevention rely upon*

a solid foundation of communication, data gathering, and relationship skills necessary for effective clinical medical practice” (Dubé, C.E. et al; 2000: S51).

O ambiente sócio-cultural envolvente tem, tal como a comunicação, influência na recepção da mensagem. Os factores ambientais podem influenciar as opiniões das pessoas em relação a práticas preventivas e educativas nos contextos de saúde: *“(…) environmental factors (...) can influence patients’ thinking about preventive practices to the content of the physician’s interaction with the patient—techniques for effective communication, patient education, and counseling can increase physicians’ effectiveness in the prevention and early detection of health problems and disease” (Dubé, C.E. et al; 2000: S45).*

O facto dos profissionais de saúde serem dotados de competências técnicas comunicacionais promove o relacionamento com o doente e, automaticamente, padrões de satisfação relacionados com as práticas de saúde. Em última análise pode, inclusivamente, ser promotora de resultados favoráveis na saúde do próprio doente, pois, uma pessoa satisfeita e eficazmente informada vai ter comportamentos e atitudes mais saudáveis, com repercussões evidentes no seu estado de saúde. *“Primary prevention is, of itself, essentially a communication task” (Dubé, C.E. et al; 2000: S46).*

Naturalmente que há factores negativamente influenciadores nos *outcomes* da comunicação inerentes ao próprio sistema de saúde. A acessibilidade aos cuidados, a existência de factores regulamentares (comparticipação de medicamentos), a disponibilidade de recursos, os contextos culturais e ambientais, as crenças e valores do próprio sistema, são alguns dos factores destabilizadores no precário equilíbrio saúde/doença. *“Anticipatory guidance, patient education, and risk reduction through behavioral change rely heavily on sophisticated counseling techniques. (...)Physicians need to be prepared to engage in a process of education, negotiation, and shared decision making with patients under consideration for such preventive practices” (Dubé, C.E. et al; 2000: S46).*

Alguns autores focam a importância em coordenar as sessões educativas na consulta com auxiliares/reforços educativos a que chamam

“reminder systems” (Dubé, C.E. et al; 2000: S46). Segundo os mesmos autores, “Health promotion posters can present positive prevention messages, enhance patient education, and serve as a reference for discussion” (Dubé, C.E. et al; 2000: S46). A acessibilidade do material informativo é um factor a ter em conta quando se pretende veicular acções e comportamentos saudáveis.

“Patient education materials available in the office setting can provide patients with tools to take with them to help implement preventive practices at home. All of these approaches together create reinforcing messages in an office environment friendly to prevention, relaying the message that health promotion and disease prevention are important priorities and topics for discussion within the practice” (Dubé, C.E. et al; 2000: S46).

O risco associado à saúde é um conceito difícil de definir, contextualizar e, mais ainda, comunicar. O factor risco deve ser introduzido nos contextos de promoção, prevenção e educação mas, sem ser de uma forma alarmante e desajustada – o objectivo é conquistar clientes para a causa (promover a saúde) e não afugentá-los. Como tal, *“Health-behavior change is effectively approached as a process of change, the timing of which will be variable, based not only on the characteristics of the patient, but on the urgency and complexity of the desired change”* (Dubé, C.E. et al; 2000: S49).

As estratégias de abordagem ao doente devem incidir sobre avaliação de pré-adquiridos (conhecimento), assistência/ensino, *feedback*, aconselhamento e *follow-up*. A avaliação de pré-adquiridos determina a dimensão do problema, dos conhecimentos que o doente possui e o que sente sobre ele. Indica, também, a forma como o comportamento não-saudável modificou a sua forma de viver, o que já fez para melhorá-la e o que pretende fazer em relação a padrões de modificação de comportamentos. Segundo os autores (Dubé, C.E. et al; 2000: S49), esta avaliação só é eficaz se for feita de forma aberta sem críticas ou juízos de valor – *“Assessment is effective when conducted in a supportive and nonjudgmental manner”*.

A assistência/ensino inclui processos educativos e a resolução de problemas relacionados com a modificação de comportamentos. Dentro das

etapas da assistência/ensino incluem-se processos de negociação interactivos, formas de ultrapassar barreiras à promoção da saúde e objectivos saudáveis a curto-prazo.

O *feedback* é importante para clarificar o problema em causa. Serve para verificar a precisão das informações assimiladas na etapa de avaliação e reforçar algumas das consequências negativas resultantes de comportamentos adoptados pelo doente.

O aconselhamento permite ao profissional de saúde uma oportunidade de dar recomendações claras e explícitas sobre a modificação de comportamentos. *“Advice should be tailored to the patient’s health and personal goals, the patient’s available resources, and the patient’s readiness for and willingness to consider change”* (Dubé, C.E. et al; 2000: S49). O ensino eficaz de estratégias que impliquem o auto-cuidado (auto-injecção, auto-controlo da glicémia, etc.) requer capacidades e conhecimentos de técnicas e aspectos práticos relacionados com o procedimento.

“Relationship skills such as empathy, legitimation, respect, support, and partnership are particularly important in making the patient feel understood and accepted, and for avoiding patient defensiveness” (Dubé, C.E. et al; 2000: S49).

1.2. TEORIAS E MODELOS DE SAÚDE

“The WHO definition of health focuses on physical, mental and social well-being as indicators. In many cultures, however, well-being seems to be related to fun, pleasure, relaxation, happiness, productivity, reproduction, etc., but not necessarily to “health” per se” (Erben, R.; 1992).

Os modelos conceptuais relacionados com a educação na saúde têm implícitas estratégias relevantes para a educação da saúde em geral. Assim, alguns dos modelos de saúde relevantes para este trabalho são:

- O Modelo Biomédico:

Segundo Hannu Vuori (1980) citado por (Erben, R.; 1992), o modelo biomédico assume que a educação da saúde é orientada pela doença e que o médico transmite a informação às pessoas abordando doenças específicas e a sua prevenção. É da responsabilidade do indivíduo cumprir os conselhos e directrizes do médico. Os conceitos básicos subjacentes neste modelo são os de hierarquia e subordinação das pessoas para com o sistema médico e profissionais de saúde.

- O Modelo Holístico:

O conceito de homeostase enquadra-se no modelo biomédico, em que o indivíduo é na sua essência um ser saudável que é agredido por agentes externos ou por estilos de vida maléficos, quebrando o equilíbrio (a homeostase do organismo), sendo necessária uma intervenção curativa junto do indivíduo, por um profissional de saúde, para a recuperação desse mesmo equilíbrio, tendo em conta o bem-estar físico, psíquico e social da pessoa.

As estratégias de *coping* adoptadas por cada um estão dependentes das características inerentes ao social, cultural e biológico do indivíduo. Sob esta perspectiva biomédica, na dimensão saúde o conceito de doença está sempre presente.

- O Modelo Psicológico (Health Belief):

Segundo Rosenstock (1974) citado por (Erben, R.; 1992), este modelo assume que o indivíduo tem capacidades para avaliar o seu estado de saúde confrontando os resultados obtidos com o seu sistema de crenças e valores.

O modelo diz, ainda, que o indivíduo pode comparar o seu sistema de valores com o social e culturais impostos pela sociedade. Sabe, também, avaliar as vantagens e desvantagens resultantes das suas atitudes informadas tendo em conta factores sociais, psicológicos, culturais e custos financeiros. *“The basic concept underlying the Health Belief Model is one of reason and relational choice. Human beings are thought to develop behaviors according to what they believe would be useful and supportive for their health. It is assumed that they constantly review their behaviors regarding their impact on health. Reality, of course, is quite different”* (Erben, R.; 1992).

- O Modelo Sociológico:

Este modelo surgiu como uma crítica às abordagens individualistas do modelo Biomédico e Psicológico. Segundo Berger (1967), Subel (1981) e Crawford (1984) citados por (Erben, R.; 1992), o conceito de estilo de vida veio influenciar de forma dramática o conhecimento sociológico e antropológico no que se refere aos padrões da acção e interacção humana e na sua relação com a saúde.

O conceito patente neste modelo reflecte que o estilo de vida engloba uma socialização e interacção entre indivíduos e grupos sociais. Os comportamentos relacionados com a saúde, individuais ou colectivos, são o reflexo das condições de vida e das tentativas de ultrapassar e lidar com essas mesmas condições, *“(...) since social situations change, individual behavior is also always subject to constant change”* (Erben, R.; 1992).

- O Modelo de Promoção da Saúde:

O conceito de estilo de vida teve influências nas estratégias de educação da saúde, estas de uma forma geral, estão relacionadas com a informação, educação e comunicação e são basicamente orientadas no sentido de transmitir conhecimentos, atitudes e valores aos indivíduos e grupos. Segundo Bateson (1979) citado por (Erben, R.; 1992), a promoção em saúde refere-se aos princípios básicos da Teoria dos Sistemas Ecológicos, interligando vários factores sociais no desenvolvimento, implementação e avaliação das estratégias de comunicação e interacção. Ou

seja, há um objectivo comum suportado por perspectivas e estratégias distintas.

- Um novo Modelo para a saúde:

Segundo Wright e Treacher (1982), citados por Beattie (1993: 261), o conceito de saúde tem as suas raízes nas ciências humanas e sociais. A razão para estas disputas epistemológicas está relacionada com duas dimensões: formas de pensamento e focos de atenção de cada uma das ciências. Inseridos nas formas de pensamento estão os conceitos mecanicista e humanista. Ao conceito mecanicista é atribuída uma análise dominante e fiável, baseada nas ciências biológicas e tradicionais e caracterizado pelo *input* de conhecimentos profissionais. O conceito humanista apoia-se nas ciências sociais com características mais holísticas e cujo *input* se baseia em crenças e conhecimentos populares.

Numa perspectiva mais filosófica da saúde, Hardy (1981), Walker (1984), Hill e Bramley (1986) identificaram dois tipos de conflitos: o sociopolítico, relacionado com contextos de tomada de decisão, designando dois tipos de ideologia: paternalista (baixo poder de tomada de decisão) e participativa (elevado poder de tomada de decisão) e, outro, relacionado com o planeamento dirigido aos problemas sociais e às soluções de carácter individual ou colectivo (Beattie; 1993: 263).

Alan Beattie estudou na Oxford University (1958-64), formando-se em Bioquímica. Desenvolveu modelos computadorizados (1971) na planificação de hospitais para o Departamento da Saúde. De 1974-1977 trabalhou na área da Saúde Pública para o SNS inglês. Desenvolveu a sua actividade académica no âmbito da Educação da Saúde ao longo de vários anos (1977 a 1989), acumulando funções na docência e investigação no contexto da Saúde Pública e Educação na Saúde, desde 1989. Sensibilizado para a problemática da educação da saúde e conhecendo os contextos sócio-político-cultural envolvidos na adopção de comportamentos relacionados com estilos de vida, Beattie classificou a saúde de quatro formas, envolvendo nesta classificação os conceitos dos autores referidos acima. Assim, cruzando as dimensões focos de atenção, formas de pensamento, processos

de tomada de decisão e abordagens sociais individuais ou colectivos cria-se uma matriz na qual são distribuídos, em cada quadrante, modelos de saúde consoante as suas plataformas individuais de actuação: Biopatológico, Ecológico, Biográfico e Comunitário.

Assim, os quatro Modelos de Saúde encerram em si as concepções morais de cada indivíduo, associadas a factores psico-sociais que são os alicerces das narrativas de saúde de cada um, interligados a factores culturais da sociedade contemporânea.

Mary Douglas é antropologista e autora de inúmeros trabalhos influenciadores no contexto humano-cultural. Dedicou a sua carreira à recolha de dados que justificassem razões para os seres humanos fazerem cultura. Ela sugere que os seres humanos, em toda a sua variedade, ocupam-se, de uma forma geral, de duas tarefas: dar sentido ao mundo em que vivem e tentar coordenar as suas vidas pessoais com aquelas das pessoas que os rodeiam.

Ao contrário de outras teorias culturais que não consideram a experiência humana como parte integrante do processo cultural (por exemplo: a Teoria da Economia Racional – assume que todas as decisões são geradas com o objectivo do proveito económico, não podendo explicar o altruísmo), Douglas deixa espaço para incluir outras hipóteses concebíveis que justifiquem os significados das tomadas de decisão.

Ela interpreta de forma diferente o conceito de estrutura do ideal Pós-Modernista, no qual é dado aos indivíduos a liberdade de pensar e de sentir, nas acções, nas revoltas e mudanças. O paradoxo surge quando, em duelo, se confrontam atitudes e comportamentos que são seguidos de forma robótica com outros em que se argumenta fazer uso do pensamento, do sentir e do fazer, levando em conta a liberdade de cada um.

A Teoria *Cultural Bias* (Predisposições Culturais) construída por Mary Douglas (1996 [1970]), com origens na antropologia, é usada como uma ferramenta na comparação de culturas e das formas da organização social que a suportam. Tem sido, desde então, usada e, em alguns casos, adaptada em vários estudos e trabalhos.

A Teoria *Cultural Bias* evoca que a cultura – definida como uma partilha de valores e crenças – está intimamente relacionada com os padrões particulares das relações sociais. Isto significa que determinada cultura corresponde a um padrão específico de relações sociais. Ou seja, são exploradas diferentes formas de categorizar a estrutura social e cultural no contexto da saúde. Mary Douglas questionou-se sobre de que forma as fronteiras impostas pela sociedade determinavam a selecção dos riscos significativos ou de infortúnios, por parte das pessoas. A este processo ela denomina de Predisposição Cultural (*Cultural Bias*).

Segundo Douglas (1970; 1978; 1982), citada por Beattie (1993: 266), *cultural bias* define-se como “(...) *the way that the structure of social environments shapes peoples’s views of the world (...)*”.

A forma como o ambiente social imprime e molda nas pessoas as diferentes formas de estar no mundo e, conseqüentemente, os seus estilos de vida é questionada pela teórica. Ou seja, até que ponto os limites e as regras impostas pela sociedade determinam, nas pessoas, uma selecção dos riscos de saúde que correm? Por escolha ou por acaso?

Considerando esta problemática, Douglas propõe uma análise cultural através de 2 dimensões: Grelha e Grupo (Beattie; 1993: 266).

- A Grelha corresponde ao grau no qual a vida de cada pessoa é circunscrita pela imposição de conceitos externos. Quanto maior for a ligação e a extensão destes conceitos, menor está a forma de viver aberta aos processos de negociação individuais. Ou seja, por Grelha, entende-se um sistema de regras e de restrições que determinada cultura impõe às pessoas. Refere-se à forma como os comportamentos e a forma de encarar o mundo são moldados e prescritos pelas distinções sociais e pelas parangonas da autoridade. Tal como referi anteriormente, existem estatutos elevados ou diminuídos nesta dimensão.

Assim, a classificação de Grelha elevada surge quando os papéis e estatutos sociais são definidos de forma precisa, onde papéis distintos são mantidos fixos e separados. A classificação Grelha diminuída aplica-se sempre que todos os estatutos sociais são negociáveis, em que nenhum

valor é fixo ou permanente à partida. Os estatutos e valores são atribuídos por mérito pessoal, podendo ser ou não revogados.

- O Grupo, então, representa a capacidade das pessoas em se envolverem ou restringirem às formas de pensar e agir dentro do compromisso social nos interesses do grupo, mais do que nos seus – individual. Ou seja, Grupo refere-se à pressão ou coerção que um indivíduo é sujeito por pertencer a determinada unidade grupal. Indica o grau de força da associação entre pessoas do mesmo grupo ou, ainda, dos laços que os indivíduos erguem entre eles e o mundo exterior.

Grupo representa a força de coerção num determinado *set-up* social. Relativamente aos estatutos elevados ou diminuídos, a classificação Grupo elevado surge sempre que as pessoas tenham um sentido elevado de coesão social, de pertencerem a um grupo social bem definido com o qual se sentem identificados.

Nesta classificação os interesses do grupo sobressaem aos do indivíduo. Classifica-se Grupo diminuído sempre que os grupos exercem uma coerção moral diminuída sobre os indivíduos. Desta forma, as características individuais distinguem-se das do grupo. O interesse próprio e a competição pessoal são dominantes.

A esta tipologia Douglas denomina os “*limites da economia moral*” em que questiona o que as pessoas mais valorizam; o que molda os seus desejos, comportamentos, crenças e motivações (Beattie, 1993: 266).

Tal como muitos investigadores, Beattie (1993:263) conjugou os seus Modelos de Saúde às dimensões epistemológicas (Formas de Pensamento Mecanicista ou Humanista) de Wright e Treacher, às políticas nos processos de tomadas de decisão (Ideologia Paternalista ou Participativa e Focos de Atenção Individual ou Colectivo) de Hardy et al, e às culturais (Subordinação, Controlo, Individualismo ou Cooperação) de Mary Douglas (ver Figura 1).

Assim, os modelos descritos são:

- O Modelo Biopatológico, tem a sua origem nas ciências médicas e o seu foco de atenção é o “organismo” humano como um mecanismo. Os seus critérios chave são a presença de defeitos, anormalidades ou estados de

doença. O seu campo de actuação é a patologia cujos agentes de acção são os médicos e paramédicos.

É um modelo segregador e deficitário na autonomia do indivíduo que requer correcção na presença de acções individuais inadequadas. Surge em campanhas directamente relacionadas com a modificação de comportamentos individuais. É autoritário, impõe ordem.

A cultura que rege este modelo é a de Subordinação, a qual depende de tradicionalismos e tem uma postura defensiva. As suas virtudes preferenciais são a conformidade e *compliance* do indivíduo perante a ordem. A desobediência é considerada um pecado cardinal.

- No Modelo Ecológico, a origem do seu conhecimento assenta na ecologia humana em que o foco de atenção é a interacção entre o organismo e o ambiente. Os critérios chave são a adaptação, ou não, aos hábitos humanos e aos riscos inerentes. O seu campo de especialidade é a epidemiologia, a higiene e a engenharia social cujos agentes de acção são os médicos de saúde pública e os inspectores de saúde.

Este modelo promove acções ambientais para a saúde pública, exigindo comportamentos sistemáticos. Na presença de injustiças sociais requerem reformulações burocráticas e técnicas.

A cultura patente neste modelo é a de Controlo, caracterizada por uma estrutura socialmente rígida. As suas virtudes são a lealdade e a honra do compromisso. A deslealdade e passividade serão factores a evitar. A doutrina dominante promove que os interesses individuais possam ser utilizados para os propósitos do grupo.

- O Modelo Biográfico, tem a sua origem do seu conhecimento na psicologia de desenvolvimento e o seu foco de atenção são as pessoas e os seus problemas sociais. Tem como critérios chave as falhas pessoais inerentes aos processos de adaptação (*coping*). O seu campo de especialidade é a biografia, histórias de vida tendo como agentes de actuação os psicoterapeutas, assistentes sociais e conselheiros.

Este modelo foca a oportunidade de acção quando os problemas pessoais requerem revisão. Atribui como uma competição saudável a remodelação activa e individual.

A sua cultura é a de Individualismo que se apresenta socialmente destruturado e sem controlo. A sua virtude é o sucesso pessoal e o pecado a culpa. O conceito dominante refere que todos os tabus podem ser quebrados. Ser empreendedor e aventureiro são características reconhecidas.

- O Modelo Comunitário tem origem no conhecimento adquirido pelos grupos sociais. O foco de atenção é a própria pessoa nas suas relações sociais e os critérios chave, pertencerem ou estarem alienados a um grupo. O campo e especialidade são discussões e trabalho e autobiografias cujos agentes de acção são advogados e trabalhadores para a comunidade.

É um modelo emancipado que requer partilha e articulação na presença de um descontentamento social. Promove movimentos populares para acções directas comunitárias.

A cultura inerente é a de Cooperação, socialmente caracterizada por múltiplas matrizes de colaboração. Tem como virtudes a honestidade, sendo a falta de simpatia e de compreensão factores negativos.

A doutrina dominante é proteger as fronteiras da unidade grupal. Beattie, através da aplicação da Teoria de Douglas, adaptou a sua matriz com o intuito de identificar as bases culturais dos quatro Modelos de Saúde, definidos anteriormente.

A análise da matriz permite classificar as formas de pensar e os comportamentos adoptados, relativamente às mudanças ocorridas num contexto social.

Em termos de disputas estratégicas da saúde (mudanças organizacionais, culturais) poderá, ainda, identificar diferentes formas de valores institucionais e de interesses pessoais que, de uma forma ou de outra, moldam e definem as agendas de uma mudança.

Esta matriz tem como mérito o de ajudar a revelar as escolhas sociais (Beattie; 1993: 268) envolvidas nas diferentes concepções da saúde, revelando como estas escolhas (epistemológicas, políticas, éticas) reflectem

configurações fundamentais para uma moral económica. Ela levanta, de igual forma, questões relacionadas com a dedicação dos vários actores sociais à causa (saúde), revelando que as soluções estão relacionadas com preconceitos culturais.



FIGURA 1: Representação esquemática dos Modelos de Saúde de Beattie enquadrados na Teoria de Mary Douglas (Fonte: Beattie; 2003: 269).

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.1. PARADIGMAS E SISTEMAS DE SAÚDE

Os paradigmas de saúde pública conduzem a questões que “(...) *situam-se no cerne (...) das urgentíssimas redefinições necessárias de conceitos como qualidade de vida, autonomia do indivíduo, autodeterminação de grupos sociais, capacidades de escolha, decisão e exercício da vontade para operacionalização em prevenção-promoção da saúde*” (Carvalho, 1996: 120). A leitura da literatura especializada indica que questionar o modelo biomédico predominante ou retirar do contexto sócio-cultural as questões relativas ao desenvolvimento científico e tecnológico, entendidos como essenciais, não é suficiente. O objectivo é conceber e integrar o social e o cultural como dimensões importantes no processo de saúde/doença. É visualizar como o social e o biológico se transformam um no outro num processo *contínuum* de saúde, para que a prática assistencial curativa não seja o pilar que prevalece no sector da saúde. Para tal, é necessária uma mudança nos conceitos e nos métodos existentes numa prática direccionada, não para a clínica das pessoas, mas para a promoção da saúde das pessoas.

Este desencantamento técnico e ideológico atingem, não só, os profissionais de saúde mas, também, as populações.

Assim, as acções de saúde têm a responsabilidade de superar o modelo biomédico dominante, onde predominam as intervenções no adoecer, desvalorizando os aspectos psicossociais no processo saúde/doença. No modelo holístico, por sua vez, as oposições entre a prática clínica e a promoção da saúde são mantidas.

Alan Beattie (1993: 261) procura, através da aplicação do Modelo Grelha/Grupo de Douglas, adaptar paradigmas de saúde a predisposições sócio-político-culturais presentes na sociedade. A saúde é um conceito mutante na sociedade contemporânea. Como tal, segundo Gerhardt (1989) citado por Beattie (1993: 261), tem-se verificado uma tendência para uma mudança, a nível sociológico, dos paradigmas de saúde. Considerando este facto, podemos relacionar os conceitos de saúde, formulados pelas populações, como resultado de uma matriz construída, por vivências e

significados pessoais, ambos dependentes de processos de tomada de decisão e de negociação a um nível micro-social. No entanto, o paradigma actual é, por si só, insuficiente uma vez que negligencia o porquê das escolhas pessoais. Segundo Dawe (1970) citado por Beattie (1993: 261), a solução que se impõe é a mudança do paradigma actual para um que exerça alguma influência sobre as pessoas e sobre os seus interesses. Um que apresente uma abordagem sociológica, que identifique *aquilo* em que as pessoas acreditam e os mundos em que vivem.

Para Beattie, o cenário da saúde é construído através das múltiplas narrativas de saúde que povoam as ideologias e realidades das populações. Segundo Mills (1959) citado por Beattie (1993: 261) para compreender o interesse compulsivo das pessoas pelo retrato da saúde há que exercitar a imaginação social de cada um.

Enquadrar de forma conceptual as políticas actuais de promoção da saúde com os processos de comunicação é um desafio inerente à prática clínica. A evolução do conceito de saúde juntamente com a evolução tecnológica e científica no campo da medicina remete-nos para um paradoxo social. O conceito revolucionário trazido pelos novos paradigmas de saúde traduzem-se em formas de autonomia e *empowerment* do indivíduo, para que este seja responsável e capaz de tomar decisões, no que diz respeito à sua saúde.

Como tal, a informação contida nos folhetos de saúde, têm que ser fácil de digerir e os conteúdos devem apelar à responsabilidade de cada um. E, apesar da informação dever ser verdadeira não pode, por outro lado, ser avassaladora de forma a não transformar os conteúdos irrelevantes para quem os lê.

A Organização Mundial de Saúde, com a Declaração de Alma Ata e, posteriormente, com o Programa de Promoção da Saúde designado “Saúde para Todos no Século XXI”, vem catapultar para a ribalta os conceitos de autonomia e livre arbítrio.

O modelo de saúde e a política de gestão de educação à saúde estão em processo de mudança. Actualmente, a educação para a saúde envolve

acções educativas, a nível dos programas desenvolvidos pelas instituições e pelos serviços de saúde, na sua maior parte de carácter prescritivo, individualista e autoritário. O objectivo destes programas é criar uma mudança nos hábitos e nos estilos de vida idealizados pelas pessoas que parecem viver num mundo de fantasia regido por fadas e príncipes, cuja história tem como característica um final feliz. No entanto, atribuir às pessoas culpas por hábitos de vida pouco saudáveis, não me parece que seja a alternativa ideal para um meio-termo noutra história de saúde encantada.

As acções, ditas pedagógicas, adoptadas pelos serviços de saúde têm como características as de serem pontuais e focalizadas nas especificidades de cada intervenção, de cada programa. Assim, são desenvolvidas acções educativas para diabéticos, hipertensos, grávidas, cardíacos e outros, rotulando cada pessoa com um determinado grau de risco enquadrado na sua forma de viver.

As acções inerentes às práticas dos serviços de saúde, às intervenções feitas nas doenças e à sua prevenção visam, em última análise, a aplicação de um processo contínuo, com dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

Ao nível social, as questões problemáticas de saúde correlacionam-se com vários factores, nos quais se salientam, estilos de vida pouco saudáveis, um baixo nível económico e um modelo de saúde sócio-cultural impositivo e autocrático que deixa pouco espaço à reflexão e ao *empowerment* individual.

Actualmente, a maior parte das populações apresenta deficientes qualidades ao nível das condições de vida e de saúde, caracterizadas pelo desenvolvimento de uma sociedade cada vez mais tecnológica e capitalista. A instabilidade ao nível da economia global e local e as mudanças sociais são, também, outros aspectos de igual relevância na qualidade de vida das populações.

Apesar dos avanços adquiridos na medicina ao nível do conhecimento técnico e científico, da educação, com respectivos ganhos em saúde, verificam-se, ainda, doenças e problemas de saúde associados a estilos de vida pouco saudáveis. Todos estes factores exercem, em conjunto, um efeito

destabilizador no sistema político, social e económico da sociedade actual, ameaçando oportunidades às populações desenvolverem capacidades de autonomia e de responsabilidade, para que se tornem bem sucedidas, desenvolvendo o seu direito à cidadania plena. No entanto, verifica-se na generalidade das populações alguma falta de conhecimento e, por vezes, desinteresse sobre os seus direitos e deveres de cidadania na saúde. Algumas das vezes, pela falta de informação por parte dos serviços de saúde.

Em prol de uma saúde plena, com saberes contextualizados e claros é necessário capacitar as populações de poder de decisão. Cabe, por isso, à sociedade envolver as populações nos processos comunicativos de saúde, no sentido de lhes propiciar responsabilidade pela sua saúde, de lhes aumentar a consciência e a percepção colectiva dos cuidados a terem com a sua saúde (*advocacy*).

Para tal, é necessário que haja envolvimento, que haja um manifesto interesse das sociedades pelas pessoas e das pessoas pela *sua* sociedade. Estas e outras questões indicam a necessidade de uma formação adequada, não só ao nível das competências técnicas mas, também, para integrar no quotidiano das práticas de saúde, os vários actores sociais envolvidos na génese e na manutenção dos problemas de saúde/doença caracterizados por uma abordagem biologicista predominante.

A problemática saúde/doença, exige serviços de cuidados primários, que até ao presente – no caso do nosso país – têm sido insuficientes em relação às necessidades básicas da maioria das populações. É mandatária uma conjugação de acções de forma a dar resposta às necessidades encontradas no sector da saúde. O predomínio das práticas de saúde baseadas no modelo biomédico tem, como uma das consequências, uma visão estreita no que diz respeito às acções educativas de prevenção e promoção da saúde às populações, que devem ser articuladas com acções curativas.

O paradigma patogénico surge no desenvolvimento de ciências fundamentadas por crenças e que tem como objecto a saúde. A sua nomenclatura é de tal forma imponente que limita o próprio conceito de saúde

a uma mera ausência de doença associado à impossibilidade de um completo bem-estar. Neste paradigma o modelo biomédico predomina, dando ênfase ao disfuncional e anormal existente no campo da saúde. São focados conceitos relacionados com a etiologia da doença e gestão dos efeitos que esta provoca na pessoa. O tratamento e a prevenção são pilares na concepção deste modelo.

Dadas às limitações inerentes à sua estrutura teórica e perante a revolução do conhecimento no âmbito da investigação na saúde, torna-se necessário criar um novo conceito que permitisse a compreensão do binómio saúde e pessoa. Assim, surge o novo paradigma – salutogénico – que acentua as origens da saúde e do bem-estar. Os factores que mantêm o cidadão com a melhor saúde são fomentados por este paradigma.

Segundo a OMS (www.observaport.org), os objectivos do sistema de saúde podem ser resumidos em: *“mais saúde, melhor resposta em serviços de saúde, uma contribuição financeira socialmente mais justa para a saúde”*. No entanto, segundo o World Health Report de 2000 (www.observaport.org), o estado de saúde dos portugueses corresponde ao grau de desenvolvimento do País – *“(...) 29º entre 191 países em saúde (...); 27º em desenvolvimento entre os países do mundo”*. Relativamente à resposta em serviços de saúde, esta *“(...) está substancialmente abaixo do nível de desenvolvimento do país (38º entre 191 países), figurando entre os piores no que diz respeito aos países mais desenvolvidos (os primeiros 50)”*. A justiça da contribuição financeira está, ainda mais afastada dos valores considerados referência pelos países mais desenvolvidos – *“(...) 60º entre 191 países”*.

O SNS português integra uma rede de cuidados de saúde primários, cuidados continuados e cuidados secundários ou hospitalares. O desempenho do sistema, no entanto, não tem a articulação entre as redes para a qual foi concebido. Segundo dados do documento SPT (2004), *“(...) Portugal ficou classificado em 12º lugar no ranking global do desempenho dos sistemas de saúde (...). Apesar desta posição honrosa,*

comparativamente a outros países da OCDE, a despesa da saúde em Portugal peca por um elevado nível de recursos em relação ao PIB (...).

O desempenho em relação à equidade, eficiência, responsabilização e capacidade de resposta também ficam aquém do que seria de esperar.

A evolução das políticas de saúde (na década de 70 dirigidas para doenças específicas) introduziu novos conceitos nos cuidados primários, ideais do Sistema Nacional de Saúde, assim como, do desenvolvimento de princípios de promoção da saúde (anos 80-90). Nos finais dos anos 90, desenvolveram-se estratégias promotoras de saúde “Saúde: um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século” com diversas áreas de acção no sector da saúde.

O Programa Saúde XXI surgiu com o intuito de fornecer um contributo para o processo de reforma estrutural no sector da saúde, não deixando de ter em conta outras medidas pensadas pelo Governo. Segundo este documento (www.saudexxi.org), *“a sua arquitectura procura responder a necessidades existentes, congregando medidas para a resolução de problemas concretos, com significado no estado de saúde dos cidadãos e no funcionamento do sistema de saúde português”*. Com a leitura deste documento, pude verificar a ênfase dado à problemática da saúde pública. O Programa foca uma maior atenção em medidas de promoção, protecção e segurança na saúde, apoiando, de igual forma, a modernização dos serviços de saúde numa *“perspectiva da melhoria da qualidade e do aumento da eficiência dos cuidados prestados”*, (www.saudexxi.org).

Desenvolver os sistemas de informação e integrar a acção dos sistemas sociais e privados nas áreas mais carenciadas, são outras medidas incluídas no programa Saúde XXI.

Os objectivos estratégicos deste programa são:

- Obter ganhos em saúde
- Assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade

O programa Saúde XXI está estruturado em 3 Eixos Prioritários de actuação. Dentro do contexto do presente trabalho (a Diabetes), vou apenas

debruçar-me sobre o Eixo Prioritário I - Promover a saúde e prevenir a doença, com as seguintes medidas de actuação:

- Informação, promoção e defesa da saúde pública
- Áreas de actuação estratégica
- Assistência técnica

A primeira Medida - Informação, Promoção e Defesa da Saúde Pública, tem vários objectivos gerais dos quais, pela sua relevância ao tema, saliento *“Incrementar os processos de produção de informação e de monitorização do estado de saúde da população portuguesa; Desenvolver programas de promoção e prevenção dirigidos a situações específicas e a segmentos particulares da população; Dotar os serviços de saúde pública de meios que fortaleçam a sua capacidade de actuação no âmbito (...) da promoção da saúde (...)”*.

O programa salienta, ainda, o desenvolvimento de acções em variadas áreas críticas no que diz respeito à prevenção e à promoção da saúde, a maior parte das vezes resultantes de estilos de vida pouco saudáveis. Estas acções são determinantes para determinadas faixas da população que apresentam substanciais desvantagens ao nível socio-económico e cujo objectivo visa facilitar o seu acesso aos melhores cuidados de saúde disponíveis.

Segundo o documento Saúde XXI, na área da informação e promoção da saúde, os principais investimentos a realizar são, entre outros, *“(...) a promoção de saúde e a prestação de cuidados a grupos vulneráveis ou excluídos, bem como, o lançamento de actividades de promoção e divulgação em áreas-chave como a vacinação, o planeamento familiar, o uso de substâncias ilícitas e outras”*.

Já a segunda Medida - Áreas de Actuação Estratégica, saliento como objectivo geral o seguinte: *“Desenvolver programas especiais de intervenção dirigidos a situações patológicas particulares, visando ganhos de saúde, nomeadamente a redução da mortalidade e a melhoria da recuperação precoce (...)”*. Também, segundo este documento (www.saudexxi.org) *“esta medida vem dar resposta à necessidade de intervenção prioritária em*

doenças e situações de saúde para as quais se mantém a perspectiva de uma evolução favorável a mais longo prazo e se justifica algum investimento de carácter estratégico, com vista a limitar os efeitos negativos, através de uma actuação adequada na fase inicial da doença e do seu tratamento apropriado”.

As intervenções visam potenciar os ganhos de saúde através da redução da mortalidade ou do aparecimento de eventuais incapacidades prematuras causadas por doenças crónicas, dos quais a diabetes é um exemplo.

2.2. ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O PNS ocorre no âmbito de estratégias integradas de prevenção promovidas pela OMS que visam implementar redes e programas “(...) predominantemente orientados para a capacitação das pessoas para a adopção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde” (DGS; 2003). Dentro das linhas de desenvolvimento estratégico do referido plano de saúde, ocorre uma que, considerando a temática, decidi focar: “Os cidadãos, enquanto principais agentes do seu próprio desenvolvimento, deverão também ser chamados a participar, através da sua mobilização pessoal e/ou colectiva na concepção e desenvolvimento de acções tendentes a promover a saúde” (DGS; 2003).

Nas actividades a desenvolver a nível nacional, o PNS pressupõe a implementação de um programa com acções orientadas para a formação profissional e “(...) informação e educação para a saúde do grande público (...)”, nas quais o Plano Nacional de Controlo da Diabetes é um deles.

O PNS aborda nas actividades transversais (PNS; 2004: 69), a temática da informação e a sensibilização das populações para a adopção de estilos de vida saudáveis. Nesta secção é dado como objectivo a criação de um projecto “*Informar e educar para estilos de vida saudáveis*” no qual o enfoque é dirigido à motivação das populações através de programas audiovisuais, nos quais temas como a alimentação e a actividade física estão incluídos.

Também o PNS no Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida (DGS; 2003), tem como linhas de desenvolvimento estratégico acções que promovem parcerias entre os cidadãos e os organismos de poder local – “Os cidadão, enquanto principais agentes do seu próprio desenvolvimento, deverão também ser chamados a participar, através da sua mobilização pessoal e/ou colectiva na concepção e desenvolvimento de acções tendentes a promover a saúde” (DGS; 2003).

Os sistemas e os serviços de saúde são orientados por propostas que têm a sua origem na 27^a Assembleia Mundial de Saúde, promovida pela OMS em 1977 com o Programa “Saúde para Todos no Ano 2000” (www.observaport.org). Com o objectivo de cumprir a meta de SPT no ano 2000, realizou-se a Conferência de Alma Ata, em 1978, que atribuía à saúde um direito fundamental das populações e cujas orientações estratégicas se baseavam na Atenção Primária da Saúde a serem implementadas sob a forma de programas compostos por acções básicas.

Apesar do impacto causado pelas acções básicas desenvolvidas em Alma Ata, ainda falta muito para ser feito em termos de promoção de saúde.

O documento SPT no ano 2004 tem como medida estratégica a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Segundo o mesmo documento, a importância da promoção da saúde não é reconhecida nas acções dirigidas à prevenção primária e secundária. A promoção em saúde não deve ser uma estratégia pontual mas transversal. A OMS indica a estratégia de promoção da saúde como uma metodologia de escolha para o desenvolvimento de acções que estimulem mudanças nos estilos de vida das pessoas, nas condições ambientais e socio-económicas que determinam a saúde das populações (www.observaport.org).

A promoção em saúde é uma questão universal, reflectida na existência de diversas conferências que tratam das relações da vida das pessoas com o meio ambiente. Estas conferências representam uma preocupação global, tentando responder a problemas que põe em causa a equidade e a qualidade de vida. As conferências têm como resultado, dos debates e estudos efectuados, cartas e declarações com princípios de orientação que visam a formulação de estratégias de saúde permitindo corrigir injustiças e desigualdades sociais.

No âmbito da promoção da saúde existem 5 documentos fundamentais, cujos conceitos e linhas de acção determinam que a saúde é um processo que capacita as pessoas em controlarem os factores que influenciam o seu estado de saúde, envolvendo dimensões políticas e ambientais. São eles: a

Carta de Ottawa (1986), A Declaração de Adelaide (1988), a Declaração de Jakarta (1997) e a Declaração do México (2000).

- 1ª Conferência Internacional em Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 1986

Os debates de Ottawa tiveram como base a Declaração de Alma Ata para os Cuidados Primários de Saúde (1978). Esta 1ª Conferência introduziu um novo paradigma de saúde na metodologia existente, alternando de uma abordagem patogénica para uma, com conceitos mais positivos, de base salutogénica.

A promoção em saúde foi então constituída como o *“Novo Paradigma Mundial de Saúde Pública”* (Carta de Ottawa; 1986). Definiu-se Promoção da Saúde como um processo que fomenta nas pessoas capacidades em desenvolverem a sua autonomia e promoverem a sua saúde. Assim, a promoção da saúde deixou de ser apenas da responsabilidade dos organismos governamentais mas, também, dos próprios cidadãos na adopção de estilos de vida saudáveis.

Definidas como acções fundamentais para a promoção da saúde estão:

- Construir políticas públicas saudáveis
- Criar ambientes de suporte à saúde
- Promover o desenvolvimento de capacidades nas pessoas
- Reorientar os serviços de saúde
- Orientar as acções para uma estratégia de futuro

- 2ª Conferência Internacional em Promoção da Saúde, Adelaide, Austrália, 1988

Evoluindo de Alma Ata e Ottawa, a Conferência de Adelaide reafirmou a justiça social e a equidade como pré-requisitos essenciais à saúde, envolvendo nas suas acções o compromisso político no sector da saúde.

Como áreas fundamentais de acção estão:

- Construir políticas públicas saudáveis
- Criação de ambientes de suporte à saúde
- Desenvolvimento de competências pessoais

- Reforçar a acção comunitária
- Reorientar os serviços de saúde

A acção comunitária surge como um factor fundamental para a Promoção da Saúde.

- 3ª Conferência Internacional em Promoção da Saúde, Sundsvall, Suécia, 1991

Esta Conferência surge em consequência do compromisso da OMS e do Programa SPT no ano 2000 que concluía que a saúde não pode ser dissociada do ambiente e do desenvolvimento humano. O tema central destes debates foca o desenvolvimento sustentável na saúde e no meio ambiente.

O *empowerment* surge como estratégia e motor na promoção da saúde. Como estratégias de acção estão:

- A equidade como prioridade básica na criação de ambientes de suporte, incluindo todos os cidadãos
- As acções públicas devem reconhecer interdependência dos cidadãos para haver ambientes de suporte e fazer uma gestão eficaz de todos os recursos naturais tendo em consideração as necessidades das gerações futuras

4ª Conferência Internacional em Promoção da Saúde, Jakarta, Indonésia, 1997

Esta foi a primeira Conferência a ser realizada num país em desenvolvimento e que envolveu a participação do sector privado no apoio à promoção da saúde. Reflectiu e re-examinou estratégias de saúde para o século XXI.

Assim, como prioridades de acção estão:

- Promover a responsabilidade social para a saúde
- Aumentar os investimentos para o desenvolvimento da saúde
- Consolidar e expandir parcerias para a saúde
- Aumentar a capacidade comunitária e o *empowerment* do indivíduo

- Garantir uma infra-estrutura para a Promoção da Saúde

5ª Conferência Internacional em Promoção da Saúde, México, 2000

Esta Conferência teve como objectivo analisar os efeitos das estratégias de promoção da saúde na melhoria da qualidade de vida das populações que vivem em condições adversas. A principal acção estratégica é partir das ideias para as acções, tendo em vista a equidade e dando prioridade à saúde nas agendas políticas.

2.3. EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

“ *A educação para a saúde tem-se concentrado prioritariamente na mudança do comportamento individual ou de factores intrapessoais como as atitudes ou as crenças, julgados determinantes do comportamento, a fim de promover um melhor estado de saúde.*” (Bennett e Murphy, 1999: xi).

Segundo Green e Iverson (1982), citados por estes autores (1999: xi), o conceito de educação para a saúde é definido como “ *uma combinação de experiências de aprendizagem destinadas a facilitar a adopção voluntária de comportamentos conducentes à saúde.*”. Em contraste, a definição de promoção da saúde já engloba vertentes económicas, ambientais e sociais. O conceito defende que lado a lado com os comportamentos deverão estar apoios das estruturas que compõe a sociedade. Assim, segundo Green e Iverson (1982), a promoção em saúde será a “ *(...) combinação entre a educação para a saúde e apoios relacionados, organizacionais, económicos e ambientais, de comportamentos conducentes à saúde.*” (Bennett e Murphy, 1999: xii).

Segundo Caplan (1993), estes conceitos têm por base duas perspectivas teóricas sobre a saúde: a *regulacionista social* e a *estruturalista radical* (Bennett e Murphy, 1999: xii). A perspectiva da regulação social apregoa que a sociedade possui estruturas que a sustentam e regulam, mantendo ao nível dos cidadãos o poder de lhes atribuir equidade nos acessos à saúde. Logo, a sociedade tem como objectivo o de modificar as percepções e os comportamentos individuais necessários ao exercício de uma saúde “saudável”. Do ponto de vista da estrutura radical, a “má” saúde deriva da instabilidade e desigualdade do poder na sociedade. A distribuição de recursos e a organização da própria saúde na sociedade são factores fundamentais para uma mudança dos objectivos de promoção da saúde. Inerente ao processo de educação para a saúde está o conceito de “*culpabilização da vítima*”. Segundo Ryan (1976) e Crawford (1977) citados por (Bennett e Murphy, 1999: xii), esta abordagem de culpabilização constitui um perigo na educação das populações para a sua saúde.

A promoção da saúde é o resultado da convergência de várias disciplinas e conhecimentos. De entre várias, a Psicologia contribuiu para a prática da promoção da saúde. Segundo Bunton e MacDonald (1992) citados por (Bennett e Murphy, 1999: xiii), foi a teoria psicológica que solidificou o desenvolvimento de um dos mais importantes programas de promoção da saúde, apesar de que a maior parte da promoção da saúde permanecer “(...) *sem teoria que a sustente* (...)” ou utilizar uma “(...) *teoria psicológica inadequada* (...)”.

Os estilos de vida estão na génese de alguns problemas associados à saúde. Erros na alimentação, excesso de peso e falta de actividade física são opções individuais de saúde que estão relacionadas com algumas destas doenças, nomeadamente a Diabetes.

A saúde necessita de ser repensada sob a forma de participação social. Ou seja, compreender que as práticas educativas só podem existir se na sua estratégia de acção, o indivíduo for considerado como um actor social activo, com plenos poderes e liberdade de decisão no seu projecto de vida. Para que esta visão ocorra de facto, as práticas educativas dirigidas às populações devem partilhar os saberes científicos com os saberes sociais e culturais de cada um, potencializando, dessa forma, o protagonismo da pessoa e do grupo.

Qual o modelo de saúde mais indicado a ser adoptado pelas políticas de acção do Ministério? Um com uma lógica de acção centrada na doença, ou noutro baseado em acções de promoção de saúde? Pessoalmente, a ideia de modelos compartimentados, assistenciais ou holísticos, não me parece ideal. Se pretendemos cumprir metas de equidade e integração, de participação informada na saúde, não podem co-existir momentos de assistência e outros de promoção. Há que fomentar a integração de referências teóricas, tendo em conta as tecnologias existentes, com outras holísticas, que considerem as dimensões culturais e sociais de cada um.

A promoção da saúde deve ser encarada como uma dimensão permanente e contínua e não, apenas, num momento cronologicamente anterior ao processo de doença em que a educação para a saúde é a única

estratégia tida em conta na política de saúde. A conjugação das duas deve ser fundamental, em que a promoção da saúde é vista como uma forma de pensar e fazer a saúde na qual a autonomia e o contexto sócio-político-cultural das pessoas são factores inerentes a um modo de vida saudável.

Acredito que ao comunicarmos em saúde, no sentido de participação e integração das populações, é possível atingir um compromisso entre os princípios e os valores das populações e a prática assistencial presente no quotidiano de cada profissional de saúde.

2.4. DIABETES TIPO 2 E A NOVA EPIDEMIA DO SÉC.XXI

Por diabetes *mellitus* entende-se um conjunto de síndromas caracterizados pela presença de hiperglicémia nos quais se encontra um metabolismo glucídico alterado, nos quais se detecta uma insuficiência absoluta ou relativa da secreção de insulina (insulinodeficiência) juntamente com uma resistência periférica, em graus variados, à acção da insulina (insulinoresistência) (American Diabetes Association; 2006).

Na Europa mais de 80% dos diabéticos sofrem de diabetes do tipo 2, cerca de 10 % de diabetes do tipo 1 e os restantes de outras causas da doença.

A diabetes do tipo 1 caracteriza-se pela destruição (habitualmente auto-imune) das células beta das insulas de Langerhans o que conduz a uma deficiência absoluta na secreção de insulina.

A diabetes do tipo 2 caracteriza-se pela coexistência, em graus variados, de insulinodeficiência e insulinoresistência. Ocasionalmente a distinção entre diabetes do tipo 1 e 2 é difícil (diabetes de tipo indeterminado).

Outros tipos de diabetes incluem alterações genéticas no metabolismo das células beta ou no receptor da insulina, patologia pancreática exócrina, endocrinopatias, ingestão de substâncias químicas ou uso de medicamentos, infecções virais e a diabetes gestacional.

As causas mais importantes de morbilidade e de mortalidade entre os diabéticos reside nas complicações crónicas da doença quer estas sejam macrovasculares (ateroscleróticas) ou microvasculares (retinopatia, neuropatia e nefropatia). Com os meios terapêuticos disponíveis é possível retardar, mas não suspender, a progressão destas complicações. As suas consequências (enfartes de miocárdio, AVC's, insuficiência renal crónica, cegueira,...) representam um dos mais elevados custos, directos e indirectos, a suportar pelos serviços de saúde.

Apesar de um aumento na esperança de vida da população portuguesa, esta permanece, ainda, abaixo dos valores médios da União Europeia. No entanto, segundo os dados de 1999 da OMS, a esperança de vida à nascença era de 78,37 anos na União Europeia e de 75,52 anos em

Portugal (WHO, *Health For All Database*, 2003). Também, segundo o Observatório Português do Sistema de Saúde (2003) *“Os indicadores da saúde infantil, apesar de terem tido uma melhoria desde o início dos anos 60, sofreram uma redução dramática desde a revolução de 1974 e estão agora perto das médias europeias”*.

O estado da saúde dos portugueses melhorou ao longo dos anos, estando associado a um aumento dos recursos, dos cuidados de saúde e, também, a uma melhoria nas condições socio-económicas. No entanto, apesar desta melhoria as desigualdades, as iniquidades existentes fornecem variações nos indicadores de saúde.

Inserida no âmbito das doenças crónicas não transmissíveis está, entre outras, a diabetes *mellitus* constituindo, actualmente, a principal causa de morbilidade e de mortalidade nas sociedades desenvolvidas (DGS; 2003). Estas doenças são, de igual modo, responsáveis por um aumento nos consumos de serviços de saúde com repercussão na qualidade de vida. Segundo o European Health Report de 2002 da OMS (DGS; 2003), o internamento hospitalar, o consumo de medicamentos e o uso de meios complementares de diagnóstico representaram, no ano de 2002, *“(...) cerca de 75% da carga da doença”*.

A diabetes tem vindo a ver um aumento na percentagem da mortalidade, de 6,2% a 7,6% de 1997 a 2001 (DGS, 2003). Também e segundo o OPSS (2003) *“A população portuguesa caracteriza-se por ter um elevado índice de consumo de álcool, um baixo índice de prática exercício físico e por mudar rapidamente de hábitos alimentares (apesar do consumo de vegetais e fruta ser o mais alto da Europa e o consumo de gorduras ser o mais baixo)”* (WHO, *The European Health Report* 2003).

“Por estilos de vida saudáveis, podemos entender as formas de vida baseadas em padrões identificáveis de comportamento, determinados pela interacção entre as características individuais e as condições sociais, económicas e ambientais, que contribuem para promover a saúde e evitar a doença” (PNS; 2004: 28).

Os comportamentos relacionados com a alimentação e a actividade física têm influência nos *outcomes* da diabetes. Segundo dados colhidos (PNS; 2004 e OMS; 2004), os comportamentos alimentares caracterizados por um aumento significativo no consumo excessivo de gorduras saturadas, de sal e de açúcar associado à baixa ingestão de frutos e vegetais, assim como, um aumento do nível de calorias na alimentação, contribuem, nas populações jovens, para o aparecimento de problemas associados à diabetes.

Não é sem razão que a OMS alerta para a nova epidemia do século XXI – a obesidade (WHO; 2003). Segundo a OMS (WHO; 2003), em mil milhões de adultos com excesso de peso, 300 milhões deles são obesos. Ambos os factores, excesso de peso e obesidade, implicam um aumento de risco para as doenças crónicas, no qual se inclui a diabetes do tipo 2. Segundo a mesma fonte, a obesidade infantil é actualmente considerada uma epidemia, estimando-se que 22 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade têm excesso de peso no mundo inteiro.

O excesso de peso e a obesidade são factores que conduzem a alterações metabólicas nas quais se incluem, entre outras, a resistência à insulina que se associa a problemas como a diabetes tipo 2.

Segundo dados da OMS (WHO; 2003), cerca de 85% da população diabética é do tipo 2 e destes 90% são obesos ou têm excesso de peso. No relatório “World Health Report 2002” verificou-se que 58% da população mundial tinha Diabetes.

Em Portugal, segundo fontes do INE (1998/99), a prevalência da diabetes em 48% da população portuguesa inquirida é de 5,3%. Segundo dados do PNS (2004: 29), “Portugal é dos países da UE com os níveis mais elevados de *sedentarismo*”. A nova cultura da televisão e dos jogos de computador vieram deitar por terra os esforços da OMS e do PNS para promoverem como constituintes de uma vida saudável a prática do desporto ou de lazeres *outdoor*. Parece que hoje em dia, o conceito de socialização das famílias está em sentar-se com os filhos em frente à caixinha de emoções com tabuleiros, a comerem *fast food* e pipocas. Sendo a família “(...) *um núcleo fundamental da actuação quando se pretendem promover estilos de vida saudáveis*”

(PNS;2004: 33), é necessário criar planos estratégicos de actuação ao nível dos padrões comportamentais. Para isso, temos de nos certificar que os elementos responsáveis pela formação das populações estão dotados de competências de comunicação.

Segundo a OMS (WHO/FAO; 2003), “(...) *a promoção de estilos de vida saudáveis, ao longo do ciclo de vida (...) é actualmente a estratégia mais custo-efectiva e sustentável para prevenir a maioria das doenças crónicas, primeira causa de peso nas sociedades desenvolvidas*”. Nos estilos de vida subentendem-se comportamentos e atitudes que caracterizam o dia-a-dia das pessoas como resposta às situações sociais que se lhes deparam. São estes comportamentos que obrigam à “(...) *implementação de estratégias de promoção da saúde, multissetoriais e multidisciplinares, compreensivas, diversificadas, continuadas e sujeitas a avaliação*” (PNS; 2004: 60).

II ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A investigação mais adequada a este tipo de estudo é a de carácter exploratório, qualitativo e descritivo, pois o objectivo é captar a mensagem veiculada pelos folhetos de promoção da saúde dirigidos aos diabéticos, assim como, as percepções de alguns profissionais de saúde responsáveis na elaboração dessas mesmas formas de comunicação. Segundo Strauss, citado por Tang, K.C.; Ehsani, J.P.; McQueen, D.V.(2003: 843), *“the use of qualitative methods will help acquire a better understanding of the meaning of a concept and dissect the complexity of interactions.”*

Segundo Erikson (1992), citado por Vala (1989), as metodologias qualitativas permitem conhecer os significados dados pelos indivíduos aos acontecimentos.

Para realizar a fundamentação teórica deste estudo qualitativo efectuei a pesquisa bibliográfica através de livros e artigos da temática em questão, assim como algumas publicações electrónicas.

O objectivo geral que delineei é:

- Determinar a cultura e modelo de promoção da saúde inerente às estratégias de comunicação escritas utilizadas pela APDP, nos folhetos de informação ao diabético

Os objectivos específicos são:

- Descrever o modelo de saúde dominante existente em cada uma das temáticas abordadas pelos folhetos de informação dirigidos aos diabéticos.
- Descrever o processo de produção dos folhetos de informação aos diabéticos na APDP.
- Identificar a tipologia das equipas, os contributos e processos de tomada de decisão responsáveis na elaboração dos folhetos de informação aos diabéticos.

- Relacionar as codificações existentes nos folhetos de informação aos diabéticos com os contributos inseridos pelas equipas de produção da APDP.
- Produzir recomendações para adequar a informação às populações para que estas, mais tarde, sejam motivadas a modificar comportamentos nocivos à qualidade da sua saúde.

2. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Os modelos de saúde e as políticas de gestão da educação para a saúde estão em constante mutação. No entanto, apesar das pessoas compreenderem, cada vez mais a importância da educação para a saúde, as estratégias de promoção da saúde parecem não obter a eficácia almejada.

A existência da promoção em saúde é intrínseca às relações entre a vida das pessoas e ao ambiente que as rodeia. Estas relações representam as tendências globais e as mutações sociais que ocorrem actualmente, assim como, tentam dar resposta a princípios de equidade e de qualidade de vida. Qualquer projecto de saúde, daí resultante, procura uma nova forma de pensar e produzir com o objectivo final da melhoria da qualidade de vida das populações.

Desde 1986, foram várias as estratégias para a saúde propostas em conferências internacionais sobre a promoção da saúde. No entanto, a formulação e a implementação de políticas de saúde continuam aquém no processo de valorização da promoção da saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida das populações. A OMS apresenta documentos que orientam as políticas de saúde e capacitam o cidadão de processos de tomadas de decisão no que diz respeito à sua saúde. A prevenção, a promoção e a educação em saúde pública, são fundamentais para a qualidade da saúde dos cidadãos. Assim, é fundamental capacitar o profissional de saúde de estratégias eficazes para poder gerir, com humanização, a saúde daqueles que assiste.

Como se podem desencadear processos de mudanças ideológicas, políticas e conceituais se o próprio cidadão não tem, muitas vezes, consciência que o seu maior exercício de cidadania e democracia está em saber que TEM direito a uma vida saudável e DEVE, por isso, construir a sua qualidade de vida através de práticas de promoção da saúde?

Se por um lado, as estratégias de promoção da saúde, preconizadas pelas declarações e conferências internacionais, visam uma orientação holística tendo em conta as diversidades sociais, por outro lado, as políticas e as práticas das organizações de saúde têm como objectivos tratar e prevenir

a doença, sendo esta uma orientação mais educacional. Pode-se dizer que os programas de educação para a saúde desenvolvidos vêem a vida seccionada: cuidados na doença e prevenção na saúde. Poderemos, então, dizer que a promoção da saúde se desenvolve através duma matriz formada por dois paradigmas – holístico e biomédico?

Poderemos pensar em eficácia se os próprios paradigmas de promoção da saúde comunicam de forma distinta?

Segundo Ferreira da Silva (2002: 24), o novo conceito de saúde não implica apenas acções individuais (comportamentos saudáveis), nem mesmo colectivos (acessibilidade aos serviços de saúde), mas uma relação íntima com o desenvolvimento sócio-económico e qualidade de vidas das sociedades. As pessoas são a essência das actividades em saúde. As organizações de saúde (OMS, etc) foram criadas com o intuito de servir as populações, de satisfazer as necessidades das populações, de garantir o seu bem-estar e de promover as relações entre as pessoas.

A capacidade de comunicar é um alicerce na prática da saúde. Sem a comunicação com as populações é impossível obter resultados positivos. A sua importância não se baseia apenas no diálogo com e entre as pessoas, mas em ser o requisito fundamental para a optimização da qualidade dos cuidados. Como tal, a comunicação deve fazer parte de um novo paradigma de promoção da saúde envolvendo uma abordagem transdisciplinar (ciências naturais, humanas e sociais), numa área em que a comunicação, a prática e a teoria são indissociáveis.

O conceito de promoção da saúde sempre me fascinou. Paradigmas, modelos e estratégias para a sua orientação e consecução, no entanto, com tão pouco impacto nos comportamentos e estilos de vida das populações. A meu ver, a dimensão de promoção da saúde deve basear-se num modelo que considere as mudanças de comportamentos dos indivíduos, que analise os comportamentos relacionados com os factores de risco que afectam relações e condições de vida diárias. Assim, a leitura do capítulo de Alan Beattie (1993) despertou-me para um modelo nele incluso. Um modelo com vertentes políticas, sociais, culturais e emocionais. O desafio estava lançado.

3. O MÉTODO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

As formas de comunicação escrita seleccionadas (folhetos), assim como, as respostas das entrevistas em profundidade, são analisadas através da técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é um instrumento que permite o tratamento da linguagem transmitida na comunicação traduzida pela expressão de comportamentos, culturas e identidades dos sujeitos. Segundo Cartwright (1953), citado por Carmo e Ferreira (1998: 251) a *“análise de conteúdo, para além do conteúdo manifesto da comunicação, estende-se a todo o comportamento simbólico”*.

As ideias, as opiniões e, uma grande parte, do comportamento das pessoas são expressos através da forma verbal ou escrita.

Com a análise de conteúdo é possível obter informações resumidas e organizadas, de forma a se proceder a uma análise em profundidade de cada expressão específica de uma pessoa ou de um grupo.

Segundo Weber (1990: 9), a análise de conteúdo permite observar motivos de satisfação, insatisfação, opiniões subentendidas e a natureza dos problemas através do estudo das várias formas de comunicação. Este tipo de análise compreende um método de observação indirecto, em que a expressão verbal ou escrita do sujeito apresenta uma diversidade e riqueza nos modos de expressão.

Assim, podemos dizer que através da análise de conteúdo podemos analisar as “entrelinhas” do discurso das pessoas. *“A análise de conteúdo é aplicável a qualquer tipo de comunicação”* Bardin (1979:39).

A linguagem é considerada como um instrumento preciso, utilizado na descodificação de significados específicos, integrados num texto. Considerando o texto como um “recipiente” de informação verificamos que, uma vez desmembrado, ele fornece ao investigador o significado e o sentido extraídos do mesmo. Às significações identificadas podemos inferir o que se quis dizer numa determinada situação tendo apenas como base o que foi dito. Na análise de conteúdo, a *“comunicação é vista como um transporte de significações de um emissor para um receptor”* Bardin (1979:39).

Ainda segundo este autor (1979: 49), a análise de conteúdo pretende, a partir de traços formais linguísticos e da sua frequência ou co-ocorrência, derivar directamente de dados de ordem psicológica, sociológica, política ou outra. O procedimento utilizado pela análise de conteúdo parte da descrição das características do texto para a inferência relativa às condições de produção (causas ou antecedentes das mensagens) ou às condições de recepção (possíveis efeitos das mensagens).

A análise de conteúdo tem sido definida como uma técnica sistemática e replicável cujo objectivo consiste em “comprimir” uma enorme quantidade de palavras existentes no texto em poucas categorias baseadas em regras específicas de codificação (Berelson, 1952; Weber, 1990). A análise de conteúdo permite aos investigadores “navegar” entre inúmeros dados com relativa facilidade de uma forma sistemática. Pode ser uma técnica útil uma vez que nos permite descobrir e descrever o foco de atenção de indivíduos, grupos, instituições e, até, da sociedade (Weber, 1990). Permite, de igual forma, fazer inferências que podem ser corroboradas através do uso de outros métodos de análise de dados.

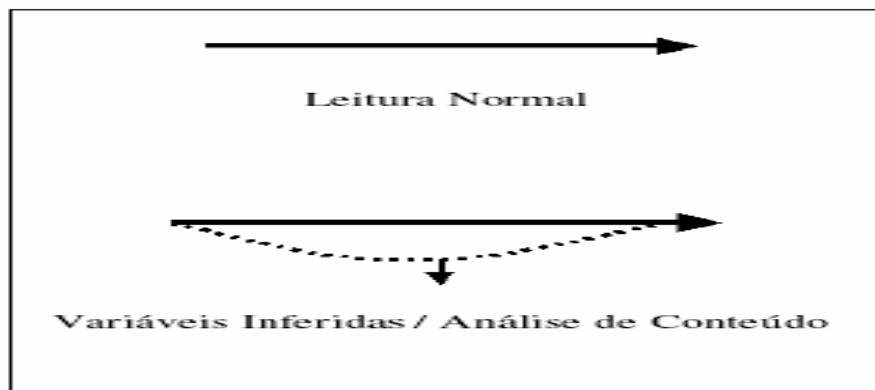


FIGURA 2: Representação Esquemática da Análise de Conteúdo (Fonte: Bardin; 1996: 46)

O objectivo da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção com a ajuda de indicadores. O investigador trabalha os dados através da sua exploração. Parte-se de dados qualitativos – fazendo-se um agrupamento quantitativo – para a análise qualitativa novamente.

Bardin (1977) salienta que a análise de conteúdo não deve ser apenas utilizada para a descrição do conteúdo das mensagens, uma vez que a sua principal finalidade é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção com a ajuda de indicadores.

Na análise de conteúdo ocorre uma dedução através da leitura e compreensão das mensagens. Os factos, deduzidos de forma lógica através de indicadores, permitem tirar conclusões, obter novas informações e, até, completar conhecimentos através da observação detalhada dos dados.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo tem como mais valias o ultrapassar de incertezas e o enriquecimento da leitura. Logo, é um método que visa a procura de informação. A análise de conteúdo é muito mais do que uma simples contagem de palavras. No entanto, o que torna esta técnica particularmente rica e significativa é a sua fiabilidade no processo de codificação e categorização.

Toda a análise de conteúdo deve seguir uma série de etapas precisas, que se iniciam pela definição do universo a estudar, delimitando e definindo claramente a população em estudo.

Uma vez definida a população, inicia-se o processo de categorização, ou seja, determinar quais as dimensões a serem analisadas. Estas definem a matriz da análise e são determinadas em função das necessidades de informação a analisar.

A categorização é uma etapa delicada, que envolve um processo de redução do texto, no qual palavras e frases são transformadas em categorias. Neste estudo a codificação das categorias foi feita *a priori*. As categorias foram estabelecidas antes da análise dos dados e baseadas na teoria “*Cultural Bias*” ou Grelha-Grupo de Mary Douglas, aplicada aos modelos de saúde de Alan Beattie.

Segundo Bardin (1996) e Weber (1990), as categorias devem ser exaustivas (percorrer todo o texto), exclusivas (os mesmos elementos não podem pertencer a várias categorias), objectivas (devem ser claras de modo

a permitir o seu uso por outros investigadores no mesmo texto) e pertinentes (em relação aos objectivos traçados e o conteúdo analisado).

A etapa seguinte é a escolha das unidades de análise. A definição das unidades de análise é uma das etapas mais importantes no percurso de uma análise de conteúdo, uma vez que fornece uma base para uma codificação fiel do texto em estudo. Assim, nesta análise adoptei a frase² para a codificação e quantificação da comunicação explícita quer nos folhetos, dirigidos aos diabéticos, quer na transcrição das entrevistas gravadas aos especialistas na área.

Tendo em vista uma análise da comunicação expressa nos folhetos com base na Teoria Grelha/Grupo de Mary Douglas e aos modelos de saúde – Biopatológico, Ecológico, Biográfico, Comunitário - as dimensões de cada um destes foram classificadas como categorias de análise: Cultura de Subordinação, de Controlo, de Individualismo e de Cooperação; Foco de Atenção Individual e Colectivo; Corrente de Pensamento Mecanicista e Humanista; Ideologia Paternalista e Participativa. À frase foi atribuída a unidade de contexto.

² Unidade mínima de comunicação; unidade linguística cujo núcleo é predicado verbal que pode ou não combinar-se com outros constituintes frásicos (complementos e sujeito) de acordo com as regras de sintaxe. (Dicionário Texto Editora On-line; 2005).

4. RECOLHA DE DADOS

A recolha dos folhetos de informação à população foi efectuada durante Março 2005. As instituições visitadas foram a DGS e a APDP. No entanto, visto que a informação encontrada aborda com maior frequência a temática da diabetes, foram estes os seleccionados para a pesquisa.

Com vista à análise das percepções e opiniões de alguns dos responsáveis pelas mensagens contidas nos folhetos de promoção da saúde ao diabético, elaborei um guião para a realização de entrevistas em profundidade a elementos das equipas de produção/ organização dos folhetos, pois, *“(...) apresenta ainda um grau de liberdade no diálogo e profundidade na forma da abordagem temática por parte do entrevistado (...)”* (Carmo e Ferreira, 1998: 130). O inquérito foi validado com um pré-teste realizado a dois médicos especialistas na área.

A amostra seleccionada foi não-probabilística de conveniência. Foram inquiridos 3 médicos com a especialidade de Endocrinologia a exercerem funções num meio especializado na educação e tratamento do diabético.

Todas as entrevistas foram realizadas na APDP, no gabinete de trabalho de cada um dos profissionais, à porta fechada, para manter a privacidade e o anonimato. Durante a sua realização, estiveram apenas presentes o entrevistador e o entrevistado. A gravação das entrevistas foi feita com o consentimento oral dos entrevistados. As entrevistas, estruturadas e individuais, demoraram em média 20 a 30 minutos, foram gravadas, transcritas e, posteriormente, sujeitas ao método da análise de conteúdo. Antes da realização das entrevistas foi feito um contacto telefónico, para a direcção clínica da APDP, onde solicitei o pedido de colaboração em consideração aos objectivos do estudo inserido no âmbito do mestrado em Comunicação em Saúde.

O *corpus* da análise de conteúdo é constituído pelos 21 folhetos de informação ao diabético e por 3 entrevistas. As categorias foram definidas e quantificadas, para perceber qual o tipo e comunicação envolvida num diálogo entre o diabético e o seu médico e a exposta, na forma escrita, nos folhetos dirigidos aos diabéticos.

O capítulo da metodologia fundamenta a organização dos dados, articulando-os com as categorias teóricas resultantes da análise da literatura e dos documentos, assim como, com as categorias retiradas da análise de conteúdo.

5. REGRAS DE DECISÃO PARA ANÁLISE

- Palavras de definição de doenças, contextos técnicos de saúde, quadro clínico de uma doença (fisiopatologia, sintomatologia, evolução da doença, tratamento, prognóstico) foram inseridas no modelo de saúde Biopatológico.

- Na presença de termos que tivessem em consideração as temáticas da promoção da saúde, educação da saúde e prevenção da doença, decidi incluí-los no modelo de saúde Ecológico.

- Conceito de responsabilidade individual/ social do sujeito, de imagens pessoais/ auto-estima, de autonomia ou *empowerment* nas suas acções de saúde e de motivação pessoal para mudar estilos de vida optei por atribuí-las ao modelo de saúde Biográfico.

- Conceitos de colaboração em acções de promoção e educação na saúde, na responsabilidade social, na qualidade de vida das populações, na socialização do indivíduo e nos problemas de saúde pública da sociedade, decidi encaixar no modelo de saúde Comunitário.

- Palavras como deve/devia, ou outra cujo significado esteja implícito uma sugestão, recomendação ou aconselhamento (pressuposto para ensino/educação) considerei que pertencia à categoria de Cultura de Controlo pois, de acordo com o modelo de Douglas, esta dimensão tem como pressuposto o ensino, a educação para a saúde das populações.

- O uso da forma verbal imperativa, palavras de autoritarismo, sugestivas de ordem ou de uma obrigatoriedade na acção, faça/tem de/não pode, atribuí à categoria de Cultura de Subordinação, uma vez que, segundo o modelo de Douglas, está subentendida uma falta de poder de decisão por parte do indivíduo, falta de *empowerment*, ou seja, não é facultada ao doente qualquer tipo de autonomia.

- As palavras características de terminologia técnica (ex. HTA/ Hemoglobina A_{1c}/plasma venoso) decidi incluí-las na categoria Corrente de Pensamento Mecanicista, visto que no modelo adoptado, está implícito o seguimento de regras e normas impostas.

- Palavras sugestivas da participação de indivíduos ou do envolvimento de uma unidade grupal em determinada acção associem à categoria Ideologia Participativa.

A distinção que fiz para inserir determinada frase numa ou noutra subcategoria recaiu no tipo de cultura e características do modelo presentes no conteúdo frásico (ex. se estão descritas atitudes/comportamentos individualista/"egoísta" ou atitudes englobadas num grupo).

De uma forma mais esquemática, junto às características, atribuídas pela autora do modelo, de cada uma das dimensões as regras de decisão para análise do conteúdo dos folhetos seleccionados e das entrevistas efectuadas.

Assim, temos:

Modelo de Saúde Biopatológico:

- Cultura de Subordinação: são utilizadas expressões de autoritarismo, directivas, de carácter impositivo; está subjacente no contexto uma ordem.
- Foco de Atenção Individual: são manifestadas opiniões pessoais sobre o binómio saúde-doença; há focalização na dicotomia saúde-doença; centralização na pessoa; a motivação e competição individuais são dominantes; motivação para atitudes pessoais com influência na saúde.
- Corrente de Pensamento Mecanicista: encontram-se definições rigorosas no contexto da saúde; uso de terminologia técnica; são atribuídos valores; há um elevado sentido de regras sociais; elevado formalismo na acção.
- Ideologia Paternalista: reduzido poder de tomada de decisão; autonomia baixa; atitudes paternalistas perante o sujeito (raia o gozo); sempre que são usadas expressões patentes na própria definição (ex. paternalismo...).

Modelo de Saúde Ecológico:

- Cultura de Controlo: estão patentes acções de ensino, educação, aconselhamento para a saúde; a acção é sugerida como opção saudável de escolha; promove acções de educação e promoção de saúde; sempre

que são usadas expressões patentes na própria definição (ex. controlo, controlar...).

- Foco de Atenção Colectivo: forte sensação de pertença grupal; descentralização do indivíduo; elevado grau de interacção grupal; acções com objectivo de educar; participação de acções em grupo; há um carácter educativo mas de uma forma mais geral, mais dirigido às populações com uma linguagem mais acessível e clara; é considerado a eficácia da comunicação na transmissão dos conhecimentos.
- Corrente de Pensamento Mecanicista: segue regras sociais para dirigir a sua conduta; são utilizados termos de saúde mas, mais aproximados dos conhecimentos da população; há uma abordagem educativa.
- Ideologia Paternalista: ensino de carácter paternalista.

Modelo de Saúde Biográfico:

- Cultura de Individualismo: o indivíduo é considerado como sujeito único da acção; está inerente a responsabilidade dos seus actos individuais.
- Foco de Atenção Individual: centralização no indivíduo; reduzida coesão social.
- Corrente de Pensamento Humanista: valores sociais negociáveis; baixa formalidade; há consideração pela “envolvência”.
- Ideologia Participativa: elevado poder na tomada de decisão; há autonomia na acção; as atitudes e os estilos de vida são da responsabilidade do sujeito.

Modelo de Saúde Comunitário:

- Cultura de Cooperação: sensibilização, preocupação pelas situações de saúde do sujeito.
- Foco de Atenção Colectivo: descritivo de acções de profissionais de saúde; promotor de prevenção da saúde.
- Corrente de Pensamento Humanista: tem em consideração o bem-estar; promove um estilo de vida “normal”, sem a doença, ao sujeito; promove a qualidade de vida.

- Ideologia Participativa: há autonomia do sujeito mas é dada ênfase na responsabilidade social.

O resultado da análise de conteúdo efectuado aos folhetos seleccionados e nas entrevistas aos profissionais de saúde são apresentados nas páginas seguintes.

III RESULTADOS DA PESQUISA

1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise de conteúdo dos folhetos permite uma avaliação sistematizada do conteúdo manifesto por cada resposta, ou seja, permite que o "diz o quê" do processo comunicacional fique claro e esquematizado, para que se estabeleçam inferências sobre o modelo utilizado na elaboração de folhetos para os diabéticos e no diálogo estabelecido entre médico e doente.

A leitura e interpretação dos modelos de saúde de Beattie (1993) e da Teoria *Cultural Bias* de Douglas (1996 [1970]), permitiu-me distinguir *à priori* categorias patentes aos modelos de saúde em estudo.

O resultado da análise de conteúdo dos folhetos recolhidos e das entrevistas efectuadas é apresentado nas páginas seguintes, nas quais para cada folheto e pergunta são atribuídos um quadro para uma leitura mais clara.

A análise dos folhetos é feita em primeiro, seguindo-se a das entrevistas.

QUADRO 1: Folheto “Diabetes e Tensão Arterial”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO	
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Vigie periodicamente a sua tensão arterial”	1	
		“Evite os factores...”	1	
		“...faça uma alimentação saudável!”	1	
		“Não se deixe engordar!”	1	
		“...ande a pé todos os dias!”	1	
		“Tenha uma vida activa”	1	
		“...faça exercícios de descontração”	1	
		“Aprenda a respirar fundo!”	1	
		“Pratique exercício físico!”	1	
		“...não beba bebidas brancas”	1	
		“Não fume!”	1	
		“Siga rigorosamente o tratamento”	1	
		Ideologia Paternalista	“A HTA pode ser uma situação muito séria”	1
			“Apesar de seguir estes conselhos pode não conseguir...”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“...é tão importante o controlo da tensão arterial...”	1	
		“...como o do açúcar no sangue (glicémia)”	1	
		“Na medição da tensão arterial registam-se...componentes”	1	
		“...(quando se começam a ouvir os batimentos cardíacos)”	1	
		“...(quando se deixam de ouvir os batimentos)”	1	
		“Se a tensão máxima é superior a 140...em 3 ocasiões...”	1	
		“...falamos de hipertensão arterial (HTA)”	1	
		“Se em 3 ocasiões diferentes for superior a 140 e/ou 90...”	1	
		“Se tem HTA é importante manter...abaixo de 130/80”	1	
		“...o controlo da sua TA”	1	
		“...pelo que se torna necessário tomar medicamentos”	1	

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biográfico	Foco de Atenção no Colectivo	“Uns provocam a eliminação do sal...outros ainda dilatam...as artérias do organismo”	1
		“Se sentir alguma queixa...”	1
		“Diabetes e Tensão Arterial”	1
		“Nas pessoas com Diabetes...”	1
		“...a tensão máxima ou sistólica...”	1
		“...e a mínima ou diastólica...”	1
		“...modere o sal na comida”	1
		“...evite os enchidos”	1
		“Beba só um copo de vinho...por refeição”	1
		“A HTA pode não apresentar sintomas...”	1
	Pensamento Mecanicista	“Pode provocar lesões no coração (angina, enfarte)...e olhos (retinopatia)”	1
		“...que favorecem o aumento da T.A. (HTA)”	1
		“Excesso de peso...”	1
		“Falta de exercício físico...”	1
		“Stress...”	1
		“Excesso de sal...”	1
		“Excesso de cafés...”	1
		“Excesso de álcool...”	1
	“Tabaco...”	1	
	Ideologia Paternalista	“...ser uma situação muito séria”	1
Cultura de Individualismo	“Defenda a sua Saúde”	1	
	“Sabe o valor da...sua tensão?”	1	
	“...assim evitará de forma eficaz estas complicações”	1	
Pensamento Humanista	“Recomendações”	1	

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Ideologia Participativa	“...prefira tisanas ou infusões que não estimulam os batimentos cardíacos”	1
Comunitário	Foco de Atenção no Colectivo	“...fale com o seu médico sobre a sua tensão arterial”	1
		“...consulte o seu médico”	2
		“...sem consultar o seu médico”	1
		“...traga o registo ao seu médico na consulta seguinte”	1

Na análise deste folheto, a categoria de maior expressão é a “Cultura de Controlo”, inserida no Modelo de Saúde Ecológico, com 13 UE, seguida pela categoria “Cultura de Subordinação” do Modelo de Saúde Biopatológico (12 UE). A categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do Modelo de Saúde Ecológico, apresenta-se em terceiro lugar com 9 UE, seguida da categoria “Corrente de Pensamento Mecanicista”, do mesmo modelo, com 8 UE.

Este folheto atribui maior ênfase ao Modelo de Saúde Ecológico com 31 UE, seguido do Modelo de Saúde Biopatológico com 14 UE. Os modelos Biográfico e Comunitário apresentam o mesmo número de UE (5).

QUADRO 2: Folheto “Vigiar a Glicémia”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“...não é suficiente...”	1
		“...não chega vigiar...”	1
		“Não se esqueça de...”	1
		“...não fumar”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“Vigiar a glicémia”	1
		“Para controlar a Diabetes”	1
		“...devem estar o mais próximo possível do normal...”	1
		“...para controlar bem a diabetes”	1
		“...corrigir a glicémia”	1
		“Ao medir a glicémia...”	1
		“Pode ser necessário medir a glicémia...”	1
		“...ter a tensão arterial controlada”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Os valores da glicémia (açúcar no sangue)”	1
		“...valores da glicémia não são constantes ao longo do dia”	1
		“Um teste à glicemia em jejum...”	1
		“...emagrecer se...com excesso de peso e...barriga”	1
		“...para se evitarem as complicações da diabetes”	1
		“...ter...níveis de gorduras no sangue (colesterol) normais”	1
Biográfico	Cultura Individualismo	“Defenda a sua Saúde”	1
		“...feito de vez em quando...”	1
		“A autovigilância da glicémia é a vigilância feita pela própria pessoa”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Foco de Atenção Individual	“...e melhorar o seu tratamento”	1
	Pensamento Humanista	“A frequência é...variável”	1
		“...conforme o tipo de diabetes e o tratamento que faz”	1
	Ideologia Participativa	“...várias vezes ao dia ou...uma a duas vezes por semana”	1
		“...pode corrigir a alimentação...e melhorar o seu tratamento”	1

Neste folheto a categoria “Cultura de Controlo” apresenta-se com maior frequência (13 UE), no Modelo de Saúde Ecológico, seguindo-se a categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do mesmo modelo, com 7 UE. Uma vez mais, a categoria “Cultura de Subordinação” é enumerada, desta vez com 4 UE. O Modelo de Saúde Biográfico é categorizado em todas as suas dimensões, sendo a categoria de maior expressão a “Cultura de Individualismo” com 3 UE.

Este folheto baseia-se mais no Modelo de Saúde Ecológico (16 UE), seguido pelo modelo Biográfico (8 UE) e, por último, do Biopatológico (4 UE). Neste caso, o Modelo de Saúde Comunitário não apresenta qualquer UE.

QUADRO 3: Folheto “Crianças e Jovens”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“...é necessário...”	1
		“Habitue as crianças...”	1
		“...nunca deixe...”	1
		“...mande-lhe um pequeno lanche...da manhã”	1
		“Não substitua ou antecipe as refeições...”	1
		“Insista no consumo regular de peixe”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“...os nutrientes sejam fornecidos todos os dias...”	1
		“...em proporções equilibradas”	1
		“...devem ser criados desde cedo”	1
		“...a criança deve fazer as refeições...”	1
		“O consumo dessas substâncias...deverá ser reservado”	1
		“Os frutos devem ser mastigados e não espremidos”	1
		“Pelo menos 500ml/dia”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Crianças e Jovens”	1
		“...a comer de tudo um pouco”	1
		“...a criança saia de casa sem tomar o pequeno-almoço”	1
		“...guloseimas ou alimentos desequilibrados”	1
		“...porque: tiram o apetite para outros alimentos de composição...equilibrada”	1
		“...criam o hábito para o consumo...desse tipo de produtos”	1
		“Toda a família deve iniciar a refeição...com...sopa de legumes e hortaliças”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“O leite e/ou iogurtes devem fazer parte da alimentação...das crianças e jovens”	1
		“Não deixe de incluir legumes...cozidos ou em cru (saladas) no prato principal”	1
		“...(porque os sumos não os substituem)”	1
Biográfico	Cultura de Individualismo	“Defenda a sua Saúde”	1
	Foco de Atenção Individual	“Se o almoço tarda...”	1
	Ideologia Participativa	“...(para além de uma pequena quantidade uma vez por outra)”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação	“Sempre que possível...”	1
		“Para um bom rendimento físico e intelectual...”	1
		“As possíveis reclamações diminuem se variar o tipo de confecção!”	1
		“Incentive as crianças a participarem em jogos...do seu agrado”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Para que o crescimento...das crianças se efectue de uma forma equilibrada e harmoniosa”	1
		“Uns passeios a pé com a família”	1
		“...proporcionam momentos agradáveis e todos beneficiam”	1
	Pensamento Humanista	“Quanto mais se variar o tipo de alimentos...”	1
		“...com os familiares ...num ambiente calmo e tranquilo”	1
		“...para dias especiais ou de festa”	1
		“...(em substituição do automóvel)”	1
		“Uma alimentação saudável associada a uma actividade física...ao longo da vida”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...são dos factores que mais contribuem para a promoção da saúde e da qualidade de vida”	1
	Ideologia Participativa	“Alimentação saudável para um crescimento saudável”	1
		“Os bons hábitos alimentares...”	1
		“...melhor é a qualidade da alimentação”	1

Ao analisar este folheto, a categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do Modelo de saúde Ecológico, foi a que surgiu com maior frequência (10 UE), seguida da categoria de “Cultura de Controlo” (7 UE) do mesmo modelo e pelas categorias “Cultura de Subordinação” e “Corrente de Pensamento Humanista” com 6 UE.

Novamente, o Modelo de Saúde Ecológico é o de maior expressão com 17 UE, no entanto, neste caso é secundado pelo modelo Comunitário representado com 16 UE. Os modelos Biopatológico e Biográfico têm 6 e 3 UE, respectivamente.

QUADRO 4: Folheto “Cuide dos Pés”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Cuide dos pés”	1
		“Observe diariamente os seus pés”	1
		“...use um espelho”	1
		“Lave os pés todos os dias”	1
		“...(não os “ponha de molho”)	1
		“verificando sempre a temperatura da água”	1
		“Seque-os muito bem”	1
		“...(não entre os dedos)”	1
		“Use uma lima de cartão”	1
		“No Verão não use sapatos sem meias”	1
		“Use meias de algodão sem costuras”	1
		“Nunca ande descalço”	1
		“...não aqueça os pés”	1
		“...use meias de lã”	1
		“Use sapatos confortáveis”	1
		“...não haja...pressão excessiva”	1
“...não use calçadas nem outros produtos semelhantes”	1		
Ecológico	Cultura de Controlo	“O açúcar elevado (hiperglicémia) no sangue pode afectar”	1
		“Andando sobre ela, pode levar a consequências desastrosas”	1
		“...infectam facilmente e são difíceis de tratar”	1
		“Cuidados a ter com os pés”	1
		“...para ver se há zonas de cor diferente...inchaço”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“Se não lhe é possível...dificuldade na posição”	1
		“Se tem dificuldade de visão”	1
		“...durante dois ou três minutos”	1
		“...usando sabonete...água tépida”	1
		“...em particular nas zonas entre os dedos”	1
		“Aplique um creme...e no dorso”	1
		“...para desgastar as unhas”	1
		“...movimentando-a...de um lado para o outro”	1
		“...que não apertem as pernas”	1
		“Com o frio...”	1
		“Antes de calçar...verifique com as mãos”	1
		“...se não há qualquer objecto dentro deles”	1
		“Os sapatos fechados protegem mais os pés”	1
		“Pesquise regularmente...seus pés”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Para as pessoas com diabetes”	1
		“Os nervos dos pés”	1
		“os vasos que levam o sangue para os pés”	1
		“provocando dor nas pernas...durante a marcha”	1
		“pés frios...má circulação”	1
		“As feridas que aparecem nos pés”	1
		“...a planta, o calcanhar...entre os dedos”	1
		“...com botijas nem escalfetas”	1
		“É muito importante cuidar dos pés”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“levando a uma perda lenta da sensação...e de temperatura”	1
		“tornando a pele seca...e sujeita ao aparecimento de fissuras”	1
		“Pode aparecer uma ferida sem que a pessoa se aperceba, porque não dói”	1
		“...sem sensibilidade e...sangue deficiente”	1
		“...massajando bem”	1
		“...quer de “pancadas”...ou areias”	1
		“Nos calos...”	1
Biográfico	Cultura de Individualismo	“Defenda a sua Saúde”	1
	Foco de Atenção Individual	“...adaptados ao seu pé”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação	“...peça auxílio a outra pessoa”	1

Na análise deste folheto a categoria “Cultura de Controlo” (Modelo de Saúde Ecológico) tem a maior frequência com 19 UE, seguida da categoria “Cultura de Submissão” (Modelo de Saúde Biopatológico) com 17 UE e da categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do modelo Ecológico, com 16 UE.

Neste folheto o modelo de saúde representado com maior expressão é o Ecológico (35 UE). Já o modelo Biopatológico encontra-se representado com 17 UE. Os modelos Biográfico e Comunitário estão representados com uma frequência diminuída 2 e 1, respectivamente.

QUADRO 5: Folheto “Quando Viajar”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Não se esqueça de...”	1
		“...não interromper...”	1
		“Beba água, sumos...sempre engarrafados”	1
		“Não use cubos de gelo”	1
		“Coma produtos...sempre cozinhados”	1
		“Descasque a fruta”	1
		“Lave os dentes com água engarrafada”	1
		“Beba leite de pacote pasteurizado”	1
	Pensamento Mecanicista	“...informando que tem diabetes”	1
		“...atitudes a tomar em caso de hipoglicémia”	1
		“...(fornecido pela APDP)”	1
		“A quantidade de insulina a administrar”	1
		“...o risco de hipoglicémia é maior”	1
		“...esquema de administração de insulina ou comprimidos”	1
		“...deverem...planear e preparar bem as suas deslocações”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“Viajar requer prévia informação...”	1
		“...levar um cartão de língua inglesa e local”	1
		“Se viajar na Europa”	1
		“...pedir na ARS o formulário europeu E111”	1
		“Transportar consigo... e pacotes de açúcar”	1
		“...podem resolver uma situação imprevista”	1
		“...utilizar pequenas caixas térmicas”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...manter a insulina em ambiente fresco”	1
		“...sem exposição à luz solar”	1
		“...estar adaptada aos alimentos..actividade física a realizar”	1
		“...a administração de insulina e...hidratos de carbono”	1
		“Lembre-se de transportar consigo”	1
		“Evite alimentos com <i>mayonnaise</i> ”	1
		“...deve ter na sua bagagem”	1
		“Insulina...quantidade..superior às necessidades previstas”	1
		“Tiras teste...da glicémia e acetona”	2
		“Insulina para vários dias”	1
		“...informando tem diabetes e quais as medidas a tomar no caso de hipoglicémia”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...as pessoas com diabetes”	1
		“...duração da viagem”	1
		“...temperatura”	1
		“...condições de higiene do país a visitar”	1
		“Em caso de vómitos ou diarreia”	1
		“...comprimidos para o enjoo...e diarreia”	1
		“Medicação para a febre e...dores de cabeça”	1
		“Seringas de insulina para...avaria das canetas”	1
		“Lancetas”	1
		“Leitor de glicémia e pilha suplementares”	1
		“Caneta e seringa de insulina”	1
		“Leitor de glicémia”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“2 embalagens de glucagon (GlucaGen)”	1
Biográfico	Cultura de Individualismo	“Defenda a sua Saúde”	1
		“...no seu saco de mão”	1
	Foco de Atenção Individual	“...tipos de alimentos que vai encontrar”	1
		“Ao viajar por zonas...e com muito sol”	1
		“Se atravessar vários fusos horários”	1
		“...adaptados à sua viagem”	1
		“Ao deslocar-se para...deficientes condições sanitárias”	1
	Ideologia Participativa	“Quando viajar”	1
		“O autocontrolo deve ser feito com maior frequência”	1
		“...reforçar o autocontrolo”	1
		“Ao fazer insulina”	1
“Alimentos para um dia”		1	
Comunitário	Foco de Atenção Colectivo	“Um cartão em língua inglesa e local”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“...prepare com o seu médico”	1
		“Como qualquer viajante”	1

Ao analisar este folheto verifico que a categoria “Cultura de Controlo”, do modelo Ecológico, tem um índice elevado (20 UE), sendo seguida pela categoria do mesmo modelo “Foco de Atenção Colectivo” com 13 UE.

No Modelo de Saúde Biopatológico, a categoria “Cultura de Subordinação” tem 8 UE e as categorias “Corrente de Pensamento Mecanicista” e “Ideologia Participativa” estão representadas com 6 UE nos modelos Ecológico e Biográfico, respectivamente.



Apresentação dos Resultados

No Modelo de Saúde Biográfico, há mais duas categorias enunciadas, “Foco de Atenção Individual” com 5 UE e “Cultura de Individualismo” com 2 UE. Apenas com 1 UE, vêm as categorias “Foco de Atenção Colectivo” e “Corrente de Pensamento Humanista”, ambas do modelo Comunitário.

Neste folheto, o Modelo de Saúde com maior expressão é o Ecológico com 33 UE, seguido por ordem decrescente pelo Biopatológico (14 UE), Biográfico (13 UE) e Comunitário (2 UE).

QUADRO 6: Folheto “Qual é a sua Hemoglobina A_{1c}?”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“É urgente melhorar”	1
		“Saiba a sua A _{1c} ”	1
		“...previna as complicações da diabetes”	1
		“...tem de ser feita”	1
	Pensamento Mecanicista	“A Hemoglobina A _{1c} (também conhecida...glicada)”	1
		“A quantidade (ou percentagem) de Hemoglobina A _{1c} ”	1
		“...progressivamente 10, 9%, 8%, 7% ou menos”	1
		“Valores da Hemoglobina A _{1c} ”	1
		“< 6,5% representa um óptimo controlo”	1
		“6,5%-7,5% significa um razoável...controlo da diabetes”	1
		“7,5%-8,5% é um controlo menos bom”	1
		“> 8,5% é um controlo insuficiente”	1
		“>10% é um péssimo controlo”	1
		“A análise da A _{1c} é importante”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“Qual é a sua Hemoglobina A _{1c} ?”	1
		“...do controlo da diabetes”	1
		“...se conseguir baixar a A _{1c} em 1%”	1
		“...pode reduzir os riscos...para metade!”	1
		“Por cada descida de 1% na A _{1c} ”	1
		“(Deve haver um especial cuidado em prevenir as hipoglicémias)”	1
“...não substitui as pesquisas diárias da glicémia”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Foco de Atenção Colectivo	“...conforme os casos, 2 a 4 vezes por ano”	1
		“A Hemoglobina A _{1c} é um excelente indicador...”	2
		“...é uma análise muito importante...”	1
		“...está relacionada com os níveis médios de açúcar...nos últimos 2 a 3 meses”	1
		“A Hemoglobina A _{1c} é um excelente indicador...”	1
		“...do risco que se corre de...complicações tardias da diabetes”	1
		“De acordo com estudos para a diabetes tipo 2 (UKPDS) e para a diabetes tipo 1 (DCCT)”	1
		“...diminui o risco de insuficiência renal...e também...de acidentes cardiovasculares”	1
		“...o risco de complicações da diabetes desce mais de 25%”	1
		“(há um risco significativo de...complicações da diabetes”	1
Biográfico	Cultura de Individualismo	“Defenda a sua Saúde”	1
	Ideologia Participativa	“...se for baixando a A _{1c} ...”	1
		“...uma auto-avaliação para melhorar o seu controlo)”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação	“...para todas as pessoas com diabetes”	1
		“...deve ser discutida com o seu médico e... dietista, etc.)”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...é aconselhável uma revisão com o seu médico...”	1

Observa-se que as categorias de “Corrente de Pensamento Mecanicista” (Biopatológico) e “Foco de atenção Colectivo” (Ecológico) têm uma frequência elevada (10 UE). A categoria “Cultura de Controlo” (Ecológico) apresenta 8 UE, seguida da “Cultura de Subordinação” (Biopatológico) com 4 UE e das “Ideologia Participativa” (Biográfico) e “Cultura de Cooperação” (Comunitário), ambas com 2 UE.

Por último, as categorias “Cultura de Individualismo” e “Foco de Atenção Colectivo”, dos modelos Biográfico e Comunitário, respectivamente, têm apenas contabilizada 1 UE.

Neste folheto, o Modelo de Saúde com mais unidades de enumeração é o Ecológico, com 18 UE, seguido do Biopatológico (14 UE). Ambos com 3 UE estão os modelos Biográfico e Comunitário.

QUADRO 7: Folheto “Alimente-se Bem”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Alimente-se bem”	1
		“Ande a pé todos os dias...”	1
		“Faça 3 refeições principais...”	1
		“Coma devagar, mastigue bem os alimentos”	1
		“...beba pelo menos 1,5 litros de água por dia”	1
		“Reduza a quantidade de carne...”	1
		“...não junte enchidos”	1
		“Coma a fruta inteira...”	1
		“Coma sopa todos os dias...”	1
		“Tempere o prato e a panela só com azeite..”	1
		“Coma qualquer tipo de peixe...”	1
		“Coma mais peixe do que carne”	1
		“Coma menos carne...”	1
		“Atenção às gorduras escondidas...”	1
“Não beba bebidas alcoólicas...”	1		
Ecológico	Cultura de Controlo	“...sem se cansar ...”	1
		“...caminhar é o complemento de uma boa alimentação”	1
		“...e entre estas faça 3 pequenas refeições intermédias...”	1
		“Nas refeições intermédias coma pão... ou de mistura...”	1
		“...sem ser espremida”	1
		“Duas peças por dia, de tamanho médio”	1
		“(2 ou 3 colheres de sopa para todo o dia)”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Foco de Atenção Colectivo	“...mas prefira o gordo: sardinha...sável”	1
		“Normalmente 2,5 dl de manhã e... ao deitar”	1
		“Queijo, só fresco com pouca gordura”	1
		“...(pequeno-almoço,...e jantar)...”	1
		“...cozidas ou estufadas com um pouco de azeite”	1
		“...que mistura com as leguminosas...”	1
		“...contendo sempre vegetais: couves...espinafres, etc.”	1
		“...(bem escorridas)...”	1
		“...de bovinos, ovinos e caprinos”	1
		“...contidas em batatas fritas caseiras...queijos curados e patés”	1
Biográfico	Cultura de Individualismo	“...como: <i>whisky...gin</i> e vinhos doces”	1
		“Defenda a sua Saúde”	1
	Ideologia Participativa	“...para evitar comer muito de cada vez”	1
		“Mesmo que nunca sinta sede...”	1
		“Modere o consumo de: pão branco...batatas”	1
		“Prefira as massas e as leguminosas (feijões...soja)...”	1
		“...pode acompanhar com queijo...ou ainda com fruta”	1
		“Dever comê-los também no prato, como guarnição”	1
		“Quando não os..obter frescos, pode recorrer às conservas..”	1
		“...e aos congelados”	1
“... pode comer cerca de dois ovos...cozidos ou escalfados”	1		
“Prefira as carnes magras: frango...porco magro”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“Evite a salsicharia e a charcutaria: <i>bacon</i> ...farinheira, etc.”	1
		“Aconselha-se a ingestão de três...miolos de amêndoa...por semana”	1
		“Prefira leite meio-gordo”	1
		“Pode substituir o leite por iogurte meio-gordo ou magro”	1
		“Pode consumir-se vinho tinto ou cerveja ...em quantidades moderadas...à refeição”	1

As categorias “Cultura de Subordinação” (Biopatológico) e “Ideologia Participativa”, do modelo Biográfico, são aquelas que revelam um maior número de UE (15), seguidas da categoria “Cultura de Controlo” com 10 UE. Ainda no modelo Ecológico, a categoria “Foco de Atenção Colectivo” apresenta-se com 8 UE. Apenas com um registo (1 UE) está a categoria “Cultura de Individualismo” do modelo Biográfico.

Este folheto tem como Modelo de Saúde de referência o Ecológico (18 UE). O modelo Biográfico tem 16 UE e o Biopatológico 15 UE. Neste folheto não há qualquer informação alusiva do modelo Comunitário.

QUADRO 8: Folheto “O Que é a Diabetes?”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Pensamento Mecanicista	“Há dois tipos principais de Diabetes.”	1
		“Tipo 1: Insulino-Dependente, Diabetes Juvenil”	1
		“Representa 10-15% de todas as formas de Diabetes”	1
		“Tipo 2: Não Insulino-Dependente, Diabetes do Adulto”	1
		“...representando mais de 85% de todos os casos”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“...que sobe acima dos valores normais”	1
		“Uma Diabetes mal controlada...”	1
		“...pode dar...complicações agudas...”	1
		“Como o pâncreas não produz insulina...”	1
		“...é necessário administrá-la para sobreviver”	1
		“...podendo mesmo a doença passar despercebida”	1
		“Esta é a forma mais frequente de Diabetes...”	1
		“...pode controlar-se adequadamente”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“O tratamento deve ser constante”	1
		“Informação para o Diabético”	1
		“O que é a Diabetes?”	1
		“A Diabetes é uma doença crónica...”	1
		“...caracterizada por um aumento de açúcar (glicose) no sangue...”	1
		“O açúcar proveniente dos alimentos...é normalmente usado...como fonte de energia ”	1
“Nestas circunstâncias o açúcar (glicose), proveniente dos alimentos ricos em carboidratos...”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO	
		“...acumula-se no sangue e eleva-se...que o rim não consegue evitar que se escape para a urina”	1	
		“A Diabetes é uma doença muito frequente”	1	
		“Diabetes...engloba vários transtornos distintos”	1	
		“A Diabetes tipo 1 aparece principalmente em crianças e jovens e...pessoas com menos de 30 anos”	1	
		“O início é habitualmente brusco...”	1	
		“...com sintomas muito evidentes”	1	
		“O estado de nutrição é geralmente normal...”	1	
		“...apesar de às vezes haver magreza...”	1	
		“...no início dos sintomas ocorre um emagrecimento acentuado”	1	
		“A Diabetes tipo 2 aparece em pessoas com mais de 40 anos de idade”	1	
		“O início é lento e gradual...”	1	
		“...com sintomas menos aparentes...”	1	
		“...e não ocorre emagrecimento quando a doença aparece”	1	
		“O pâncreas continua a produzir insulina...”	1	
		“...de um modo insuficiente...”	1	
		“..causas da Diabetes não são...perfeitamente conhecidas”	1	
		“A Diabetes não tem cura...”	1	
		Pensamento Mecanicista	“De modo a poder usar o açúcar, o corpo humano necessita da ajuda da Insulina...”	1
			“...que é uma hormona segregada pelo pâncreas”	1
		“Quando ocorre um deficit de Insulina...”	1	

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...quando há falta ou...é segregada em quantidades inferiores, ao que é necessário, aparece a Diabetes”	1
		“...no início é possível tratar a doença com dieta e antidiabéticos orais”	1
		“A Diabetes pode aparecer como consequência de factores hereditários e ambientais...”	1
		“(vírus, tóxicos, sobrealimentação ...)”	1
		“...actuando em conjunto produzem...deficit de insulina”	1
		“A hereditariedade tem um papel importante no aparecimento da doença sobretudo na Diabetes tipo 2”	1
		“Em pessoas predispostas há...factores desencadeantes...”	1
		“...que dá início ao processo”	1
		“...crianças e jovens com predisposição especial...”	1
		“...certos vírus ou alterações do sistema imunitário podem precipitar a Diabetes”	1
		“Complicações possíveis”	1
		“...elevação ou diminuição...nível do açúcar no sangue...”	1
		“Tratamento”	1
		“Plano de alimentação (dieta baixa em açúcares)”	1
		“Medicação (... forma de insulina ou antidiabéticos orais)”	1
		“Exercício físico”	1
		“Educação diabetológica”	1
Biográfico	Foco de Atenção Individual	“Geralmente as pessoas são obesas...”	1
		“...e complicações crónicas relacionadas com os vasos sanguíneos e os nervos”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Comunitário	Foco de Atenção Colectivo	“Em todo o mundo há 140 milhões de diabéticos e... esse número chegará aos 300 milhões no ano 2025”	1
		“...metade destes diabéticos nem sequer sabem que o são”	1
		“Origem da Diabetes”	1
		“...a obesidade, sobrealimentação, sedentarismo, gravidez, <i>stress</i> , toma...medicamentos, etc. ...”	1
		“Sendo uma doença que dura toda a vida...”	1
		“As medidas que dispomos são...”	1

O “Foco de Atenção Colectivo” (Ecológico) é a categoria que tem mais expressão (23 UE). Apesar de ser em menor frequência, a categoria “Corrente de Pensamento Mecanicista”, do mesmo modelo, está representada com um número, também, elevado (20 UE). Seguem-se as categorias “Cultura de Controlo” (Ecológico) com 9 UE, a categoria “Foco de Atenção Colectivo” (Comunitário) e “Corrente de Pensamento Mecanicista” (Biopatológico) com 6 e 5 UE, respectivamente. A última categoria representada é “Foco de Atenção Individual”, do modelo Biográfico, com 2 UE.

O modelo com maior expressão é o Ecológico com 52 UE. Os restantes modelos estão representados com baixa enumeração – 6, 5 e 2 – nos Modelos de Saúde Comunitário, Biopatológico e Biográfico, respectivamente.

QUADRO 9: Folheto “Diagnóstico da Diabetes”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Foco de Atenção Individual Pensamento Mecanicista	“...pode evitar complicações”	1
		“...faz-se sempre por meio de análises”	1
		“A existência de uma quantidade...de glicose...”	1
		“...mais de 15 ou 20 gramas...”	1
		“Nos adultos, valores de glicose em jejum abaixo dos 110 mg/dl (plasma venoso)...”	1
		“...valores superiores a 126 mg/dl em mais do que uma ocasião...”	1
		“Quando a glicose no sangue está acima dos 180 mg/dl...”	1
		“...se encontrar entre os 110 mg/dl e os 126 mg/dl...”	1
		“...realizar a curva de glicémia...”	1
		“...(geralmente 75 mg/dl)...”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“Diagnóstico da Diabetes”	4
		“Quando sintomas evidentes aparecem...”	1
		“...a suspeita de diagnóstico é fácil”	1
		“Valores mais baixos podem ser equívocos...”	1
		“...deve confirmar-se sempre com análises no sangue”	1
		“...é o parâmetro mais fiável para diagnosticar a Diabetes”	1
		“Pode ser medida em diferentes horas do dia...”	1
		“...habitualmente faz-se a avaliação em jejum”	1
		“...devem ser considerados normais”	1
		“Uma única análise com valor alto de glicose...”	1
“...não é suficiente para estabelecer o diagnóstico...”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...é necessário confirmar esse valor...”	1
		“...com uma nova determinação noutra dia”	1
		“...pode fazer-se...”	1
		“...o rim não consegue evitar que ela passe para a urina...”	1
		“...não pode ser considerado normal...”	1
		“...e que deve ser mantido em vigilância”	1
		“...não deve ser realizada...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Informação para o Diabético”	1
		“A Diabetes nem sempre se manifesta...”	1
		“...com os mesmos sintomas em todas as pessoas”	1
		“...como por ex. urinar muito...”	1
		“...é mais difícil pensar em Diabetes...”	1
		“... sintomas menos característicos”	1
		“Seja como for...”	1
		“A Diabetes é uma doença muito frequente”	1
		“...é recomendado que as pessoas de maior risco...”	1
		“...façam testes”	1
		“...é...sugestiva de Diabetes”	1
		“...há outras situações em que podem aparecer”	1
		“A ausência de glicose na urina...”	1
“...não exclui a existência de Diabetes”	1		
“...sem passar para a urina”	1		
“Em alguns casos é recomendado...”	1		
“...realizar uma série de análises em momentos distintos”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Pensamento Mecanicista	“...dissolvida em água...”	1
		“Esta prova serve para aclarar situações duvidosas...”	1
		“...se houver a certeza que a pessoa é diabética...”	1
		“...sem dar qualquer sintoma...”	1
		“Obesos”	1
		“Hipertensos”	1
		“...do metabolismo das gorduras (colesterol anormal, triglicéridos aumentados)”	1
		“Análises de glicose na urina”	1
		“...acompanhada de acetona...”	1
		“...a glicose pode estar elevada no sangue...”	1
		“Análises de glicose no sangue”	1
		“O aumento da glicose no sangue...”	1
		“...e aparece glicosúria”	1
		“Se a quantidade de glicose no sangue, em jejum...”	1
		“...que consiste em tomar, em jejum, glicose...”	1
Ideologia Paternalista	“...já que se trata de um valor alterado...”	1	
	“...pois a ingestão de glicose... poderia ser prejudicial”	1	
	“A Diabetes pode estar escondida durante muitos anos...”	1	
Comunitário	Cultura de Cooperação	“...fazer um esforço para a descobrir...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Quem pode ser diabético?”	1
		“Todas as pessoas podem ter Diabetes mas há algumas que são mais predispostas que outras”	1
		“Em metade dos casos a Diabetes passa despercebida...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“Estas pessoas são: ...”	1
		“As que têm mais de 45 anos e...os idosos.”	1
		“As que têm parentes...com Diabetes”	1
		“Mulheres que tiveram filhos com mais de 4 Kg ou...açúcar durante a gravidez”	1
		“Mulheres que tiveram repetidos abortos”	1
		“As pessoas que têm alterações...”	1

As categorias “Cultura de Controlo” e “Foco de Atenção Colectivo”, ambas do modelo Ecológico, apresentam índices de numeração iguais e significativos – 21 UE, existindo, ainda no mesmo modelo, referência para a categoria “Corrente de Pensamento Mecanicista” com 11 UE. Com 9 UE estão as categorias “Corrente de Pensamento Mecanicista” do modelo Biopatológico e “Foco de Atenção Colectivo” do modelo Comunitário.

A categoria “Ideologia Paternalista” tem 3 UE e com 1 UE estão as categorias “Foco de atenção Individual” e “Cultura de Cooperação” dos modelos Biopatológico e Comunitário, respectivamente. Neste folheto, o Modelo de Saúde Ecológico tem, uma vez mais, uma expressão elevada com 56 UE. Com 10 UE estão representados os modelos Biopatológico e Comunitário.

QUADRO 10: Folheto “Sintomas da Diabetes”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Pensamento Mecanicista	“(nas ilhotas de Langerhans)...”	1
		“(poliúria)...”	1
		“(polidipsia)...”	1
		“(polifagia)...”	1
		“(panarícios, furúnculos)...”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“Sintomas da Diabetes”	2
		“O pâncreas é uma glândula...”	1
		“...que produz e segrega...”	1
		“...uma substância chamada insulina”	1
		“Se faltar insulina...”	1
		“...não pode ser usado...como fonte de energia”	1
		“...e a sua concentração aumenta no sangue”	1
		“...que para o dissolver, eliminam...volume de água”	1
		“...para compensar a perda de líquidos”	1
		“...há emagrecimento”	1
		“Outros sintomas”	1
		“...sintomas secundários”	1
		“Os mais frequentes são:...”	1
		“...comichão generalizada ou nos órgãos genitais...”	1
		“...propensão a infecções de pele...”	1
		“...dificuldade na cicatrização das feridas...”	1
“...infecção das gengivas...”	1		
“...Afrouxamento dos dentes...”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...dor e formigueiros nas extremidades...”	1
		“...alterações da visão...”	1
		“...quando aparecem os sintomas principais...”	1
		“...os sintomas secundários...a suspeita é mais difícil...”	1
		“...apenas a análise pode confirmar o diagnóstico”	1
		“...constituem os sintomas característicos principais”	1
		“...e não é raro um diagnóstico casual”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Informação para o Diabético”	1
		“...o açúcar (glicose) proveniente dos alimentos ...”	1
		“O excesso de açúcar no sangue...”	1
		“...é eliminado através dos rins...”	1
		“Assim a pessoa urina mais...”	1
		“...e bebe muito...”	1
		“Ao não se aproveitar o açúcar, as gorduras são queimadas...”	1
		“Outra consequência é o aumento de apetite...”	1
		“...e o aumento do consumo de alimentos...”	1
		“...resultando isto num aumento do seu nível no sangue”	1
		“Estabelece-se...um círculo vicioso”	1
		“Convém recordar que outros sintomas podem aparecer”	1
		“Por serem menos evidentes...”	1
		“O diagnóstico é fácil...”	1
		“Cansaço, urina abundante...e aumento do apetite...”	1
		“A Diabetes pode não dar sintomas”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“Nem todos os diabéticos apresentam estes sintomas...”	1
		“...alguns apresentam um ou dois...”	1
		“...mais de metade dos diabéticos não têm nenhum sintoma”	1
		“Nas crianças e jovens o início da Diabetes é rápido...”	1
		“...com sintomas mais claros e evidentes”	1
		“Nos adultos e idosos o início é gradual...”	1
		“...com sintomas não muito claros...”	1
Biográfico	Cultura de Individualismo	“Quanto mais...come mais aumenta a ingestão de açúcar...”	1
Comunitário	Foco de Atenção Colectivo	“Existem portanto, Diabetes ignoradas...”	1
		“...que por serem ligeiras não são acompanhadas de nenhum desconforto”	1
		“O diabético sente-se bem...”	1
		“...mas...os seus órgãos internos (olhos, rins...aparelho circulatório) estão a deteriorar-se...”	1
		“...como consequência dum mau aproveitamento do açúcar”	1
		“Ao fim de algum tempo...uma complicação...fazer...a Diabetes seja descoberta”	1
		“Muitas vezes a Diabetes é descoberta de...forma casual...”	1
		“...quando se realizam análises de rotina...(check-up...)”	1

Uma categoria que se destaca, pela sua frequência é a “Cultura de Controlo” (Ecológico) com 26 UE. Segue-se a categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do mesmo modelo, enumerada com 23 unidades. As categorias “Foco de Atenção Colectivo”, do modelo Comunitário, e “Corrente de Pensamento Mecanicista”, do modelo Biopatológico, estão representadas com 8 e 5 UE, respectivamente.

O Modelo de Saúde Biográfico encontra-se enumerado apenas com 1 UE.

Neste folheto é o modelo Ecológico que tem maior expressão, com 49 UE. Novamente, os outros modelos manifestam-se com baixa representação – o Comunitário com 8 UE, o Biopatológico com 5 UE e, por último, o Modelo de Saúde Biográfico com 1 UE.

QUADRO 11: Folheto “A Dieta do Diabético”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“A dieta é uma medida fundamental...”	1
		“...são indispensáveis para a dieta do diabético”	1
		“...é sempre necessário”	1
		“Lembre-se...”	1
		“É um erro acreditar...”	1
		“Use as tabelas de equivalências”	1
		“Distribua os alimentos...”	1
		“Não esteja mais de três horas...”	1
	Pensamento Mecanicista	“(1g = 4Kcal)...”	1
		“(1g = 8 Kcal)...”	1
		“(1g = 4Kcal)...”	1
		“25Kcal/Kg de peso/dia...”	1
		“30Kcal/Kg de peso/dia...”	1
		“...50%-60% carboidratos (pelo menos 100mg/dia)”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“A dieta do Diabético”	2
		“...para manter a Diabetes sob controlo...”	1
		“...como um modo efectivo de prolongar a esperança de vida do diabético”	1
		“Todos os diabéticos devem cumprir um plano de refeições”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“Os alimentos aumentam o nível de açúcar (glicose) no sangue...”	1
		“...ajuda a reduzir os valores da glicose”	1
		“Objectivos”	1
		“A dieta tem como objectivos...”	1
		“...evitar flutuações de açúcar no sangue, mantendo ...níveis normais...”	1
		“...evitar as complicações”	1
		“...devem ser usadas”	1
		“...não confie em produtos alimentares que não se saiba a sua composição”	1
		“As bebidas alcoólicas têm calorias...”	1
		“...é a sacarina”	1
		“Todas as funções do organismo...”	1
		“...são levadas acabo pelo dispêndio de energia derivada dos alimentos”	1
		“...que produzem calorias...”	1
		“Um adequado equilíbrio entre todos os nutrientes...”	1
		“Alguns são de absorção rápida (açúcar, doces, etc.)...”	1
		“...outros de absorção lenta (leguminosas, cereais, etc.)”	1
		“O seu conteúdo na dieta...”	1
		“...é muito importante manter...dieta sob controlo”	1
		“...ao contrário das... da carne que podem aumentar o colesterol”	1
		“Os alimentos que contém muito colesterol...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...devem ser consumidos com muita moderação”	1
		“As proteínas apesar de também produzirem energia...”	1
		“...são recomendados...ajudam a diminuir as flutuações do açúcar”	1
		“O sal deve ser consumido com moderação”	1
		“Na dieta do diabético...”	1
		“...devem ser adequadamente distribuídos pelo dia”	1
		“O valor total de calorias...”	1
		“...são as quantidades recomendadas...”	1
		“...para sujeitos não obesos...”	1
		“Dieta “livre” nunca deverá ser feita”	1
		“...deve ser feita do seguinte modo...”	1
		“...(aumentam mais os valores da glicémia)...”	1
		“...(reduzir as gorduras animais)...”	1
		“O número de refeições recomendadas...”	1
		“Deste modo serão evitadas grande alterações do açúcar”	1
		“...que se pode manter a dieta sob controlo...”	1
		“Dieta não significa “restrições”...”	1
		“A dieta não deve ser monótona”	1
		“...por 5 a 6 refeições por dia”	1
	“...sem comer durante o dia”	1	
Pensamento Mecanicista	“Tabelas de equivalência...”	1	
	“Os alimentos são constituídos por nutrientes energéticos...”	1	

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...e nutrientes não energéticos...”	1
		“...(carboidratos, gorduras e proteínas)”	1
		“Os carboidratos produzem energia...”	1
		“Os carboidratos podem ser encontrados...”	1
		“... os factores nutricionais...”	1
		“A distribuição dos nutrientes...”	1
		“...evitar carboidratos de absorção rápida...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Informação para o Diabético”	1
		“Plano de refeições”	1
		“...mas não no mesmo nível em todos os diabéticos...”	1
		“...assim um adequado plano de refeições na maioria dos casos...”	1
		“...alcançar um peso adequado...”	1
		“...favorecer o normal desenvolvimento e crescimento da criança...”	1
		“Mudanças na dieta”	1
		“...que ajudam a substituir alguns alimentos por outros do mesmo tipo...”	1
		“...habitualmente não são recomendados...”	1
		“Alimentos”	1
		“...(vitaminas, minerais e água)”	1
		“...para que o nosso corpo possa trabalhar”	1
		“...nos cereais,...e vegetais”	1
“As gorduras produzem muita energia...”	1		
“...que é armazenada para uso futuro...”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“As gorduras podem ser de origem animal ou vegetal...”	1
		“...além disso podem ser “visíveis” (ex. gordura da carne...) ou “invisíveis” (...na carne limpa)”	1
		“As gorduras de origem animal são encontradas...na carne...e queijo”	1
		“As gorduras de origem vegetal são encontradas...nas leguminosas”	1
		“As gorduras vegetais e as do peixe são mais benéficas para a nossa saúde...”	1
		“...(gema do ovo, vísceras, etc.)...”	1
		“...entram essencialmente no processo de formação dos músculos e tecidos, etc.”	1
		“Os alimentos ricos em fibras (frutas...produtos integrais)..”	1
		“As vitaminas e os minerais existem...nos vegetais e frutas”	1
		“Distribuição dos alimentos”	1
		“...depende de...factores...a idade...e...excesso de peso”	1
		“...nas mulheres...”	1
		“...nos homens...”	1
		“...(metade de origem animal)”	1
		“...é de seis por dia”	1
		“Três refeições principais (pequeno-almoço...e jantar)...”	1
		“...e outras três nos intervalos (a meio da manhã...e antes de ir dormir)”	1
		“As horas (horário fixo)...”	1
		“...e o peso (cálculo das quantidades)...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Ideologia Paternalista	“...apenas não comendo açúcar ou alimentos doces”	1
		“...mas sim plano de refeições”	1
		“A dieta é tão velha como a própria Diabetes”	1
		“...logo devem ser consumida com cuidado”	1
Biográfico	Cultura de Individualismo	“...que façam exercício físico moderado”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“...actualmente a dieta está de acordo com as necessidades individuais”	1
	Ideologia Participativa	“...é directamente responsável pelos níveis de glicose”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação Foco de Atenção Colectivo	“...(consulte o seu médico ou nutricionista)”	1
		“Anos atrás a dieta era restritiva...”	1
		“Alimentos especiais para diabéticos” “	1
		“O adoçante sem açúcar...para o diabético...”	1
		“... todas as bebidas e refrigerantes contém açúcar...”	1
		“...excepto algumas sodas e bebidas <i>light</i> ”	1

A categoria “Cultura de Controlo” apresenta uma expressão elevada (45 UE), em paralelo com a “Foco de Atenção Colectivo” (36 UE) do Modelo de Saúde Ecológico. Também no mesmo modelo, está representada, com 9 UE, a categoria “Corrente de Pensamento Mecanicista”. Com o mesmo número de UE (8) estão as categorias “Cultura de Submissão” e “Corrente de Pensamento Mecanicista”, ambas do modelo Biopatológico..



Apresentação dos Resultados

No modelo Comunitário está contabilizada a categoria “Foco de Atenção Colectivo” com 5 UE. Como “Ideologia Paternalista”, está representada a categoria do modelo Ecológico com 2 UE. Por último, as categorias “Cultura de Individualismo”, “Corrente de Pensamento Humanista” e “Ideologia Participativa”, do modelo Biográfico e a categoria “Cultura de Cooperação”, do modelo Comunitário, estão quantificadas com 1 UE.

Neste folheto, é o modelo Ecológico aquele representado com o maior número de UE (92). O Modelo de Saúde Biopatológico tem 16 UE e os modelos Comunitário e Biográfico 6 e 3 UE, respectivamente.

QUADRO 12: Folheto “O Tratamento com Insulina”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Lembre-se”	1
		“...verifique sempre o prazo de validade”	1
	Pensamento Mecanicista	“...é a insulina NPH”	1
		“...a concentração de insulina é de 100U/cc...”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“o tratamento com insulina”	2
		“A insulina é uma hormona segregada pelo pâncreas e cuja falência...”	1
		“...leva ao aparecimento da Diabetes”	1
		“Os diabéticos tipo 1 (crianças e adultos jovens)...”	1
		“Nos diabéticos tipo 2 (adultos)...”	1
		“...possui uma estrutura química similar à dos humanos...”	1
		“...e é obtida a partir de certas bactérias e leveduras...”	1
		“...por processos de engenharia genética”	1
		“...não são suficientemente efectivas...”	1
		“...devido à parcial ou irregular absorção da insulina...”	1
		“A insulina deve ser usada...”	1
		“Na Diabetes tipo 1...”	1
		“Na Diabetes tipo 2...”	1
		“...não responda adequadamente aos antidiabéticos orais...”	1
		“...glicose e corpos cetónicos na urina”	1
		“Habitualmente são administradas 1 a 4 injeções de insulina por dia”	1
“Tipos de insulina”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“De acção rápida”	1
		“Não é necessário agitar o frasco antes de usar”	1
		“De acção intermédia”	1
		“...é obtida por adição de agentes retardantes...”	1
		“O tipo de insulina mais usada dentro deste grupo...”	1
		“De acção prolongada”	1
		“Também contém substâncias retardantes...”	1
		“...o frasco precisa de ser agitado...”	1
		“...por rotação entre as mãos...”	1
		“...para homogeneizar o conteúdo antes da injeção”	1
		“Dosagem”	1
		“A insulina é medida por unidades”	1
		“A dose, o tipo de insulina...e o método de administração...”	1
		“...escolhidos seguindo as indicações do médico ou da enfermeira”	1
		“..uso...insulina não significa que possa abandonar a dieta”	1
		“...deve guardar...um frasco ou recarga para caneta...”	1
		“O diabético deve sempre usar a sua própria agulha...”	1
		“...de modo a evitar doenças infecciosas”	1
		“Um excesso de insulina resulta em hipoglicémia (baixa de açúcar)...”	1
		“...deve estar apto a saber resolver”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Informação para o Diabético”	1
		“...que pode ser mais ou menos intensa...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...precisam de injeções de insulina...”	1
		“...o seu pâncreas deixa de produzir esta hormona”	1
		“...O pâncreas produz insulina...”	1
		“...apesar de não ser nas quantidades adequadas...”	1
		“...por isso por vezes é preciso injectá-la”	1
		“Origem”	1
		“...a insulina destinada ao tratamento da Diabetes...”	1
		“...era extraída dos pâncreas de vários animais (boi...)”	1
		“A insulina correntemente usada é chamada “insulina humana”...”	1
		“A pureza das insulinas correntes...”	1
		“...é muito superior à das primeiras que foram usadas...”	1
		“...evitando assim reacções indesejadas”	1
		“A insulina é destruída no estômago...”	1
		“...por esta razão que não pode ser tomada pela boca...”	1
		“...mas sim administrada sob a forma de injeção”	1
		“Outras vias de administração (nasal...)...”	1
		“Indicações”	1
		“Em todos os casos que sejam encontrados...”	1
		“Na presença de circunstâncias de descompensação...”	1
		“...como infecções, traumas, intervenções cirúrgicas, etc.”	1
		“Na diabética grávida...”	1
		“...excepto se a dieta...for suficiente para controlar a glicémia”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“Tem uma aparência cristalina...”	1
		“...inicia a sua acção meia-hora após a injeção...”	1
		“...e o seu efeito dura 6 a 8 horas”	1
		“Este tipo de insulina com uma acção menos rápida...”	1
		“...embora com um efeito mais prolongado...”	1
		“...que lhe dão um aspecto turvo”	1
		“A sua acção inicia 2 horas após a injeção...”	1
		“...e o seu efeito permanece durante 14 a 20 horas”	1
		“...começa a actuar 2 a 3 horas após a injeção...”	1
		“...e o efeito dura 24 a 36 horas”	1
		“Com estes dois últimos tipos de insulina...”	1
		“Misturas...”	1
		“...há também outros tipos de insulina...”	1
		“...formadas por misturas de insulina de acção intermédia...”	1
		“...com insulina de acção rápida...”	1
		“...de modo que a sua acção comece mais cedo...”	1
		“...e se mantenha por um período mais longo”	1
		“Noutros casos o próprio diabético pode preparar em casa...”	1
		“...a mistura das duas insulinas”	1
		“... está disponível no mercado em frascos e recargas”	1
		“As recargas são usadas nas canetas de insulina”	1
		“Já estão também disponíveis no mercado...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...canetas de insulina descartáveis com recargas prontas a usar”	1
		“Todo o diabético que tome insulina...”	1
		“...na parte de baixo do frigorífico”	1
		“Quando iniciar uma nova embalagem...”	1
		“A insulina não é responsável pela perda de visão...”	1
		“...ou por outras situações...erradamente...atribuídas”	1
		“Não é verdade que o corpo humano se habitue à insulina...”	1
		“...e que...o seu uso possa ser temporário”	1
		“Através de várias injeções e misturas de insulina...”	1
		“...é possível reproduzir melhor o...indivíduo saudável”	1
		“...que...todo o diabético que toma insulina...”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação	“Graças à descoberta da insulina...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...A esperança de vida do diabético foi...melhorada”	1
		“No nosso país...”	1

A categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do Modelo de Saúde Ecológico, tem uma expressão significativa com 57 UE, seguida da categoria “Cultura de Controlo” com 38 UE, do mesmo modelo. Com expressões reduzidas, estão as categorias “Cultura de Subordinação”, “Corrente de Pensamento Mecanicista”, ambas do modelo Biopatológico e a categoria do Modelo de Saúde Comunitário “Foco de Atenção Colectivo”, todas com 2 UE. Com 1 UE, está a categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do modelo Comunitário.



Apresentação dos Resultados

O modelo que se revela com maior expressão é o Ecológico (95 UE). Já o Modelo de Saúde Biopatológico tem 4 UE e o Comunitário 3. O modelo Biográfico não se encontra representado.

QUADRO 13: Folheto “Diabetes e Gravidez”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Lembre-se”	1
		“Planeie a gravidez...”	1
		“...e utilize métodos contraceptivos seguros”	1
		“Sim, é esse o objectivo”	1
		“Sim exactamente como uma mulher não diabética”	1
		“Consulte o seu médico...”	1
		“Não espere!”	1
		“Aproveite todo o prazer...”	1
	Ideologia Paternalista	“Folheto para as doentes”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“O risco é pequeno”	1
		“...o açúcar no sangue deve estar tão perto do normal quanto possível”	1
		“...pode necessitar de ensino adequado...”	1
		“...e de aprender a adaptar as doses de insulina...”	1
		“...aos valores da glucose no sangue”	1
		“...devem ir a uma consulta especializada”	1
		“...(autocontrolo da glucose, múltiplas injeções de insulina e duma dieta adequada)...”	1
		“...o controlo da Diabetes durante a gravidez...”	1
		“No entanto deverá ser internada no hospital...”	1
		“Deve encorajar os seus familiares...”	1
“Não são provocadas pela gravidez”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“Se já existirem, com cuidados especializados...”	1
		“...geralmente não pioram”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Diabetes e Gravidez”	1
		“As mulheres que desejam ter uma criança...”	1
		“...fazem frequentemente as seguintes perguntas”	1
		“Como mulher diabética...”	1
		“...as hipóteses do seu filho vir a ter Diabetes...”	1
		“...são...iguais às de um filho de uma mãe não diabética”	1
		“Não há praticamente casos conhecidos...”	1
		“...de bebés que já tenham nascido com Diabetes”	1
		“Desde que o açúcar no sangue esteja bem controlado...”	1
		“...antes e durante a gravidez...”	1
		“...o risco é apenas um pouco superior ao normal”	1
		“...o risco é...o mesmo que para uma mulher não diabética”	1
		“Antes de ficar grávida...”	1
		“Apesar de tudo...”	1
		“As mulheres com complicações da Diabetes...”	1
		“...necessita de ter cuidados especiais durante a gravidez”	1
		“...uma a duas semanas antes do final da gravidez”	1
		“Que é possível ter um bebé normal...”	1
		“...a vir consigo às consultas”	1
		“...que eles nos queiram colocar”	1
		“...assim como durante a gravidez”	1
		“...especialmente logo que fique grávida”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biográfico	Ideologia Paternalista	“...não é mais difícil do que o habitual”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“O meu filho terá Diabetes?”	1
		“O meu bebé terá malformações?”	1
		“O que é importante antes que eu engravide?”	1
		“Terei dificuldades especiais...”	1
		“...em controlar a minha diabetes durante a gravidez?”	1
		“O meu parto será normal?”	1
		“O que devo dizer aos meus familiares?”	1
		“Posso amamentar?”	1
	Ideologia Participativa	“Se a Diabetes estiver controlada...”	1
“...desde que obtenha um bom controlo da Diabetes”		1	
“...enquanto planeia...”		1	
Comunitário	Cultura de Cooperação	“Graças aos conhecimentos actuais...”	1
		“Teremos todo o prazer em responder a todas as questões...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...que a gravidez lhe pode proporcionar!”	1

A categoria “Foco de Atenção Colectivo” expressa com 22 UE, antecede a “Cultura de Controlo” com 13 UE, ambas do modelo Ecológico. Com 8 UE estão as categorias “Cultura de Subordinação” e “Corrente de Pensamento Humanista”, dos modelos Biopatológico e Biográfico, respectivamente. Neste folheto, a categoria “Ideologia Participativa” (Biográfico) tem 3 UE, seguindo-se a categoria “Cultura de Cooperação” com 2 UE, do modelo Comunitário.



Apenas com 1 UE estão as categorias “Ideologia Paternalista” dos modelos Biopatológico e Ecológico e a “Foco e Atenção Colectivo”, do modelo Comunitário.

Neste folheto, é o modelo Ecológico que sobressai com 36 UE. Já o Modelo de Saúde Biográfico tem 11 UE e o Biopatológico 9.

Com 3 UE está representado o modelo Comunitário.

QUADRO 14: Folheto “Prevenção da Hipoglicémia”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Lembre-se”	1
		“...tome açúcar imediatamente (1 ou 2 pacotes)...”	1
		“Não esqueça ou atrase refeições ou merendas”	1
		“Tome hidratos de carbono extra”	1
		“Advertência”	1
		“Tenha sempre açúcar consigo...”	1
		“Assegure-se que tem sempre açúcar consigo”	1
		“Traga também o seu cartão de...diabético”	1
		“Informe a...família e colegas do perigo...de hipoglicémia”	1
	“...e aconselhe-os a terem sempre açúcar à mão”	1	
	Ideologia Paternalista	“Folheto para os doentes”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“Prevenção da hipoglicémia”	1
		“Iniciando o tratamento com insulina”	1
		“A insulina baixa o açúcar no sangue”	1
		“...mesmo que não possa ou não saiba...”	1
		“...medir o seu açúcar no sangue”	1
		“...para contrabalançar a insulina”	1
		“Tenha cuidado com o álcool”	1
		“...o maior risco de hipoglicémia é...”	1
		“Em caso de dúvida telefone-nos...”	1
		Foco de Atenção Colectivo	“Os níveis de açúcar sobem e descem no sangue”
		“Quando o açúcar no sangue é demasiado baixo...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...pode sentir-se: com suores, com fome, ansioso...pode sentir os batimentos do seu coração”	1
		“Ao sentir-se nesta situação...”	1
		“Isto pode acontecer se...”	1
		“...(2 bolachas, sanduíche, pequena barra de chocolate)”	1
		“...(2 pacotes de açúcar,...doces)”	1
		“Enquanto se está a adaptar ao tratamento com insulina...”	1
		“...é aconselhável que falte...um dia ou dois”	1
		“Evite conduzir automóveis...”	1
		“... até que sinta confiança no seu tratamento com insulina”	1
		“Com o seu tipo de insulina...”	1
		“...de manhã, entre as...e as...”	1
		“...de tarde, entre as...e as...”	1
		“...depois do jantar, entre as...e as...”	1
		“...durante a noite, entre as...e as...”	1
Biográfico	Ideologia Participativa	“Não come o suficiente...”	1
		“Fizer exercício vigoroso ou muito cansativo”	1
		“A sua dose de insulina é demasiado elevada”	1
		“(o seu autocontrolo glicémico ajudará a ajustá-la)”	1
Comunitário	Foco de Atenção Colectivo	“(Durante o dia, telef...)”	1
		“(Durante a noite, telef...)”	1

A categoria do modelo Ecológico “Foco e Atenção Colectivo” está quantificada com 16 UE. Também com alguma expressão elevada, está a categoria “Cultura de Submissão”, do modelo Biopatológico, com 10 UE. A categoria “Cultura de Controlo”,

inserida no modelo Ecológico, está quantificada com 9 UE. Com expressão reduzida estão as categorias “Ideologia Participativa” (4 UE) do modelo Biográfico, a “Foco de Atenção Colectivo” (Comunitário) com 2 UE e, última a “Ideologia Paternalista”, do modelo Biopatológico, com 1 UE.

Neste folheto é o Modelo de Saúde Ecológico aquele de maior expressão – 25 UE. Segue-se o Biopatológico com 11 UE e os Biográfico e Comunitário com 4 e 2 UE, respectivamente.

QUADRO 15: Folheto “Prevenção das Lesões dos Pés”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Lembre-se que...”	1
		“Volte às consultas anuais de controlo...”	1
		“Faça o autocontrolo da Diabetes”	1
		“Deixe de fumar!”	1
		“Inspeccionar diariamente os seus pés”	1
		“Avisar se: pele dura, calos...úlceras”	1
		“Manter os pés limpos e secos”	1
		“Use cremes neutros...”	1
		“...use pó”	1
		“Mudar todos os dias de peúgas,...ou <i>colants</i> ”	1
		“Usar calçado mole, confortável e bem adaptado”	1
		“Limar as unhas em vez de cortá-las”	1
		“Não faça operações cirúrgicas na casa de banho!”	1
		“Importante”	1
		“...lave os pés com água morna”	1
		“Não ande descalço”	1
		“Não utilize loções...adstringentes e remédios para...calos”	1
“Avise a pedicura que é diabético”	1		
Ecológico	Corrente de Pensamento Mecanicista	“Para os doentes sem envolvimento vascular e/ou neuropático”	1
	Ideologia Paternalista	“Folheto para os doentes”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“Prevenção das lesões dos pés”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...para detectar as lesões do pé”	1
		“Deverá”	1
		“Evite extremos de temperatura...”	1
		“Em caso de dúvida consulte o seu médico”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“É possível prevenir as lesões dos pés...”	1
		“...as hospitalizações devido a infecções...”	1
		“...(se for difícil, utilize um espelho ou peça ajuda a um amigo)”	1
		“...se a pele for muito seca...”	1
	Corrente de Pensamento Mecanicista	“...se for húmida...”	1
		“...e os problemas vasculares”	1

A categoria “cultura de Subordinação”, do Modelo de Saúde Biopatológico tem a maior expressão, com 18 UE. Esta é seguida das categorias “Cultura de Controlo” e “Foco de Atenção Colectivo”, ambas do modelo Ecológico, com valores de enumeração iguais (5 UE). Apenas enumeradas com 1 unidade estão as categorias “Corrente de Pensamento Mecanicista”, “Ideologia Paternalista” (Biopatológico) e “Corrente de Pensamento Mecanicista” (Ecológico).

Os Modelos de Saúde Biográfico e Comunitário não estão, neste folheto, quantificados com nenhuma unidade.

Este folheto está caracterizado pela presença de dois Modelos de Saúde, com a sua maior representação no modelo Biopatológico com 20 UE, sendo seguido do modelo Ecológico com 11 UE

QUADRO 16: Folheto “Vigilância dos Problemas Oculares”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Lembre...”	1
		“Diga...”	1
		“...contacte imediatamente...”	1
	Ideologia Paternalista	“Folheto para os doentes”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“Vigilância dos problemas oculares”	1
		“Complicações tardias”	1
		“...podem ter complicações nos olhos”	1
		“Fazendo o exame regular aos olhos anualmente...”	1
		“...ajuda a prevenir problemas graves com a visão”	1
		“São pontos importantes de que se deve lembrar”	1
		“Os seu olhos devem ser examinados anualmente”	1
		“O exame deve ser feito com as pupilas dilatadas...”	1
		“...usando gotas oculares”	1
		“Evite conduzir...após um exame ocular...”	1
		“O exame dos seus olhos...”	1
		“Lembre-se da data da próxima consulta dos olhos”	1
		“Data da próxima consulta”	1
		“Assinado por:”	1
	“O doente”	1	
	Foco de Atenção Colectivo	“...é possível hoje prevenir as complicações oculares”	1
		“...complicações oculares são frequentemente silenciosas”	1
“Pode não sentir ou notar qualquer alteração na sua visão”		1	

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“Estas complicações apenas podem ser descobertas com um exame especial”	1
		“...especialmente à noite”	1
		“Se notar uma diminuição súbita da visão...”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação	“Graças aos novos tratamentos já disponíveis...”	1
		Foco de Atenção Colectivo	“Agora sabe que os doentes diabéticos...”
		“...o seu médico da data prevista”	1
		“...ao seu médico dos olhos que tem Diabetes”	1
		“...apenas pode ser feito por um oftalmologista...”	1
		“...ou por um médico com treino adequado...”	1
		“...o optometrista não o sabe fazer”	1
		“...o seu médico”	1
		“O médico”	1

A categoria “Cultura de Controlo” (Ecológico) apresenta uma expressão significativa (15 UE), seguida pela categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do modelo Comunitário, com 8 UE. Com 6 UE está quantificada a categoria “Foco de Atenção Colectivo” (Ecológico). Também representadas, estão as categorias “Cultura de Submissão” com 3 UE, “Ideologia Paternalista” (ambas do modelo Biopatológico) e “Cultura de Cooperação”, estas duas últimas com 1 UE.

Neste folheto é o Modelo de Saúde Ecológico aquele com maior número de unidades (21 UE). O Modelo de Saúde Comunitário tem 9 UE e o Biopatológico 4 UE. Já o modelo Biográfico não está expresso neste folheto.

QUADRO 17: Folheto “Perda da Sensibilidade Dolorosa”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Lembre-se que”	1
		“Verifique se existem lesões nos pés todos os dias, de manhã e à noite”	1
		“Examine-os sempre que tira as meias”	1
		“Procure pequenas lesões ou sinais de pressão...”	1
		“Verifique sempre com a mão a parte interna dos sapatos, antes de os calçar”	1
		“Desenhe a forma dos pés num pedaço de cartão”	1
		“Corte-o e introduza dentro dos sapatos...”	1
		“Não ande descalço especialmente na praia...”	1
		“...e nunca calce sapatos sem meias”	1
		“Não utilize botijas de água quente ou aparelhos eléctricos...”	1
		“Verifique a temperatura da água com um termómetro antes de tomar banho!”	1
		“Não ultrapasse os 37°C”	1
		“Nunca utilize instrumentos cortantes...para cuidar dos pés!”	1
		“Não faça cirurgia na casa de banho”	1
		“...não ande sobre o pé!”	1
	Ideologia Paternalista	“Folheto para os doentes”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“Complicações tardias e prevenção de amputações”	1
		“...provocou-lhe perda de sensibilidade dolorosa nos pés”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Foco de Atenção Colectivo	“Pode proteger os seus pés”	1
		“Deve utilizar uma lima de esmeril...”	1
		“...se lhe aparecer uma lesão”	1
		“...previnem a amputação!”	1
		“Isto significa que perdeu o alarme em caso de feridas ou queimaduras”	1
		“..uma ferida nos pés vai-lhe doer...pouco ou mesmo nada”	1
		“No seu caso, a ausência de dor é perigosa”	1
		“A ferida pode infectar e causar problemas graves”	1
		“Qualquer lesão,...pode piorar e continuar desconhecida”	1
		“A infecção pode agravar-se de tal modo...”	1
		“...que o pé pode correr o risco de ser amputado”	1
		“Perdeu o “sistema de alarme à dor””	1
		“Necessita de substituí-lo por si próprio, por isso...”	1
		“...(vermelhidão)”	1
		“...assegurar-se que estes são suficientemente compridos e largos”	1
		“...para aquecer os pés...”	1
		“...em vez disso calce umas meias”	1
“...para não deixar crescer as unhas...”	1		
“...e uma pedra-pomes para remover os calos”	1		
“...com conhecimentos dos problemas da Diabetes”	1		
Biográfico	Ideologia Participativa	“Os cuidados diários com o pé...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Comunitário	Cultura de Cooperação	“Graças aos novos tratamentos já disponíveis...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“O seu médico demonstrou-lhe que a Diabetes...”	1
		“Informe-se da possibilidade de frequentar um quiropodista...”	1
		“Contacte imediatamente o seu médico...”	1

A categoria “Foco de Atenção Colectivo” (Ecológico) aparece de forma expressiva no folheto com 16 UE e “cultura de Subordinação “ (Biopatológico) com 15 UE. Outras categorias emergiram, mas com menor significância, como “Foco de Atenção Colectivo” (Comunitário) com 3 UE e “Ideologia Paternalista” (Biopatológico), “Ideologia Participativa” (Biográfico), “Cultura de Cooperação” (Comunitário), estas três com 1 UE.

O modelo que emerge neste folheto é o Ecológico com 22 UE, seguido do modelo Biopatológico com 16 UE. Enumerados com poucas unidades estão os modelos Comunitário (4) e Biográfico (1).

QUADRO 18: Folheto “Regras para os Dias de Doença e Acetona”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Nunca pare a insulina!”	1
		“Nunca pare a sua dose habitual de insulina”	1
		“Aumente a frequências dos testes”	1
		“Pesquise os corpos cetónicos na urina...”	1
		“...procure ajuda imediata”	1
		“Telefone imediatamente em caso de dúvida”	1
		“Contacte imediatamente”	1
	Corrente de Pensamento Mecanicista	“5-9 mmol/l, ou 90-160 mg/100 ml...”	1
		“10-14 mmol/l, ou 180-250 mg/100 ml...”	1
		“15-19 mmol/l, ou 250-350 mg/100 ml...”	1
		“20-25 mmol/l, ou 350-450 mg/100 ml...”	1
		“>25 mmol/l, ou 450 mg/100 ml...”	1
	“...for em mais de 10 mmol/l (180 mg/100 ml)”	1	
Ideologia Paternalista	“Folheto para os doentes”	1	
Ecológico	Cultura de Controlo	“Regras para os dias de doença e acetona”	1
		“Diabetes tipo 1”	1
		“Pode ser necessário ajustar as doses”	1
		“A medição da glucose no sangue...”	1
		“...fornece-lhe uma informação vital”	1
		“É importante...que faça os testes cada duas a três horas”	1
		“...e se estes forem +++ (três mais, roxo forte)...”	1
		“Se tiver vômitos com +++ de acetona...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“Deverá dirigir-se imediatamente ao hospital”	1
		“...assegure-se...providenciou ajuda imediata no hospital”	1
		“Ajustamento da dose de insulina”	1
		“...pode ser necessário aumentar a dose de insulina de acção rápida”	1
		“...(válido para as pessoas que tomam 40 a 50 unidades de insulina por dia)”	1
		“Estas doses podem ter necessidade de serem individualizadas”	1
		“Lembre-se de reavaliar o açúcar no sangue após três horas...”	1
		“...e a rever as necessidades de insulina...”	1
		“...actuando como abaixo indicado”	1
		“Se não houver acetona na urina”	1
		“...não injectar insulina adicional”	1
		“...2 unidades extra de insulina de acção rápida”	1
		“...4 unidades extra de insulina de acção rápida”	1
		“...6 unidades extra de insulina de acção rápida”	1
		“...para valores de glicose superiores aos indicados...”	1
		“...injecte 6 unidades...”	1
		“Se houver acetona e os valore da glucose...”	1
		“Dê mais: 10 unidades de insulina de acção rápida...”	1
		“...se 2 + (++) de acetona”	1
		“Dê mais: 15 unidades de insulina de acção rápida...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...se 3 + (+++) de acetona”	1
		“...(50 grs. de açúcar em 1 litro e chá...”	1
		“...50 grs. de açúcar correspondem a 10 colheres de chá cheias)...”	1
		“...50 grs. de açúcar correspondem a meio litro de Coca-Cola, limonada ou sumo de fruta)...”	1
		Beba pelo menos 2-3 litros de água em 24 horas...”	1
		“...é especialmente recomendada”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Uma doença pode fazer com que a sua Diabetes deixe de estar controlada...”	1
		“...e isto é mais frequente se existirem vómitos,..febre”	1
		“Quando está doente...”	1
		“...é normal observar níveis mais elevados de glucose (açúcar) no sangue...”	1
		“...do que quando está saudável”	1
		“Nome:”	1
		“Durante o dia, telef.”	1
		“Durante a noite telef.”	1
		“...guia sobre como ajustar a sua dose de insulina...”	1
		“Substituição de alimentos e líquidos”	1
		“Tente ingerir a quantidade habitual de alimentos...”	1
		“Se não conseguir comer...”	1
		“...ingira os alimentos como líquidos...”	1
		“...chá com açúcar...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...ou outros líquidos com açúcar...”	1
		“...tais como Coca-Cola ou limonada...”	1
		“...ou mais se tiver sede”	1
		“Uma sopa com sal (ex.caldo)...”	1
		“Os líquidos e o sal são necessários para substituir as perdas de água...”	1
		“...resultantes dos vômitos, diarreia ou sudação...”	1
		“...causada pela temperatura elevada do corpo (febre)”	1
Biográfico	Ideologia Participativa	“Os cuidados diários com o pé...”	1
		“...para onde se dirige”	1
		“Conforme os resultados dos testes que fez...”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação	“Graças aos novos tratamentos já disponíveis...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...procure ajuda médica imediata”	1
		“...e contacte imediatamente o seu médico”	1
		“Se contactou o seu médico...”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“...às horas a que está acostumado”	1

“Cultura de Controlo”, do modelo Ecológico, é a categoria quantificada em maior número (34 UE), seguida da categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do mesmo modelo, com 21 UE. No modelo Biopatológico estão quantificadas as categorias “Cultura de Submissão” e “Corrente de Pensamento Mecanicista” com 7 e 6 UE, respectivamente. Ambas com 3 UE, estão as categorias “ideologia Participativa” (Biográfico) e “Foco de Atenção Colectivo” (Comunitário).



Apresentação dos Resultados

Apenas com 1 UE estão as categorias “Ideologia Paternalista” (Biopatológico), “Cultura de Cooperação” e “Corrente de Pensamento Humanista” (Comunitário).

Neste folheto é dada o ênfase ao Modelo de Saúde Ecológico com 55 UE. Seguem-se os modelos Biopatológico (14 UE), Comunitário (5 UE) e Biográfico (3 UE).

QUADRO 19: Folheto “Perda de Peso”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“...diminua para metade”	1
		“Tenha consciência...”	1
		“Tome o pequeno almoço...”	1
		“...coma uma merenda entre as refeições principais”	1
		“...coma vegetais (aipo...cenouras, etc.)”	1
		“...beba água ou bebidas sem açúcar”	1
		“Não guarde grandes quantidades de comida em casa...”	1
		“...não deixe bolos e pasteis à “vista””	1
		Ideologia Paternalista	“Folheto para os doentes”
Ecológico	Cultura de Controlo	“Perda de peso”	1
		“Diabetes tipo II”	1
		“...tente evitá-las durante o período de perda de peso”	1
		“...pode ser ainda possível identificar erros nutricionais”	1
		“...tente apontar as quantidades...de alimentos que come”	1
		“...a seguir uma dieta restrita”	1
		“...a redução do peso só poderá ser obtida em duas fases...”	1
		“...com o objectivo de manter este novo peso”	1
		“...sentirá necessidade de controlar-se...”	1
		“...(ex. descontrolo da Diabetes)...”	1
		“...é a introdução de algum exercício físico...”	1
“...evite esforços intensos...”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Foco de Atenção Colectivo	“A diminuição da gordura do corpo...”	1
		“...vai melhorar o seu valor de açúcar no sangue...”	1
		“...e reduzir a necessidade de medicamentos (insulina ou comprimidos)”	1
		“...pode ajudar a tratar outras doenças relacionadas...”	1
		“...tais como o colesterol elevado, a tensão arterial alta e as dores nas costas ou nas articulações”	1
		“...o ideal é a perda de um a três quilos por mês”	1
		“...é diminuir a quantidade de alimentos que se come”	1
		“...durante dois ou três dias...”	1
		“Alguns conselhos úteis ...”	1
		“Uma pequena refeição pode ajudar...”	1
		“Se sentir tanta fome que não possa esperar...”	1
		“...até à próxima refeição ou merenda...”	1
		“Se tiver sede...”	1
		“...especialmente no frigorífico...”	1
		“...não hesite em deixar alguma comida no prato...”	1
		“...a qualquer refeição”	1
		“Algumas pessoas têm medo de perder peso...”	1
		“...pode associar-se à doença...”	1
		“...uma perda de peso desejada...”	1
		“...manter os resultados...”	1
“...pode ser difícil”	1		
“... durante uma hora...”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Ideologia Paternalista	“...durante meia-hora...”	1
		“Coma o menos possível de gorduras tais como: manteiga ... e fritos”	1
		“Facilmente descobrirá erros ocultos...”	1
		“...para o ajudar...”	1
		“...(e menos pesado!)”	1
Biográfico	Ideologia Participativa	“Se está a comer um determinado alimento em excesso (ex. massa, arroz,...queijo)...”	1
		“Se beber vinho ou outras bebidas alcoólicas...”	1
		“Se está a comer muito pouco e não bebe vinho...”	1
		“...na próxima consulta”	1
		“...durante um tempo limitado quando come menos...”	1
		“...depois, comendo as quantidades correctas de calorias...”	1
		“...e não voltará aos hábitos alimentares antigos”	1
		“O melhor modo de o conseguir...”	1
		“...nos seus hábitos diários...”	1
“...até que esteja bem treinado...”	1		
Comunitário	Cultura de Cooperação	“Peça ajuda à sua família ou amigos...”	1
		“É fácil perder peso...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Ninguém deve perder mais de um quilo por semana...”	1
		“É bem conhecido que a melhor maneira de perder gordura do corpo...”	1
		“...sobre os quais poderá falar com o seu médico...”	1
		“...para não “parecerem doentes””	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“É verdade que uma perda de peso indesejada...”	1
		“...está associada à saúde e juventude”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“...antes de uma festa ou...de ir comprar comida”	1
		“...andar a pé...”	1
		“...andar de bicicleta...”	1

À categoria “Foco de Atenção Colectivo” (Ecológico) são atribuídas 24 UE. “Cultura de Controlo”, do modelo Ecológico, é a categoria quantificada com 12 UE. A categoria “Ideologia Participativa” está representada com 10 UE. Seguem-se as categorias “Cultura de Controlo” (8 UE) do modelo Ecológico e “Foco de Atenção Colectivo” (6 UE) do modelo Comunitário. Enumeradas com 3 unidades estão as categorias “Ideologia Participativa” (Biográfico) e “Corrente de Pensamento Humanista” (Comunitário). Às categorias “Cultura de Cooperação” (Comunitário) e “Ideologia Paternalista” (Biopatológico) estão atribuídas 2 e 1 UE, respectivamente.

Neste folheto o Modelo de Saúde representado com maior expressão é, uma vez mais, o Ecológico (29 UE). O modelo Comunitário segue-o quantificado com 11 UE. Com 10 UE está enumerado o modelo Biográfico e, por último, o modelo Biopatológico com 9 UE.

QUADRO 20: Folheto “Plano de Refeições 1”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Lembre-se que:”	1
		“O seu plano de refeições...”	1
		“Não se esqueça de nenhuma refeição...”	1
		“...coma à hora certa”	1
		“Perigo!”	1
		“Transporte sempre...”	1
		“Coma imediatamente...”	1
		“...beba um sumo de fruta”	1
		“Estas são as suas primeiras instruções básicas”	1
	Ideologia Paternalista	“Folheto para os doentes”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“Plano de refeições”	1
		“Diabetes tipo I”	1
		“Introdução”	1
		“Como tem Diabetes...”	1
		“...os seus valores de glucose no sangue...”	1
		“... a aproveitar a glucose”	1
		“É seu dever controlar a glucose no sangue...”	1
		“...(que faz baixar a glucose no sangue)...”	1
		“É importante que coma suficientes hidratos de carbono...”	1
		“Estas devem ser divididas em 3 refeições...”	1
		“..não devem fazer parte da sua alimentação norma..!”	1
		“...podem ser usados para compensar o exercício extra...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“A comida com hidratos de carbono...”	1
		“Não comer hidratos de carbono suficientes=hipoglicémia”	1
		“Recomendações”	1
		“Tente comer a mesma quantidade de comida...”	1
		“...deve comer hidratos de carbono adicionais...”	1
		“(NB: não se pode tratar a Diabetes com álcool)”	1
		“Pode tomar bebidas dietéticas”	1
		“...(hipoglicémia)”	1
		“Na próxima consulta...”	1
		“Próxima consulta”	1
		“Data”	1
		“N.B. O plano de refeições...”	1
		“...está escrito no verso deste folheto”	1
		“Tipo de exercício”	1
		“Dose de insulina”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...estão aumentados”	1
		“A insulina ajudará o seu corpo...”	1
		“...com ajuda da insulina...”	1
		“...o que faz aumentar os seus níveis de açúcar”	1
		“...que lhe dão energia tais como: pão...frutas”	1
		“...e em 2/3 merendas durante o dia”	1
		“O açúcar, mel, doces e refrigerantes...”	1
		“...ou quando baixa o açúcar no sangue”	1
		“...aumenta o açúcar no sangue”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“A insulina baixa o açúcar no sangue”	1
		“o exercício baixa o açúcar no sangue”	1
		“...para os próximos dias: veja atrás...”	1
		“...todos os dias”	1
		“...vai baixar...”	1
		“...ex. um sumo de fruta ou uma fatia de pão...”	1
		“...sobre os níveis de açúcar no sangue”	1
		“...isto vai diminuir-lhe o açúcar no sangue”	1
		“...descer demasiado...”	1
		“...vai sentir tonturas e tremores...”	1
		“...1 ou 2 pacotes de açúcar...”	1
		“Exemplo de um plano de refeições...”	1
		“...para os próximos dias”	1
		“pequeno-almoço”	1
		“merenda”	1
		“almoço”	1
		“lanche”	1
		“jantar”	1
		“ceia”	1
			Ideologia Paternalista
“...falaremos novamente sobre este tema”	1		
Biográfico	Ideologia Participativa	“...e o que come...”	1
		“Se aumentar a sua actividade física...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...o seu açúcar no sangue...”	1
		“Ao testar a sua glicemia...”	1
		“Isto vai permitir-lhe ...”	1
		“Se beber álcool sem comer...”	1
		“...açúcar consigo”	1
		“Se o seu açúcar no sangue...”	1
Comunitário	Foco de Atenção Colectivo	“...uma maior flexibilidade...”	1
		“Assinatura do médico”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“...para uma hora a andar...”	1
		“...à velocidade normal”	1
		“...no futuro”	1

No modelo Ecológico, as categorias “Foco de Atenção Colectivo” e “Cultura de Controlo” estão quantificadas com 28 e 27 UE, respectivamente. Em contraste, estão as categorias “Cultura de Subordinação”, do modelo Biopatológico e “Ideologia Participativa” com 9 e 8 UE, respectivamente.

Por ordem decrescente, estão enumeradas as categorias “Corrente de Pensamento Humanista” (Comunitário) com 3 unidades, “Foco de Atenção Colectivo” (Comunitário) e “Ideologia Paternalista” com 2 unidades e, ainda “Ideologia Paternalista”, do modelo Biográfico com 1 unidade.

Este folheto é caracterizado pelo Modelo de Saúde Ecológico com 57 UE. Já o modelo Biopatológico está representado com 10 UE e o Biográfico e Comunitário, com 8 e 5 UE, respectivamente.

QUADRO 21: Folheto “Plano de Refeições 2”

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Ideologia Paternalista	“Folheto para os doentes”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“Plano de refeições”	1
		“Diabetes tipo II”	1
		“Este folheto não substitui...”	1
		“...uma prescrição dietética formal...”	1
		“..a mudar alguns hábitos nutricionais...”	1
		“...antes da sua consulta de nutrição”	1
		“Para controlar a sua Diabetes...”	1
		“...deverá seguir as seguintes regras simples...”	1
		“...a prevenir as complicações da Diabetes”	1
		“Pode comer os vegetais livremente...”	1
		“...como o aspartame e a sacarina”	1
		“Lembre-se de diminuir para metade...”	1
		“Tente diminuir a quantidade de carne magra,...leite e seus derivados (ex.queijo)”	1
		“...deve evitar as gorduras...”	1
		“...evite o álcool...”	1
		“Não deve comer ou beber açúcar...”	1
		“Tenha cuidado com alguns produtos “para diabéticos”...”	1
“...contendo frutose ou sorbitol...”	1		
	Foco de Atenção Colectivo	“...a reduzir o açúcar no sangue...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...deve ser dividida em...3 refeições mais 2 merendas”	1
		“Isto vai prevenir a fome...”	1
		“...e diminuir a subida de açúcar no sangue”	1
		“...que aparece normalmente após as refeições”	1
		“...(tomates, pepinos,...cenouras, etc.)...”	1
		“...assim como beber chá...e bebidas adoçantes...”	1
		“Tais alimentos têm poucas ou nenhuma calorias...”	1
		“Também os vegetais são ricos em fibras...”	1
		“...e podem melhorar o açúcar no sangue...”	1
		“...além de conterem todas as vitaminas necessárias”	1
		“...a quantidade de pão, batatas...e outros “salgados””	1
		“Se necessitar de perder peso...”	1
		“...(manteiga, óleo,...batatas fritas, nozes)...”	1
		“...(whisky,...e cerveja)”	1
		“...e alimentos com açúcar...”	1
		“...tais como chocolates,...e...refrigerantes...”	1
		“...mesmo os sumos de frutas naturais...”	1
		“...contém o açúcar da própria fruta”	1
		“...que são “açúcar escondidos””	1
		“Estes produtos podem ser ricos em gorduras”	1
		“Tente diminuir a ingestão de sal...”	1
		“...especialmente se a sua tensão arterial for alta”	1
		“Torne a sua comida mais saborosa...”	1
		“...com especiarias, ervas aromáticas, limão, etc...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biográfico	Ideologia Paternalista	“...no entanto, deverá ajudá-lo a começar...”	1
		“...que o podem ajudar...”	1
	Ideologia Participativa	“...a melhorar a sua saúde...”	1
		“A sua ingestão diária de alimentos...”	1

É no Modelo de Saúde Ecológico que emerge a categoria com o maior número de unidades “Foco de Atenção Colectivo” (25). A categoria “Cultura de Controlo”, do mesmo modelo, é representada com 18 UE. As categorias “Ideologia Paternalista” (Ecológico) e “Ideologia Participativa” (Biográfico) estão ambas quantificadas com 2 UE. Apenas com 1 UE, está a categoria “Ideologia Paternalista” do modelo Biopatológico.

Este folheto tem como principal modelo o Ecológico, com 45 UE. Com 2 e 1 UE, estão representados os modelos Biográfico e Biopatológico, respectivamente. O Modelo de Saúde Comunitário não se encontra representado neste folheto.

QUADRO 22: PERGUNTA 1

Na sua opinião, quais os objectivos dos esforços de Educação para a Saúde orientada para os diabéticos?

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“...que têm que gerir...”	1
		“...o doente tem que tomar atitudes...”	1
		“...ele tem que saber...”	1
		“...tem de aprender”	1
	Ideologia Paternalista	“...portanto vivemos com os doentes crónicos”	1
		“Os doentes crónicos são indivíduos...”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“O objectivo da educação...”	1
		“...para um controlo eficaz da doença”	1
		“Mais do que 90%...de todo o processo educativo...”	1
		“...que foi pioneira na educação do diabético”	1
		“Esta passa por todo o processo de informação e formação do doente...”	1
		“...ser eficaz, ser eficiente, prevenir, corrigir...”	1
		“...a probabilidade de aparecerem este tipo de afecções “explode”...”	1
		“O objectivo último é que o diabético tenha uma boa saúde...”	1
		“Não tenha só uma boa compensação da Diabetes...”	1
		“...para ter saúde”	2
		“...até noutros campos...”	1
		“Tem que alimentar-se bem...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...tem que ter uma actividade física regular...”	1
		“...não deve consumir álcool, tabaco...”	1
		“...a nível de boas práticas de saúde”	1
		“O objectivo final é que tenha uma boa compensação...”	1
		“É impedir...o aparecimento de complicações tardias...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Vivemos na época das doenças crónicas...”	1
		“...as doenças agudas foram praticamente vencidas ou quase todas vencidas...”	1
		“...aquela que é mais mediática...é a SIDA...”	1
		“...hoje é uma doença crónica...”	1
		“...que vem desde os finais do séc.19, passando aqui...”	1
		“...todos os dias estas doenças crónicas”	1
		“...da Diabetes a instabilidade acontece todos os dias”	1
		“É quando almoça, é quando janta, é quando se levanta...”	1
		“Isto permite...ser mais barato em termos económicos...”	1
		“...para o país atender estas pessoas...”	1
		“...doutra forma seria impossível...”	1
		“...a maior parte das doenças agudas passaram a ser crónicas...”	1
		“...a longevidade da população tem aumentado...”	1
		“...não só no aspecto de significados...”	1
		“Há cem anos eram pessoas muito limitadas...”	1
		“...necessita dessa boa compensação da Diabetes...”	1
		“...para ter um bom aparelho cardiovascular...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...para não ter as complicações tardias...”	1
		“..a boa compensação da Diabetes está...relacionada com os bons hábitos de vida, saudável”	1
		“...retardar ou minorar essas complicações”	1
		“...se não se consegue impedir...”	1
Biográfico	Ideologia Participativa	“...é que o diabético seja capaz de colaborar e de gerir...”	1
		“...a sua própria terapêutica...”	1
		“...a sua própria doença”	1
		“...capaz de ser um parceiro no tratamento da sua própria doença...”	1
		“...no aspecto de permitir autonomia e liberdade na própria doença”	1
		“Hoje a autonomia é uma “arma” de terapêutica fundamental”	1
Comunitário	Foco de Atenção Colectivo	“...estavam muito dependentes do médico, do enfermeiro”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“...é preciso uma hora para estar a conversar com a pessoa...”	1
		“...como ninguém”	1
		“...é um bom exemplo do bom comportamento...”	1

A categoria “Foco de Atenção Colectivo” é aquela expressa com o maior número de unidades (21), seguida pela “Cultura de Controlo” com 18 UE, ambas do modelo Ecológico. Com 6 UE está quantificada a categoria “Ideologia Participativa”, do modelo



Biográfico. Seguem-se as categorias “Cultura de Subordinação” (Biopatológico) com 4 UE, a “Corrente de Pensamento Humanista” (Comunitário) com 3 UE e “Ideologia Paternalista” (Biopatológico) com 2 UE. Apenas enumerada com 1 unidade está a categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do modelo Comunitário.

Esta questão está centralizada no Modelo de Saúde Ecológico com 39 UE. Os modelos Biopatológico e Biográfico estão representados com 6 UE. Com 4 UE está o modelo Comunitário.

QUADRO 23: PERGUNTA 2

Quais considera que deveriam ser?

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Ecológico	Cultura de Controlo	“Os objectivos são que o doente tenha um conhecimento mínimo da doença...”	1
		“...objectivos seriam criar instituições e condições locais...”	1
		“...para formar as pessoas...”	1
		“...formar os formadores”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...tenha uma compreensão mínima e eficaz da terapêutica...”	1
		“...do que se pretende com a terapêutica...”	1
		“...incluindo a diabética...”	1
		“...dia-a-dia conforme a situação”	1
		“Porque formar não é passar uma injeção para a mão...”	1
		“...e dizer “agora tem de tomar três por dia”...”	1
Ideologia Paternalista	“...passar uma injeção são...5 minutos ou menos...”	1	
	“...isto leva tempo é preciso paciência e custa dinheiro...”	1	
Biográfico	Ideologia Participativa	“...ser capaz de efectuar essa terapêutica...”	1
		“...adequada às suas necessidades...”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação	“...é preciso conversar com a pessoas...”	1
		“...é preciso perceber os seus problemas...”	1
		“...é preciso saber as suas representações, o meio social em que vivem, profissional”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...conseguir confiança...”	1
		“...conseguir criar uma empatia”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“...que tenha uma boa vida”	1
		“É ter uma vida longa e saudável...”	1
		“...com qualidade de vida tanto quanto possível”	1

A categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do modelo Ecológico, está quantificada em maior número de unidades (7), Às categorias “Cultura de Cooperação” (Comunitário), “Cultura de Controlo” (Ecológico) e “Corrente de Pensamento Humanista” (Comunitário) estão atribuídas 5, 4 e 3 UE, respectivamente. Com menos UE estão as categorias “Ideologia Participativa” (2), do modelo Biográfico e “Ideologia Paternalista” (1), do modelo Ecológico.

Esta questão aborda, essencialmente, contextos inseridos no Modelo de Saúde Ecológico (12 UE). Com 8 e 2 UE estão representados os modelos Comunitário e Biográfico, respectivamente. Ao modelo Biopatológico não foi atribuída nenhuma categoria.

QUADRO 24: PERGUNTA 3

No local onde trabalha, identifique e descreva o perfil das pessoas dedicadas à elaboração das diferentes formas de comunicação, para a educação do diabético.

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“...tem que educar para a saúde...”	1
		“...tem que ensinar o doente a ter competências...”	1
		“...de cumprir as regras alimentares”	1
		“...isto tem de estar tudo interligado”	1
		“...é fundamental...”	1
		“...ter consciência...”	1
		“...faz parte das funções...”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“...no processo de educação...”	1
		“...sobretudo no caso dos diabéticos tipo 1...”	1
		“...tenham conhecimento teórico e prático da situação...”	1
		“...sejam capazes de transmitir os seus conhecimentos...”	1
		“...e verificar se essa transmissão foi adequada ou não”	1
		“...para melhor aconselhar a distribuição dos alimentos”	1
		“...para poder coordenar as porções alimentares...”	1
		“...e os cuidados a ter com os diferentes nutrientes”	1
		“...que nos alerta...”	1
		“...para um doente que começou a ter uma anemia...”	1
		“...sendo esta análise a principal...”	1
		“...práticas que está a ter estão a ter resultados positivos”	1
“...educação...tratamento e...acompanhamento do doente”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Foco de Atenção Colectivo	“São esses todos os intervenientes...”	1
		“Devem ser pessoas qualificadas...”	1
		“...temos várias especialidades...”	1
		“Há pessoas que têm um cariz mais receptivo...”	1
		“...há outros com uma especialidade mais técnica...”	1
		“...serão pessoas mais difíceis de incluir...”	1
		“...é preciso ter alguma habilidade...”	1
		“...para lidar com pessoas algumas cegas ou quase cegas”	1
		“...lá fora com publicações...”	1
		“Aqui há muitas condições para a formação...”	1
		“Os mais vocacionados para a formação...”	1
		“...são os que têm contacto directo com o doente”	1
		“...tendo em atenção a terapêutica que o doente tem...”	1
		“Tem...de ter em atenção a idade, a composição corporal, a sua actividade física...”	1
		“Os outros intervenientes...têm um papel importante...”	1
		“...são os primeiros a atender, a serem simpáticos...a orientar a consulta...”	1
		“...funciona interligado com a consulta...”	1
		“...que subiu ou que desceu...”	1
		“...que nos dá o resultado no próprio dia...”	1
		“...da compensação da Diabetes...”	1
		“...para nós e para o próprio doente...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Corrente de Pensamento Mecanicista	“...para uma hemoglobina A _{1c} ...”	1
	Ideologia Paternalista	“...para este tipo de doentes...”	1
		“...o que nem em todos os sítios acontece”	1
Biográfico	Ideologia Participativa	“...a serem executados pelo próprio doente...”	1
		“...de fazer um auto-controlo...”	1
		“...de fazer a auto-injecção...”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação	“...todas estas pessoas estão sensibilizadas para isso”	1
		“...onde intervimos ou lemos...”	1
		“...as pessoas são muito sensibilizadas para isso”	1
		“...que se vão preocupar com a parte da alimentação...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Há enfermeiras, há dietistas e há médicos”	1
		“...há diabéticos da própria casa...”	1
		“Isto aqui é um oásis”	1
		“Aqui temos psicólogos, nutricionistas, enfermeiros...”	1
		“...o oftalmologista é...mais técnico...”	1
		“Aqui a preocupação é...”	1
		“...cursos que temos cá dentro...”	1
		“Aqui defendemos a equipa multidisciplinar...”	1
		“...é o médico que dá a terapêutica...”	1
		“...a enfermeira que tem de estar em consonância com o médico...”	1
		“...o médico com a enfermeira na continuidade dos cuidados...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“Temos...a nutricionista e a dietista..”	1
		“Temos um laboratório que funciona muito bem...”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“Isto...a nível de campos de férias”	1

Novamente, é a categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do modelo Ecológico, que é atribuído o maior número de unidades com 21. Seguem-se as categorias “Cultura de Controlo” (Ecológico) e “Foco de Atenção Colectivo” (Comunitário), ambas com 13 UE.

Á categoria “Cultura de Subordinação”, do modelo Biopatológico, está atribuída 7 UE. Com 4, 3 e 2 UE, estão as categorias “Cultura de Cooperação” (Comunitário), “Ideologia Participativa” (Biográfico) e “Ideologia Paternalista” (Ecológico), respectivamente.

Apenas com 1 UE estão representadas as categorias “Corrente de Pensamento Mecanicista” (Ecológico) e “Corrente de Pensamento Humanista” (Comunitário).

Esta questão tem no Modelo de Saúde Ecológico a sua maior referência (37 UE). Segue-se o modelo Comunitário com 18 UE.

Já com menor representação, estão os modelos Biopatológico e Biográfico com 7 e 3 UE, respectivamente.

QUADRO 25: PERGUNTA 4

Até que ponto, a sua instituição avalia a eficácia, da educação da saúde, junto do diabético e se não o faz como considera que deveria fazer essa avaliação?

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“...não o faz correctamente...”	1
		“...nunca se fazem avaliações...”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“...com os resultados obtidos pelos ensinados...”	1
		“...os parâmetros são...difíceis e implementar”	1
		“...os parâmetros que nós temos são...analíticos”	1
		“...as pessoas...submetidas a um processo de educação...”	1
		“...são avaliadas clinicamente...”	1
		“...faz-se...uma avaliação de todo o processo educativo...”	1
		“A avaliação principal é feita com os resultados...”	1
		“Avalia se o valor...”	1
		“...é um valor fiável...”	1
		“São feitas consultas de revisão...”	1
		“...avaliar o grau de satisfação, o grau de conhecimento que têm”	1
		“Há...uma consulta em grupo de jovens...”	1
		“...no fim das consultas perguntamos...”	1
		“Temos vários mecanismos de avaliação...”	1
		“...temos um certo grau de avaliação dos nossos doentes”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Acho que tenta fazê-lo mas não o faz”	1
	“...as pessoas, os ensinantes não são confrontados...”	1	

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...é-lhes difícil saber se...estão a transmitir ou não os conhecimentos...”	1
		“...se as pessoas compreenderam ou não...esses conhecimentos...”	1
		“...no caso de terem compreendido...”	1
		“...se os põe ou não em prática”	1
		“...as pessoas que vêm à consulta periodicamente...”	1
		“...temos a noção do que se está a passar...”	1
		“...de compensação da Diabetes”	1
		“...e nos dá uma grande ajuda...”	1
		“...se tem vindo progressivamente a melhorar...”	1
		“...se se mantém bem ou se tem oscilações”	1
		“...o doente está a ter bons resultados...”	1
		“...em relação a outros parâmetros...”	1
		“...a tensão arterial, o peso, em relação à alimentação”	1
		“...da parte da enfermagem, da parte da nutrição”	1
Corrente de Pensamento Mecanicista	“...a Hemoglobina A _{1c} ...”	1	
	“...da Hemoglobina A _{1c} ...”	1	
Ideologia Paternalista	“...aquilo que sabe, que não sabe...”	1	
	“...que não serão tão exaustivos...”	1	
Biográfico	Ideologia Participativa	“...participam na educação...dos seus pares, de outros doentes”	1
		“...se se sentiram satisfeitos, se foram informados”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Comunitário	Cultura de Cooperação	“...há um tipo de relação que se estabelece na base da confiança e de maior abertura”	1
		“...as pessoas têm uma capacidade de confiança para pedirem ajuda”	1
		“...recorrem aos nossos doentes...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Temos aqui...um aspecto muito característico...”	1
		“...há uma certa familiaridade com os doentes...”	1
		“...os doentes já cá vêm à 10, 20 ou 30 anos...”	1
		“O médico também avalia...”	1
		“Temos vários trabalhos feitos na casa...”	1

À categoria “Foco de Atenção Colectivo”, do modelo Ecológico, atribui o maior número de unidades (16). Seguiu-se a categoria “Cultura de Controlo”, do mesmo modelo, com 15 UE. Menos enumeradas estão as categorias “Foco e Atenção Colectivo” (Comunitário) com 5 UE, “Cultura de Cooperação” (Comunitário) com 3 UE e “Cultura de subordinação” (Biopatológico), “Corrente de Pensamento Mecanicista” (Biográfico), “Ideologia Participativa” (Biográfico) e “Ideologia Participativa” (Comunitário) estes últimos, todos com 2UE.

Nesta questão sobressai o Modelo de Saúde Ecológico com 35 UE. Muito aquém, os modelos Comunitário (8 UE), Biopatológico e Biográfico (2 UE).

QUADRO 26: PERGUNTA 5

Até que ponto é monitorizada a satisfação do doente, relativamente à forma como é transmitida a educação do diabético e se não se faz como considera que deveria ser feita?

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Habitualmente não se faz...”	1
	Foco de Atenção Individual	“...da sua própria vivência com a doença...”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“É monitorizada de uma forma primária...”	1
		“...é evidente que todos respondem...”	1
		“...devia confrontar o doente...”	1
		“...mas devia-se fazer”	1
		“...o que se faz são pequenos inquéritos de satisfação...”	1
		“...muito episodicamente...”	1
		“não se tem feito de uma forma estruturada”	1
		“...fazem...pequenos inquéritos...”	1
		“...permitem ter uma noção...”	1
		“Monitorizar o grau de satisfação...”	1
		“...vai para outro educador...”	1
		“Temos que esperar pelas análises do laboratório”	1
		“...qual a melhor forma de monitorizar”	1
		“Os <i>timings</i> de atendimento da consulta...”	1
		“...qual a melhor forma de avaliar”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...perguntando ao doente se está satisfeito...”	1
	“...à priori que sim...”	1	
	“...um doente confrontado com determinadas situações...”	1	

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...quando vai lá da primeira vez...”	1
		“...que vá dizer que não”	1
		“...com situações reais...”	1
		“...uma vez identificados...”	1
		“...daquilo que falha e que não falha”	1
		“...temos uma pressão...grande do número de doentes”	1
		“...as consultas são demoradas”	1
		“...que um doente entre à frente do outro...”	1
	Ideologia Paternalista	“...”Você vai ficar ceguinho”...”	1
		“...que não são muito extensos...”	1
		“...que são simples...”	1
		“...é complicado”	1
		“Às vezes não percebem...”	1
		“...”Você vai ficar ceguinho”...”	1
Biográfico	Cultura do Individualismo	“...identificar os seus problemas...”	1
		“...lidar com eles”	1
	Ideologia Participativa	“...anónimos e fáceis de preencher”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação	“...toda a gente seja simpática...”	1
		“É o nosso sentir...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...se queixam mais...dos tempos de espera...”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“...sentem-se satisfeitos...como são tratados...”	1

“Cultura de Controlo”, no modelo Ecológico, é a categoria com mais unidades (15 UE). Do mesmo modelo vem a categoria enumerada em segundo com mais unidades (11 UE). Com 5 UE vem a categoria “Ideologia Paternalista”, também do mesmo modelo. As categorias “Cultura de Individualismo” (Biográfico) e “Cultura de Cooperação” (Comunitário) estão ambas enumeradas com 2 unidades. Por último, estão as categorias “Cultura de Subordinação”, “Foco de Atenção Individual”, estas duas do modelo Biopatológico, “Ideologia Participativa” (Biográfico), “Foco de Atenção Colectivo” e “Corrente de Pensamento Humanista”, estas últimas do modelo Comunitário, apenas com 1 UE.

O Modelo de Saúde Ecológico tem, nesta questão, 31 UE. Seguem-se os modelos Comunitário, Biográfico e Biopatológico com 4, 3 e 2 UE, respectivamente.

QUADRO 27: PERGUNTA 6

Na sua opinião, que conceitos e informações pensa que devem ser abordados nos folhetos, desdobráveis, etc., para motivar o diabético na educação da sua saúde?

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“Têm que ser folhetos...”	1
		“Não é dizer...”	1
		“...é dizer...”	1
		“Têm que ser...”	1
		“...têm que motivar o doente...”	1
		“Tem que se educar os doentes...”	1
		“Ele tem que aprender...”	1
		“...têm que o responsabilizar...”	1
		“Não pode pôr...”	1
	Foco de Atenção Individual	“...não acredito muito nos folhetos e nos desdobráveis...”	1
	“Acho que não é eficaz...”	1	
	“...a ser ele a tratar-se a si próprio”	1	
	“...é ele que se trata a si próprio”	1	
Ecológico	Cultura de Controlo	“O folheto é apenas um instrumento”	1
		“...agarra no folheto e entrega ao doente...”	1
		“...que são distribuídos”	1
		“...informações pequenas, desdobradas por temas...”	1
		“...que o vai tratar...”	1
		“...como fazê-lo...”	1
		“...qualquer informação que lhe seja dada oral...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Foco de Atenção Colectivo	“...na consulta ou em folhetos...”	1
		“...a não ser como informação a “granel”...”	1
		“...dada numa primeira entrevista”	1
		“...porque o doente chega a casa...”	1
		“A maneira como se lida com o folheto...”	1
		“...o doente que está na sala de espera tem lá um mostruário com folhetos...”	1
		“...ou é-lhe entregue um...”	1
		“Basicamente são...”	1
		“...folhetos simples, claros”	1
		“Com toda esta informação escrita...”	1
		“...ou é muito simples ou tem de ser acompanhada por alguém...”	1
		“...para os explicar”	1
		“...frases muito simples...”	1
		“...”...andando bem compensado”	1
	“O doente crónico, em particular o diabético...”	1	
	“...o bem-estar do diabético...”	1	
	Ideologia Paternalista	“...e pronto acabou-se, está feito o contacto com o folheto”	1
		“...não volta a entrar em cena”	1
		“...lê como quem lê a “Maria”...”	1
“...o “se não fizer isto”...”		1	
Biográfico	Cultura do Individualismo	“...e provavelmente nem olha para aquilo...”	1
		“...ou se olha, olha enviesado...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO	
	Foco de Atenção Individual	“...vai recolher um se quiser...”	1	
		“...vai para casa e lê ou não lê...”	1	
		“...a responsabilidade só em terceiros...”	1	
		“...sempre pela positiva e pela motivação...”	1	
		“...tem...que se motivar o doente...”	1	
		“...a ser ele próprio a encontrar o seu caminho”	1	
		“...por si próprio”	1	
		...que ele necessite para ter esse bom desempenho”	1	
		Ideologia Participativa	“...o principal responsável pelo...êxito da saúde...”	1
			“...está na sua própria mão”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação	“...que o vai ajudar...”	1	
		“...pode ajudar a criar os instrumentos e..conhecimentos...”	1	
	Foco de Atenção Colectivo	“...é o enfermeiro, ou o médico, ou o dietista...”	1	
		“...temos aqui uma série deles que fazemos...”	1	
		“...aquilo que ...temos são informações muito simples...”	1	
		“...sentido de sensibilização, uma sensibilização positiva”	1	
		“Esses são aqueles folhetos que...temos simples...”	1	
		“...não é o médico, a enfermeira ou a instituição...”	1	
	Corrente de Pensamento Humanista	“O técnico de saúde...médico, enfermeiro, dietista...”	1	
		“...”...você vai ter uma vida normal...”...”	1	
		“...criando...uma força interior ás pessoas”	1	

Com 15 UE apresenta-se a categoria “Foco de Atenção Colectivo” do modelo Ecológico. A segunda categoria enumerada é a “Cultura de Submissão”, do modelo Biopatológico, com 9 UE. Com 8 e 7 UE estão categorizadas “Cultura de Controlo” (Ecológico) e “Foco de Atenção Colectivo” (Comunitário), respectivamente. Ambas com 5 unidades, estão as categorias “Cultura de Individualismo” e “Foco de Atenção Individual”, do modelo Biográfico. As categorias “Foco de Atenção Individual” (Biopatológico) e “Ideologia Paternalista” (Ecológico) têm 4 UE. Com 2 UE estão as categorias “Ideologia Participativa” (Biográfico), “Cultura de Cooperação” e “Corrente de Pensamento Humanista”, estas últimas do modelo Comunitário.

Nesta questão, 27 UE são atribuídas ao modelo Ecológico. Os Modelos de Saúde Biopatológico, Biográfico e Comunitário têm 13, 12 e 11 UE, respectivamente.

QUADRO 28: PERGUNTA 7

Descreva o tipo de comunicação e “exemplos de expressões” que podem promover a autonomia do doente diabético:
Subordinação; Controle; Paternalismo

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“...uma subordinação do doente...”	1
		“...têm que ter elementos e dados...”	1
		“...”faça isto”...”	1
		“...é completamente errado...”	1
		“...”faça”...”	1
		“Têm de saber...”	1
		“...tem de se preocupar...”	1
		“...tem de ter...”	1
	Foco de Atenção Individual	“...tens de fazer isto ou aquilo...”	1
		“,,não tenho conhecimento directo...”	1
		“...embora esteja em crer que seja a mesma coisa”	1
	Ideologia Paternalista	“...mesmo se recusa...a compreender os porquês”	1
		“...”o <i>xôtor</i> é que sabe”	1
		“...provavelmente comigo aconteceria a mesma coisa...”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“O paternalismo do médico com o doente...”	1
		“...o que deve ou não deve saber...”	1
		“Nos folhetos tenta-se inculcar ao doente...”	1
		“...a transferência é quase sistemática”	1
		“...é...um dos principais problemas da educação”	1
		“O doente não mostra controle”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...esse controle”	1
		“...quando chega a altura da consulta...”	1
		“...que sejam reflexo do controle...”	1
		“...durante o período entre consultas”	1
		“...”deve fazer isto”...”	1
		“O que se deve usar...”	1
		“...”procure fazer porque a partir daí...”	1
		“...eu cumpri o meu trabalho de educadora...”	1
		“...quando eu disser...”	1
		“O meu papel está cumprido...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...em relação ao médico...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Em relação aos outros profissionais...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Quase...sistematicamente os doente...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...sobretudo os de maior idade...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...e sobretudo as mulheres...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...confrontados com o querer-se transferir para eles...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...necessidade de fazer qualquer coisa...”	2
	Foco de Atenção Colectivo	“Não se verifica se o doente primeiro percebe...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...os doentes não são estratificados...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...conforme a...capacidade de entenderem as mensagens”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...pode não ser em absoluto nada claro...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...para uma pessoa de 70 anos vinda da província...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...é bombardeado com toda a espécie de informação...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...logo no primeiro dia...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“A tendência é...”	1
		“...para com o profissional de saúde...”	1
		“...está a desaparecer...”	1
		“...e está a ser substituído por um antípoda...”	1
		“...é o querer transferir para o doente...”	1
		“...a responsabilidade toda”	1
		“...numa doença crónica como...a Diabetes”	1
		“...o que é bom fazer e o que não é bom fazer...”	1
		“A liberdade não é facilidade...”	1
		“...conhecimento...”	1
		“Há um termo muito utilizado e próprio...”	1
		“...devemos ser o menos possível”	1
		“É bom que o doente se revolte...”	1
		“...eu costumo dizer para um doente...”	1
		“...e quem tem razão é ele”	1
Ideologia Paternalista	“...o que também é errado...”	1	
	“Todos somos paternalistas...”	1	
	“...contra esse paternalismo...essa direcção...”	1	
Biográfico	Cultura do Individualismo	“...recusa-se a fazê-lo...”	1
		“A transferência da responsabilidade...”	1
		“...por não fazer ele próprio...”	1
		“O não querer aceitar...”	1
		“Mostra...culpa...”	1
		“Tem sentimentos de culpa...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Foco de Atenção Individual	“Essa culpa...traduz-se por agressividade...”	1
		“...parte da responsabilidade no tratamento e na avaliação dos seus problemas...”	1
		“...as próprias responsabilidades...”	1
		“...porque se apercebem...”	1
		“...para ser livre tem de se conhecer...”	1
		“...a pessoa para ser livre e responsável...”	1
		“...consigo própria...”	1
		“...conhecimento de si próprio”	1
		“...responsabilidade por si próprio...”	1
		“...conhecer-se melhor a si próprio”	1
	Ideologia Participativa	“...e no caso de ler...”	1
		“...o autoconhecimento...”	1
		“...autonomia...”	1
		“...autoestima...”	1
		“...quanto mais depressa e melhor ele for capaz...”	1
		“...de ser ele próprio a tomar decisões...”	1
		“...”não, eu tenho de fazer de outra maneira”	1
“...quando ele tiver mais razão do que eu...”	1		
Comunitário	Cultura de Cooperação	“...responsabilidade por terceiros...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Ainda hoje existe na nossa população...”	1
		“...tentando que seja o médico a dizer...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“Aquilo que é claro para qualquer pessoa...”	1
		“...que chega a um centro mais especializado na doença...”	1
		“...para o médico e...outros profissionais”	1
		“As expressões não são de obrigatoriedade...”	1
		“...são mais de sensibilização...”	1
		“...directivos em certos momentos...”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“...pode ter uma qualidade de vida melhor...”	1
		“Acho que liberdade, a pessoa ser livre...”	1
		“...serem livres de escolherem o seu caminho”	1
		“...liberdade...”	1
		“...”adaptar a Diabetes à vida...””	1
	Ideologia Participativa	“”...e não encaixar a vida na Diabetes”	1
		“...a responsabilidade tem de ser partilhada...”	1
		“...que vai conseguir resolver o problema da saúde...”	1
		“...responsabilidade dentro da sociedade...”	1

A categoria “Foco de Atenção Colectivo” do modelo Ecológico tem 30 UE. Já “Cultura de Controlo”, do mesmo modelo, tem 15 UE. As categorias “Cultura de Subordinação” (Biopatológico) e “Foco de Atenção Individual” (Biográfico) têm 9 UE. Com 8 UE estão as categorias “Ideologia Participativa” (Biográfico) e “Foco de Atenção Colectivo” (Comunitário). As categorias “Cultura de Individualismo” (Biográfico) e “Corrente de Pensamento Humanista” (Comunitário) apresentam 7 e 6 UE respectivamente. Com 3 UE estão as seguintes categorias: “Foco de Atenção Individual” e “Ideologia Paternalista”, ambas do modelo Biopatológico,



“Ideologia Paternalista” (Ecológico) e “Ideologia Participativa” (Comunitária). Apenas com 1 unidade está enumerada a categoria “Cultura de Cooperação” do modelo Comunitário.

Nesta questão sobressai com 48 UE o Modelo de Saúde Ecológico. Segue-se, com 24 UE o modelo Biográfico. Com 18 e 15 UE estão os modelos Comunitário e Biopatológico, respectivamente.

QUADRO 29: PERGUNTA 8

Na sua opinião, para uma promoção da saúde eficaz, que pessoas e perfis técnicos/ profissionais devem fazer parte da equipa responsável pela elaboração desses folhetos, desdobráveis, etc?

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“...têm que ser...”	2
Ecológico	Cultura de Controlo	“...pessoas que tenham um conhecimento razoável...”	1
		“...teórico e prático da doença...”	1
		“...que estão a tratar...”	1
		“...pessoas capazes...”	1
		“...tenham aprendido...técnica de comunicação eficaz...”	1
		“...e avaliação dessa comunicação com os doentes”	1
		“...que nos ajuda a ditar a construção dos folhetos”	1
		“...pedimos ajuda na “feitura”...”	1
		“Há que ser directivo...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“A nível profissional qualquer pessoa...”	1
		“...e estar a trabalhar no assunto...”	1
		“...está imediatamente qualificada para o ensino...”	1
		“...sem ter aprendido como se ensina”	1
		“...e depois lançam-se e experimentam-se...”	1
		“Todos um pouco”	1
		“...a alimentação será...da responsabilidade das técnicas da alimentação...”	1
		“...as doses de insulina e da terapêutica...”	1
“...serão dos médicos e dos enfermeiros”	1		

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Ideologia Paternalista	“...tem de ser a equipa a ser ouvida e dar a sua opinião”	1
		“não é uma instituição nem uma equipa multidisciplinar...”	1
		“...mesmo dos diabéticos”	1
		“...é açúcar, gordura e sal que se vendem nas cantinas”	1
		“...já cá estamos há muitos anos...”	1
		“...já cometemos muitos erros...”	1
Comunitário	Cultura de Cooperação	“...dão-se a doentes para pedir a opinião deles”	1
		“...com muita ajuda de doentes crónicos...”	1
		“...a começar com muita força com a escola...”	1
		“...com a família,,,”	1
		“...com o Ministério da Saúde”	1
		“É preciso trabalhar a nível das escolas dos currículos transversais...”	1
		“...numa cadeira de saúde...”	1
		“...tratar dos temas da promoção da saúde...”	1
		“...dar o exemplo nas escolas...”	1
		“...e muito melhoraria se se cortasse só as bebidas açucaradas”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...pelo facto de ser médico ou enfermeira...”	1
		“Temos...aqui um psicólogo...”	1
		“À base da nossa experiência...”	1
		“Normalmente são médicos e psicólogos...”	1
		“...que cá estão há algum tempo e alguns...fazem parte dos quadros...da casa”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Corrente de Pensamento Humanista	“...todos nós temos alguma sensibilidade para isto...”	1
	Ideologia Participativa	“Este é um problemas que é de toda a sociedade...”	1
		“...contra a obesidade...”	1
		“...contra o sedentarismo...”	1
		“...a favor de uma alimentação correcta...”	1
		“...contra os alimentos excessivos...tóxicos...”	1
		“...os consumos...de uma maneira saudável e aberta”	1
		“A obesidade infantil é já uma realidade...”	1

Enumerada com 13 unidades está a categoria “Foco de Atenção Colectivo” (Ecológico) seguida da “Cultura de Cooperação” (Comunitário) com 10 UE. Com 9, 7 e 5 UE estão as categorias “Cultura de Controlo” (Ecológico) e de “Ideologia Participativa” (Comunitário) e “Foco de Atenção Colectivo” (Comunitário), respectivamente. Atribuí às categorias “Cultura de Subordinação” (Biopatológico) e “Ideologia Paternalista” (Ecológico) 2 UE. Apenas com 1 unidade está enumerada a categoria “Corrente de Pensamento Humanista” do modelo Comunitário.

O modelo Ecológico é quantificado com maior frequência (24 UE), seguido do Comunitário (23 UE). O modelo Biopatológico tem 2 UE. O Modelo de Saúde Biográfico não tem atribuída nenhuma unidade.

QUADRO 30: PERGUNTA 9

Como definiria a Diabetes a um indivíduo de educação média a quem acabaram de diagnosticar a doença? E sobre a sua evolução e tratamento?

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	“...tem de ser...”	2
		“...a pessoa tem de saber...”	1
		“...que têm a doença...”	1
		“...têm de a dominar”	1
		“...tem de haver...”	1
		“...é preciso dizer...”	1
		“Tem de se explicar...”	1
		“...vai ter de fazer...”	1
		“...vai ter de se...”	3
		“...ter o conhecimento...”	1
		“Têm que fazer insulina...”	1
		“...têm que dar atenção...”	1
		“...têm que comer diferente...”	1
		“...tem de se dizer...”	1
		“...têm que modificar esses comportamentos...”	1
Ecológico	Cultura de Controlo	“...é perfeitamente acessível a um controlo...”	1
		“...numa primeira consulta...”	1
		“...não transmitiria isso...”	1
		“...do controlo que o doente tem”	1
		“A informação que se dá ao doente...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...procuramos planejar as acções e a informação”	1
		“...o que explicamos é aquilo que aconteceu...”	1
		“...sempre planeado”	1
		“É um processo que não é linear...”	1
		“...com capacidade de diálogo para com as pessoas”	1
		“...um tipo de diálogo”	1
		“...não se pode definir ainda...”	1
		“...dar a informação parcelarmente...”	1
		“...a pouco e pouco vão-se introduzindo...”	1
		“...novos conhecimentos...”	1
		“Tentar mostrar...”	1
		“...não se podem esquecer...”	1
		“...crianças bem controladas...”	1
		“...crianças muito difíceis de controlar”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“Dir-lhe-ia que era portador de uma doença...”	1
		“...que essa doença...”	2
		“...que é o pâncreas...”	1
		“...embora não seja curável...”	1
		“...que não são portadoras da doença”	1
		“A evolução da doença...”	1
		“...é uma incógnita...”	1
		“...só depois conhecendo o doente...”	1
		“...e tendo uma mínima ideia...”	1
		“...como ele iria encarar...a evolução da doença”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“O tratamento...”	1
		“...encarado logo de imediato...”	1
		“...depende de caso para caso”	1
		“Depende do tipo de Diabetes...”	1
		“...do momento em que essa Diabetes surgiu...”	1
		“...do grau de progressão da doença já manifesta...”	1
		“...quando lhe aparece uma Diabetes...”	1
		“...em particular uma Diabetes tipo 1...”	1
		“...uma tipo 2 tem outras características...”	1
		“...já aparece numa fase mais avançada...”	1
		“...e com outro contexto...”	1
		“Numa fase inicial...”	1
		“...o que é que aconteceu...”	2
		“...porque é que apareceu a Diabetes...”	1
		“...porque é que se está a fazer insulina...”	1
		“Só de suporte de vida básicas...”	1
		“...depois pouco a pouco vai-se explicando...”	1
		“...o que é que pode acontecer...”	1
		“Que pode haver...complicações...”	1
		“...mas a probabilidade...é muito reduzida...”	1
		“...se a pessoa andar bem compensada...”	1
		“Existem esquemas terapêuticos...”	1
		“As pessoas têm sempre uma fase emotiva...”	1
		“...no início existe uma fase de negação...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...é aos ziguezagues e...anda para trás...”	1
		“Depende...”	1
		“...se é uma Diabetes de uma criança...”	1
		“...de um jovem...”	1
		“...ou de um jovem adulto...”	1
		“...que é uma Diabetes tipo 1...”	1
		“...que vai implicar a administração de insulina...”	1
		“Se for uma Diabetes tipo 2...”	1
		“...um adulto que é obeso...”	1
		“Na tipo 1...”	1
		“...que tem uma doença congénita...”	1
		“...que surgiu naquele momento...”	1
		“...como a transmissão é feita”	1
		“...que é uma doença...”	1
		“...uma administração de insulina...”	1
		“...do que é a Diabetes...”	1
		“...que são diabéticos...”	1
		“...pais ansiosos e famílias disfuncionais...”	1
		“Na Diabetes tipo 2...”	1
		“...eles são diabéticos...”	1
		“...têm uma herança genética...”	1
		“...para melhorar e compensar a Diabetes”	1
		“...terão de tomar alguns medicamentos...”	1
		“...o principal tratamento...”	1

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO	
	Corrente de Pensamento Mecanicista	“...devida a uma insuficiência endócrina...”	1	
		“...a insulina segregada por um órgão...”	1	
		“...à sua célula β ...”	1	
	Ideologia Paternalista	“...são informações muito simples...”	1	
		“...para ele não errar naquilo...”	1	
		“...e então vamos ver como é que...se podem compensar”	1	
		“...mostrar que não é tão doloroso como isso...”	1	
	Biográfico	Cultura do Individualismo	“...reagem sempre...”	1
			“...não querem saber...”	1
			“...umas mais outras menos...”	1
“...para terem consciência...”			1	
“...e que depende muito dos comportamentos”			1	
“...para a própria pessoa se consciencializar...”			1	
“...ao que comem”			1	
“...porque tiveram comportamentos de vida errados...”		1		
Corrente de Pensamento Humanista		“...não é da responsabilidade nem do pai, nem da mãe...”	1	
Ideologia Participativa		“...que são atitudes fundamentais para ele viver”	1	
	“...auto-monitorizar...”	1		
	“...auto-controlo”	1		
	“...é a mudança de comportamentos”	1		
Comunitário	Cultura de Cooperação	“...sempre pela positiva”	2	
		“...procuramos é dar tempo às pessoas...”	1	

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
		“...temos de andar para a frente”	1
		“Temos de manter um espírito aberto...”	1
		“...tenta-se desdramatizar...”	1
		“...dar espaço e tempo para o “luto”...”	1
	Foco de Atenção Colectivo	“...com que temos de lidar sempre...”	1
		“...o desespero do próprio e da família é uma realidade”	1
	Corrente de Pensamento Humanista	“...uma vida igual à das outras pessoas...”	1
		“...que se adaptam às pessoas...”	1
		“...e para melhor viver com ela...”	1
		“...para o resto da vida...”	1
		“...para toda a vida...”	1
		“...podem fazer a vida normal...”	1
		“...eles não comeriam muito diferente...”	1
		“Pais tranquilos...”	1
	Ideologia Participativa	“Se todas as pessoas comessem bem...”	1
		“...da população em geral”	1
		“...porque a população...está a comer muito mal”	1
		“...como o resto da sociedade...”	1

A categoria “Foco de Atenção Colectivo” (Ecológico) tem o maior número de unidades (60 UE). A “Cultura de Controlo” está quantificada com 19 UE no mesmo modelo. Com 18 UE segue a categoria “Cultura de Subordinação” do modelo Biopatológico. Com 8 UE estão as categorias “Cultura de Individualismo (Biográfico)” e “corrente de Pensamento Humanista” (Comunitário). As

categorias “Cultura de Cooperação” (Comunitário) e “Ideologia Paternalista” (Ecológico) estão enumeradas com 7 e 5 unidades, respectivamente. Com 4 UE estão quantificadas as categorias “Ideologia Participativa” do modelo Biográfico e, também, a “Ideologia Participativa” do modelo Comunitário. As categorias “Corrente de Pensamento Mecanicista” (Ecológico), “Foco de Atenção Colectivo” (Comunitário) e “Corrente de Pensamento Humanista” (Biográfico) têm a frequência de 3, 2 e 1 UE, respectivamente.

Ao Modelo de Saúde Ecológico é atribuído o maior número de unidades (87 UE). Com 21 UE está o modelo Comunitário. Os modelos Biopatológico e Biográfico foram quantificados com a frequência de 18 e 13 UE, respectivamente.

Nos quadros seguintes são sumarizadas as categorias distribuídas por modelo e frequência, para uma visualização global da análise efectuada aos folhetos e entrevistas.

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIA	Nº UN. DE ENUMERAÇÃO	TOTAL POR MODELO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	154	218
	Foco de Atenção Individual	1	
	Corrente de Pensamento Mecanicista	52	
	Ideologia Paternalista	11	
Ecológico	Cultura de Controlo	364	823
	Foco de Atenção Colectivo	396	
	Corrente de Pensamento Mecanicista	49	
	Ideologia Paternalista	14	
Biográfico	Cultura de Individualismo	14	95
	Foco de Atenção Individual	10	
	Corrente de Pensamento Humanista	12	
	Ideologia Participativa	59	
Comunitário	Cultura de Cooperação	17	99
	Foco de Atenção Colectivo	65	
	Corrente de Pensamento Humanista	14	
	Ideologia Participativa	3	

TABELA 1: Sumário dos resultados da análise dos folhetos aos diabéticos

MODELO DE SAÚDE	CATEGORIA	Nº UN. DE ENUMERAÇÃO	TOTAL POR MODELO
Biopatológico	Cultura de Subordinação	52	65
	Foco de Atenção Individual	8	
	Corrente de Pensamento Mecanicista	0	
	Ideologia Paternalista	5	
Ecológico	Cultura de Controlo	116	340
	Foco de Atenção Colectivo	194	
	Corrente de Pensamento Mecanicista	6	
	Ideologia Paternalista	24	
Biográfico	Cultura de Individualismo	22	65
	Foco de Atenção Individual	14	
	Corrente de Pensamento Humanista	1	
	Ideologia Participativa	28	
Comunitário	Cultura de Cooperação	34	115
	Foco de Atenção Colectivo	42	
	Corrente de Pensamento Humanista	25	
	Ideologia Participativa	14	

TABELA 2: Sumário dos resultados da análise das entrevistas aos endocrinologistas

2. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Um dos objectivos deste estudo é analisar os aspectos da comunicação patente nos folhetos de informação de saúde aos diabéticos, pelo que ressalvo as limitações deste trabalho no âmbito da sua representatividade do universo em questão e a significância dos resultados apresentados.

Os folhetos devem a sua selecção ao facto de serem aqueles que se apresentaram em maior número, na pesquisa efectuada às instituições escolhidas (DGS, APDP) e os médicos entrevistados foram escolhidos por disponibilidade dos mesmos. No entanto, não posso afirmar que estes sejam representativos do universo de folhetos de informação para os diabéticos existentes em outras instituições de saúde.

Para uma melhor “visualização” na orientação de cada um dos folhetos analisados decidi, em conjunto com a discussão dos dados, atribuir a cada um dos folhetos, uma representação esquemática segundo a Teoria Grelha-Grupo.

Relembrando a associação da Teoria de Mary Douglas com os modelos de Alan Beattie (1993), sobre 2 eixos cruzados são atribuídos Modelos de saúde em cada um dos quadrantes. Nesta representação é possível apreender a tendência de cada folheto dentro dos modelos estudados.

As categorias de Cultura “Subordinação”, “Controlo”, “Individualismo”, “Cooperação”; de Foco de Atenção “Individual”, “Colectivo”; de Corrente de Pensamento “Mecanicista”, “Humanista” e, por último, de Ideologia “Paternalista” ou “Participativa”, estão presentes em pelo menos 2 de cada um dos modelos de Douglas, sendo a dimensão de cultura a única que determina a diferença entre cada um.

A cultura é o factor-chave para determinar a atribuição de determinado modelo de saúde. É dela, dos valores sociais e comportamentos, que se desenvolvem as “acções de saúde” de cada indivíduo.

Cada unidade de enumeração corresponde à atribuição numérica em cada um dos eixos, permitindo a formação de uma forma trapezoidal que não é mais do que a representação esquemática de cada folheto analisado. Ou seja, neste esquema espacial, é representado o modelo que foi mais enaltecido pela informação contida e analisada em cada um dos folhetos.

De alguma forma, penso que é possível extrapolar a orientação dos modelos para o tipo de paradigmas promovidos pela comunicação escrita exposta nos folhetos de informação aos diabéticos.

A organização da discussão está disposta da seguinte forma:

- em primeiro lugar apresento a discussão folheto a folheto, com a respectiva representação esquemática
- no fim é feita a discussão dos resultados das entrevistas enquadrando, numa forma geral, conceitos apreendidos ao longo da pesquisa.

Folheto “Diabetes e Tensão Arterial”:

O facto de este ser um folheto maioritariamente dirigido para duas problemáticas no contexto da saúde pública (diabetes e hipertensão arterial), faz com que a informação contida nele se baseie em modelos que apoiem Culturas de Controlo e de Subordinação, caracterizadas por padrões educativos e restritos no âmbito de temáticas de saúde (ex. *“Siga rigorosamente o tratamento”*; *“Vigie periodicamente a sua tensão arterial”*).

Sendo a doença crónica uma patologia cada vez mais prevalente no nosso país, é importante que sejam dadas informações sobre essas doenças de forma a permitir a adopção de atitudes preventivas na saúde. A doença crónica, neste caso a diabetes, tem implicações a nível social, económico e familiar. Como tal, há necessidade de mudanças no estilo de vida para que se desenvolvam estratégias de qualidade na vida das pessoas. Segundo alguns autores (Dubé et al; 2000), é através do aconselhamento que as equipas de saúde têm a oportunidade de dar aos seus doentes recomendações claras e específicas sobre a modificação de comportamentos nocivos à saúde, só assim se consegue a motivação pessoal para mudar.

De uma forma geral este folheto apresenta alguma informação distractiva do cerne da questão – “ (...) *quando se começam a ouvir os batimentos cardíacos (...)*” ou “ (...) *quando se deixam de ouvir os batimentos cardíacos (...)*” que para além da sua relevância ser questionável, em termos de disposição no folheto, encabeçam o texto sendo, por isso, a primeira informação que o doente vai ler.

No entanto, a parte das recomendações que dizem respeito ao controlo da tensão arterial propriamente dito e às consultas de *check-up*, estas são relegadas para segundo plano, no fundo da página.

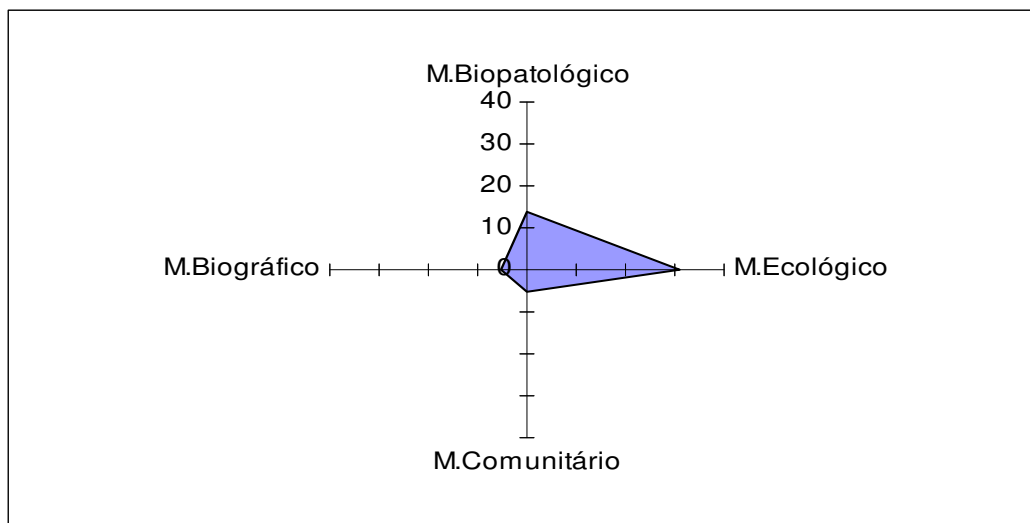


GRÁFICO 1: Representação esquemática do folheto “Diabetes e Tensão Arterial

Não é dada nenhuma informação adicional em relação à diabetes excepto no início do folheto – “*cerca de metade dos diabéticos têm tensão arterial alta*”. O folheto imprime o seu cunho de autonomia do diabético manifestado pela representação do modelo Biográfico ao responsabilizá-lo em controlar a sua doença – “*vigie periodicamente (...); sempre que for à consulta (...)*”. É, também, um folheto com algo de comunitário quando promove outro tipo de comportamentos conducentes a estilos de vida saudáveis, logo, qualidade de vida – “*(...) faça uma alimentação saudável (...); (...)* *tenha uma vida activa!*”.

Folheto “Vigiar a Glicémia”:

Considerando que a temática do folheto apresenta conteúdos que apelam à educação na saúde (ex. “*Os valores da glicémia não são constantes ao longo do dia*”; “*Um teste à glicémia em jejum...*”) do ponto de vista individual pode justificar o facto do Modelo de Saúde Comunitário não se encontrar representado por nenhuma categoria. De igual modo, os modelos Ecológico e Biográfico são os de maior expressão uma vez que este folheto, para além de um ensino controlado, tenta apelar para uma autonomia de acção para a autovigilância (ex. “*A autovigilância da glicémia é a vigilância feita pela própria pessoa*”; “*...pode corrigir a alimentação...e melhorar o seu tratamento*”).

Este é considerado pelos especialistas consultados o maior problema nos diabéticos – dificuldade em seguir orientações/ regras no auto-controlo da glicémia (referido em conversa fora do contexto das entrevistas, em Agosto 2005). Sendo assim, porque é que os folhetos incidem sobre contextos de controlo, rígidos e seguimento de regras? Está a DGS desperta para o desleixo e falta de cumprimento do tratamento por parte dos doentes? Logo, está atenta para a falta de eficácia deste tipo de informação?

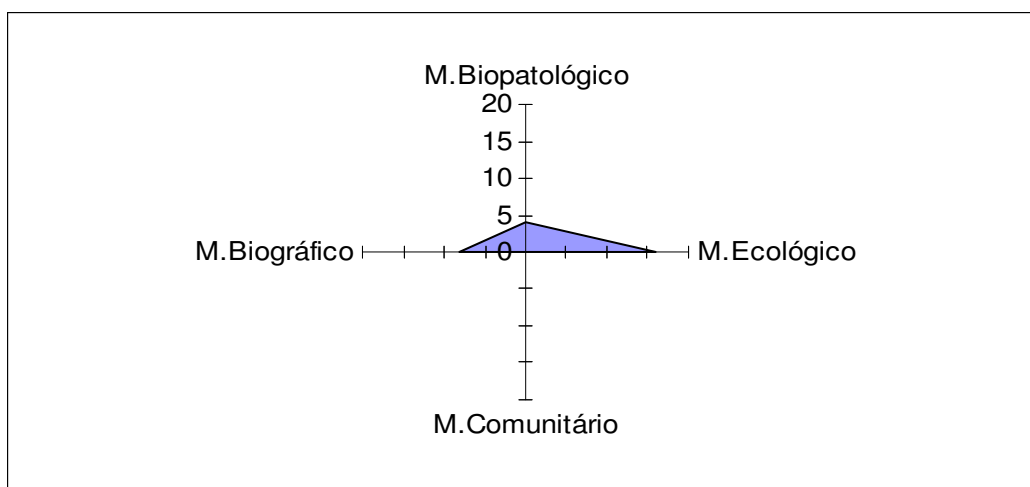


GRÁFICO 2: Representação esquemática do folheto “Vigiar a Glicémia”

Segundo Dubé et al (2000), é de extrema importância um ensino eficaz de estratégias que impliquem o auto-cuidado – auto-injecção, auto-controlo – que relacione conhecimentos técnicos e aspectos práticos relacionados com o procedimento.

Já a OMS, reflecte nas suas estratégias de acção de promoção que a essência destas está no *empowerment* do cidadão. É através de acções fomentadoras de autonomia que se motivam os indivíduos a modificarem comportamentos.

A diabetes para além de ser uma doença crónica séria e prevalente é, também, uma doença de autogestão. Assim, neste folheto deveria ser dado maior ênfase ao modelo Biográfico, manifestados por acções que incentivam a autonomia e a participação individual activa do diabético.

É um folheto, no geral, proporcionalmente bem distribuído em termos de informação. No entanto, devia possuir algum tipo de chamadas de atenção para determinada informação mais pertinente para a sua educação – *“um teste à glicémia em jejum (...) feito de vez em quando não é suficiente para controlar a diabetes”*.

Folheto “Crianças e Jovens”:

Este folheto tem como foco de acção uma faixa específica da população, teóricamente mais receptiva na aquisição de novas informações e conhecimentos mas, também, alvo de um maior número de solicitações a nível alimentar o que pode justificar uma abordagem educativa de carácter mais comunitário, onde se apela a comportamentos e estilos de vida “saudáveis” (ex. *“O leite e/ou iogurtes devem fazer parte da alimentação...das crianças e jovens”*; *“Para que o crescimento...das crianças se efectue de uma forma equilibrada e harmoniosa”*). O facto das cantinas das escolas terem ofertas alimentares pouco saudáveis pode ser um indício de que a educação/comunicação em saúde não tem a eficácia desejada.

Segundo a OMS, há uma maior incidência de obesidade e de excesso de peso nas crianças actualmente (WHO; 2003), pelo que é necessário

promover hábitos e cuidados alimentares que estimulem a adopção de estilos de vida saudáveis no futuro.

Este folheto promove a importância da família na educação alimentar. Ao ser representado por todos os modelos de saúde, este folheto consegue distribuir a informação no âmbito de todas as dimensões – sociais, culturais e políticas (tomadas de decisão).

Ao nível social enquadra acções individuais e colectivas, tendo em conta a especificidade da população (crianças em desenvolvimento). No foco individual – “*Habitue a criança a comer de tudo um pouco (...)*” e no colectivo “*(...) a criança deve fazer as refeições juntamente com os seus familiares (...)*”.

No plano cultural este folheto salienta contextos de cooperação com atitudes promotoras de estilos de vida saudáveis – “*Toda a família deve iniciar a refeição (...) com um prato de sopa de legumes e hortaliça*”.

Os processos de tomada de decisão (políticos), representados pelo modelo Biopatológico, imprimem o autoritarismo como complemento de alguma acção participativa. Assim, regras como “*nunca deixe que a criança saia de casa sem tomar o pequeno-almoço*” e “*não substitua ou antecipe as refeições com guloseimas (...)*”, são enquadradas nas linhas educativas deste folheto.

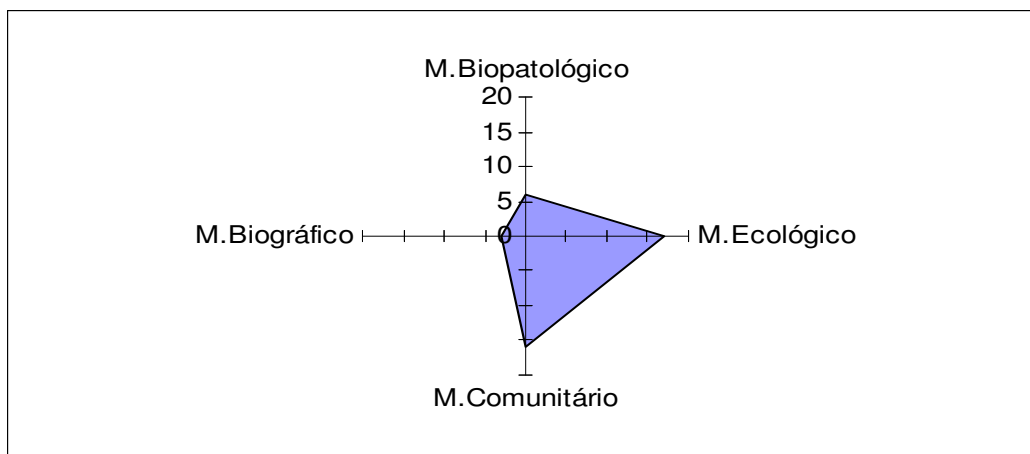


GRÁFICO 3: Representação esquemática do ficheiro “Crianças e Jovens”

No entanto, sendo este também um folheto destinado aos jovens e sendo este um grupo caracterizado por atitudes contestatárias, considero que não só esta informação não foca acções educativas motivadoras para eles como também tem uma abordagem infantilizada.

Folheto “Cuide dos Pés”:

Sendo esta uma temática difícil de seguir, no que diz respeito aos cuidados a ter (referido fora do âmbito da entrevista pelos endocrinologistas consultados, em Agosto 2005) pode justificar a ênfase dada ao auto-cuidado (ex. *“Observe diariamente os seus pés”*; *“Pesquise regularmente...seus pés”*; *“É muito importante cuidar dos pés”*).

A auto-estima um factor importante na relação da pessoa com os outros. É essencial criar sentido de responsabilização no auto-cuidado e na escolha do calçado, independentemente do que ditam as modas. Apelar à imagem e à vaidade pessoal interligando-as com a necessidade adoptar determinados cuidados pode ser um dos caminhos com mais saídas que se encontra no percurso para um comportamento saudável.

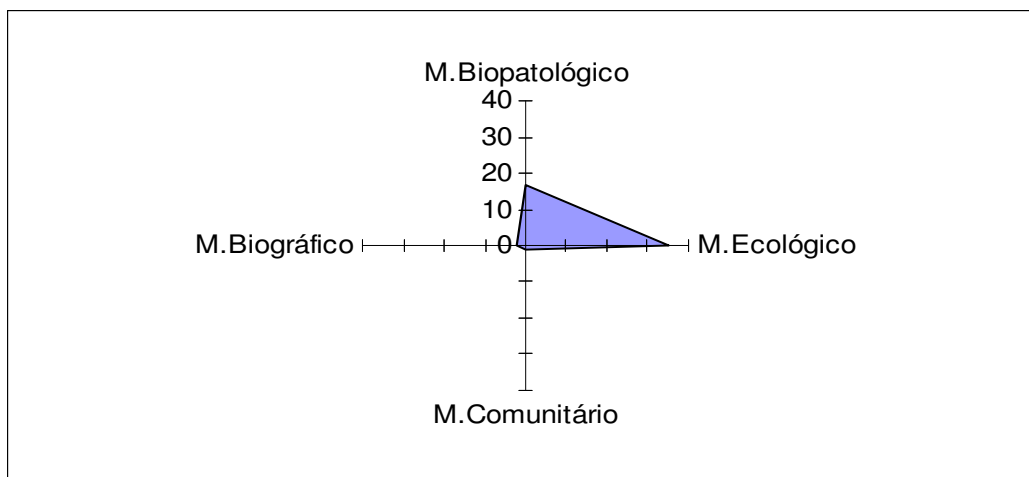


GRÁFICO 4: Representação esquemática do folheto “Cuide dos Pés”

Este folheto aborda uma temática que se enquadra, tal como outras, nos riscos associados aos comportamentos. Assim como outras acções que implicam autogestão, esta vigilância tenham, no entanto, um impacto

diferente uma vez que está interligada com a auto-imagem e auto-estima. O facto do diabético estar ou não disposto a correr determinado tipo de riscos com os seus pés (ex. andar descalço, usar sapatos apertados) está relacionado com a percepção individual e de qualidade de vida.

Considerando a necessidade de motivar o diabético para adoptar atitudes saudáveis para com os seus pés, estranho o folheto recorrer a conteúdos deficitários na autonomia do mesmo – “*No verão não use sapatos sem meias*”; “*Nunca ande descalço*”.

De uma forma geral, este folheto apresenta informação dispersa por vários conteúdos educativos, não realçando nenhum em particular independentemente da importância dada nas prioridades de acção.

Folheto “Quando Viajar”:

A temática em causa tem a sua importância na qualidade de vida pessoal dos diabéticos, uma vez que lhes atribui as mesmas condições de vida que qualquer outra pessoa normal. Por isso, a necessidade de ênfase numa educação na saúde, em que uma “pitada” de autonomia e regras são combinadas neste folheto: “*...devem saber planear e preparar bem as suas deslocações*”; “*Lave os dentes com água engarrafada*”; “*O auto-controlo deve ser feito com maior frequência*”; “*...reforçar o auto-controlo*”.

Considero que o facto de haver uma alusão ao foco comunitário tem o seu “quê” de positivo, pois revela que apesar da doença é possível ter actividades lúdicas como qualquer outra pessoa que não tenha Diabetes (ex. “*Como qualquer viajante*”).

As atitudes e comportamentos adoptados pelas pessoas obedecem a instintos relacionados com a percepção individual de qualidade de vida. Tal como PNS (2004) e a OMS/WHO (2003), este folheto promove um estilo de vida saudável conducente a atitudes sustentáveis no quadro desta doença crónica. A cooperação da comunidade é importante nos planos de integração do diabético nos padrões “normais” da sociedade.

Este folheto tenta enquadrar o diabético numa comunidade de população saudável, capaz de realizar acções de lazer independentemente da sua doença. O modelo Biográfico emerge ao promover atitudes de *compliance* com directrizes essenciais à sua viagem – “*levar cartão em língua inglesa e local informação que tem diabetes (...)*”; “*Não use cubos de gelo*”.

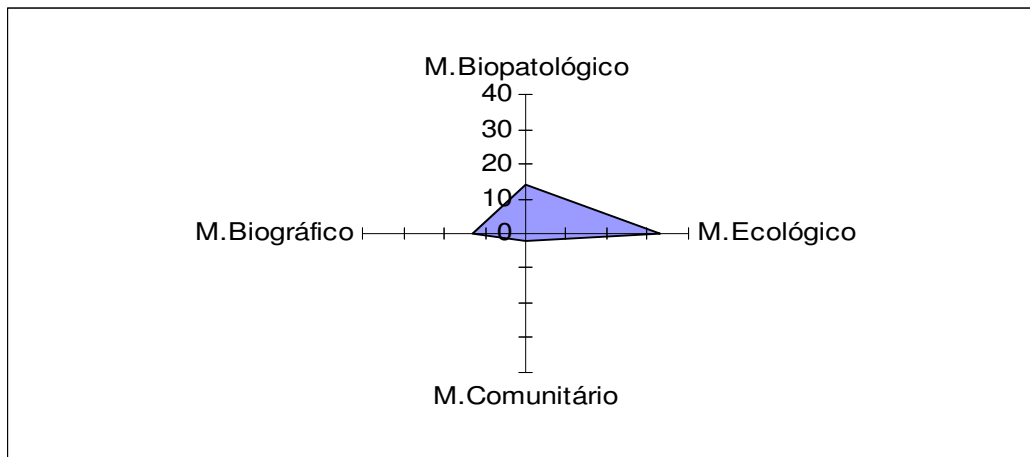


GRÁFICO 5: Representação esquemática do folheto “Quanto Viajar”

Para além de orientar e educar o diabético este folheto é, também, caracterizado por conteúdos de carácter educativo a nível da saúde pública – “*beba água, sumos (...) sempre engarrafados*”; “*coma produtos vegetais sempre cozinhados*”.

Folheto “Qual é a sua Hemoglobina A_{1c} ?”:

Esta é uma temática com características muito técnicas. No entanto, dada a sua importância no controlo da glicémia (ex. “*A Hemoglobina A_{1c} é um excelente indicador...*”) torna-se relevante transmiti-lo de uma forma acessível (ex. “*A Hemoglobina A_{1c} (também conhecida...glicada)*”). Assim, o modelo Ecológico e Biopatológico são, uma vez mais, os de maior expressão, pois o ensino com regras e conceitos próprios são necessários para dar

alguma autonomia ao diabético - “...uma auto-avaliação para melhorar o seu controlo); “...para todas as pessoas com diabetes”.

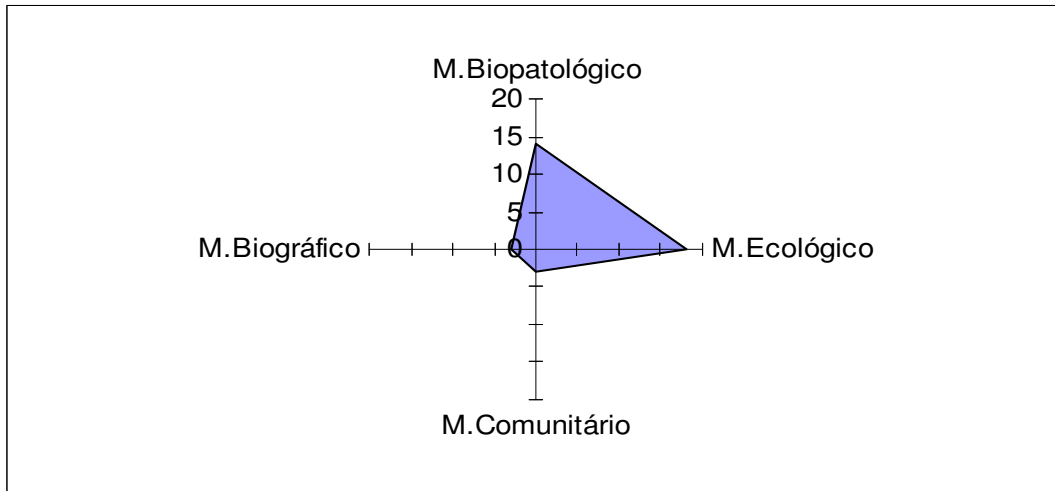


GRÁFICO 6: Representação esquemática do folheto “Qual a sua Hemoglobina A1c?”

Uma mensagem para ser eficazmente transmitida para além da clareza tem de possuir características motivadoras à sua leitura. Responsabilizar o diabético pela sua saúde é dar voz às acções de *empowerment* promovidas pela OMS (SPT) e pelos programas do Ministério da Saúde (PNS).

Apesar deste folheto apresentar algumas características “obsessivo-compulsivas” nos seus conteúdos (logo patológicos) – “<6,5% representa óptimo controlo”; “(...) para a diabetes tipo 2 (UKPDS) e (...) tipo 1 (DCCT) se conseguir baixar a A_{1c} em 1% (...) – considero que a alteração na incidência da hipoglicémia é uma variável demasiado importante para o *outcome* da diabetes sendo, por isso, necessária essa abordagem tecnicista.

A Hemoglobina A_{1c} é o indicador por excelência para o controlo da diabetes, pelo que é necessário envolver a família na gestão deste cuidado. Assim, o modelo Comunitário vê-se representado em conteúdos promotores inseridos em consultas de *follow-up* – “ (...) é aconselhável uma revisão com o seu médico”.

Folheto “Alimente-se bem”:

Sendo a alimentação um dos factores condicionantes neste tipo de patologia e estando ela dependente dos hábitos de cada pessoa, torna-se imperativa uma educação eficaz para combater os erros que daí advêm (ex. “Faça 3 refeições principais...”; “Coma mais peixe do que carne”; “... Porque caminhar é o complemento de uma boa alimentação”; “Queijo, só fresco com pouca gordura”) não esquecendo que a autonomia e motivação do indivíduo são factores importantes nesta “luta” - “Pode substituir o leite por iogurte meio-gordo ou magro”; “Prefira as massas e as leguminosas (feijões...soja)...”.

De acordo com o PNS (2004) e a OMS (2004) os comportamentos alimentares caracterizados pela ingestão de sal, açúcar e gorduras, assim como, pela diminuição de vegetais e frutas contribuem para o aparecimento de complicações associadas à diabetes. No entanto, numa sociedade consumista e apelativa para o comer rápido para se poder dedicar mais tempo a outras coisas mais prementes, é necessário desenvolver estratégias que motivem o cidadão a “perder tempo” com a hora da refeição e fazê-lo com qualidade.

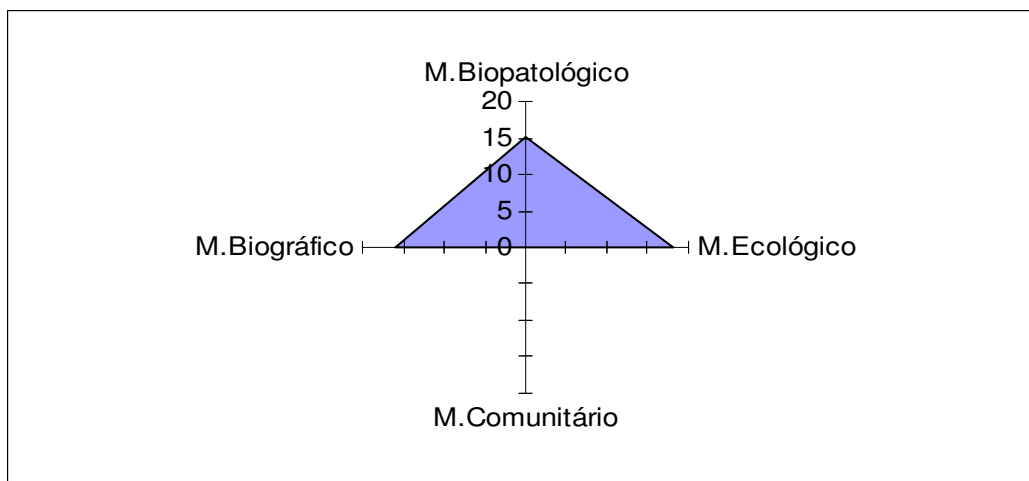


GRÁFICO 7: Representação esquemática do folheto “Alimente-se bem”

A alimentação é um hábito dependente de factores sociais e culturais, dependente de acções comunitárias e educativas, pelo que considero que o modelo Comunitário devia estar representado. É na comunidade que se

desenvolvem contextos de maus hábitos alimentares. Segundo o PNS (2004), “para além de uma participação do indivíduo (...) existe a necessidade de promover o empoderamento comunitário e social (...)”.

Folheto “O que é a Diabetes?”:

Estar informado sobre os conceitos, quadro clínico e opções de tratamento disponíveis é essencial para que o diabético esteja apto a fazer escolhas informadas. Como tal, uma educação dirigida e controlada é ideal para fazer passar a mensagem: “A Diabetes pode aparecer como consequência de factores hereditários e ambientais...” ; “De modo a poder usar o açúcar, o corpo humano necessita da ajuda da Insulina...”; “A Diabetes é uma doença crónica...”; “Como o pâncreas não produz insulina...”.

Também o facto de apelar para o sentido de responsabilidade social é um factor preponderante no ensino das pessoas (ex. “Em todo o mundo há 140 milhões de diabéticos e... esse número chegará aos 300 milhões no ano 2025”; “...a obesidade, sobrealimentação, sedentarismo, gravidez, stress, toma...medicamentos, etc. ...”).

Uma informação sustentada promove atitudes benéficas à saúde.

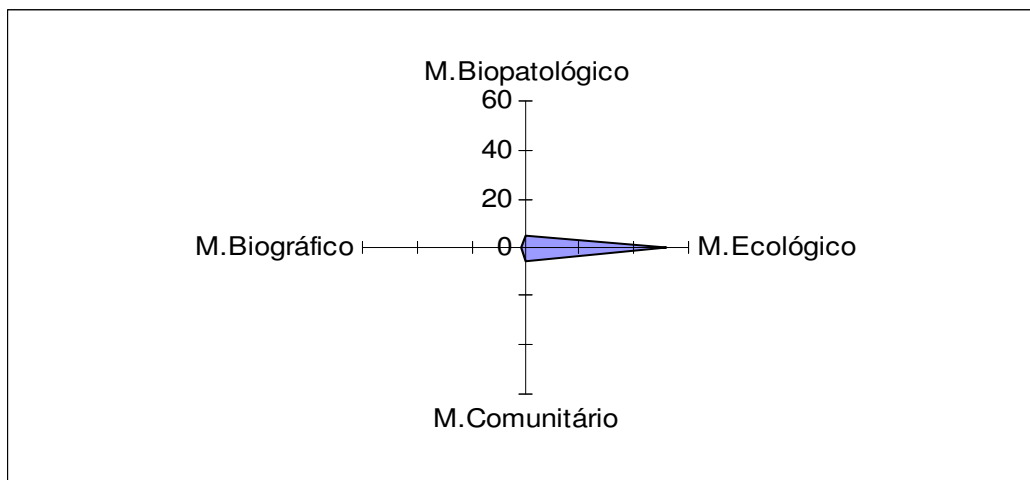


GRÁFICO 8: Representação esquemática do folheto “O que é a Diabetes?”

A representação estilizada do modelo no quadrante maioritariamente ecológico, ensinando a identificar e classificar a doença. Também os contextos no âmbito do tratamento de uma doença crónica conduzem a um paradigma essencialmente patogénico.

Este folheto é excessivo na informação que contém. Tem demasiados conteúdos para serem apreendidos eficazmente por quem os lê.

Folheto “Diagnóstico da Diabetes”:

O diagnóstico da diabetes é um factor importante num conjunto de medidas estratégicas para uma vida “saudável” com a doença. Um controlo eficiente de todos os parâmetros que caracterizam o diagnóstico da doença é necessário numa educação diabétopológica eficaz. Assim, alguma contextualização teórica, situada no quadrante Ecológico, é necessária aos conteúdos educativos – *“Nos adultos, valores de glicose em jejum abaixo dos 110 mg/dl (plasma venoso)...”*.

Para motivar atitudes saudáveis ao longo da doença, são necessárias bases teóricas que caracterizem os diabéticos como uma população informada e contextualizada (ex. *“...é o parâmetro mais fiável para diagnosticar a Diabetes”; “...e em seguida realizar uma série de análises em momentos distintos” ; “...do metabolismo das gorduras (colesterol anormal, triglicéridos aumentados)”*).

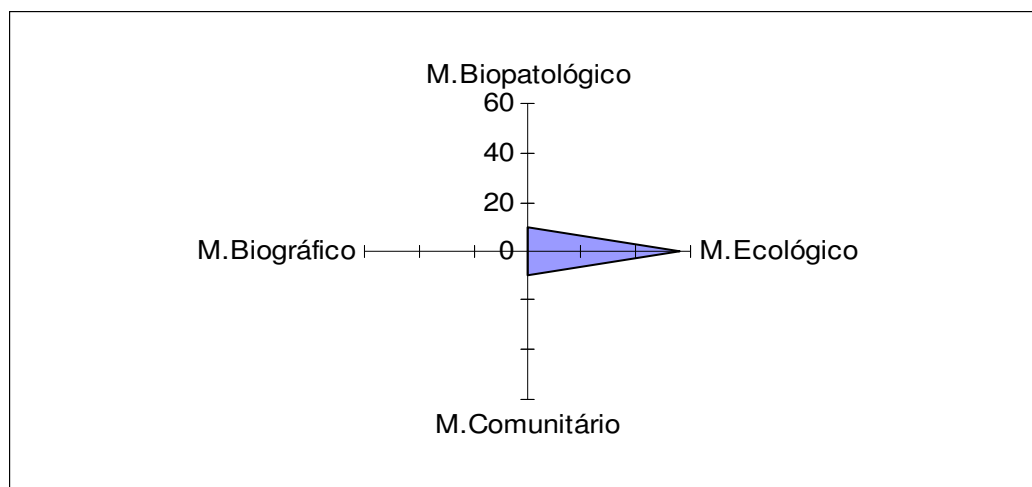


GRÁFICO 9: Representação esquemática do folheto “Diagnóstico da Diabetes”

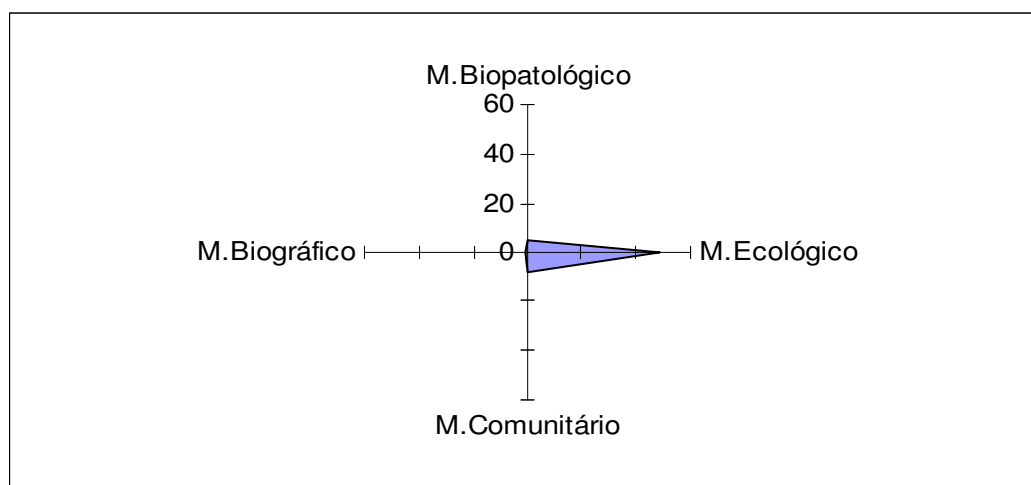
A precocidade do diagnóstico tem relevância nos *outcomes* das complicações da diabetes, como tal, é necessária alguma participação ao nível individual e colectivo (Biográfico/ Comunitário).

Este folheto tem uma distribuição equilibrada contrabalançando contextos teóricos com pontos-chave a reter afim de tornar a apreensão dos conceitos mais fácil.

Folheto “Sintomas da Diabetes”:

A importância desta temática prende-se com a detecção precoce da sintomatologia da doença. Estar alerta para um determinado número de sintomas para, atempadamente, poder ser tratado e evitar complicações futuras – *“A Diabetes pode não dar sintomas”*.

O diagnóstico precoce é importante, principalmente no caso de haver historial clínico familiar. O facto deste modelo ter uma grande componente educativa e biomédica, não invalida a necessidade de promover a autonomia do diabético para este estar alerta para a detecção de sintomas – *“Muitas vezes a Diabetes é descoberta...de forma casual...quando se realizam análises de rotina ...(check-up)”*

**GRÁFICO 10:** Representação esquemática do folheto “Sintomas da Diabetes”

É um folheto que apesar de possuir algum excesso de informação, esta está estruturado com chavões para captar a atenção de quem o lê. Sendo esta uma temática apelativa à maior parte das pessoas que se tentam identificar no quadro clínico apresentado, considero que apesar da secção de texto estar corrida não prejudica, em termos globais, o objectivo educativo do folheto.

Folheto “A Dieta do Diabético”:

A dieta inclui-se na temática dos hábitos alimentares caracterizados pelas escolhas pessoais. A existência de contextos sociais e culturais apelativos à adopção de comportamentos alimentares nocivos (*fast-food*, pipocas e guloseimas no cinema) introduzem uma variável muito importante para a eficácia da educação – a motivação.

Como tal, considero que o facto do modelo Ecológico estar orgulhosamente representado neste folheto, traduz a essência educativa rígida e de controlo necessária neste tipo de problemática. No entanto, sendo a motivação pessoal um factor inerente à mudança de comportamentos considero que os modelos Comunitário e Biográfico deviam estar mais representados.

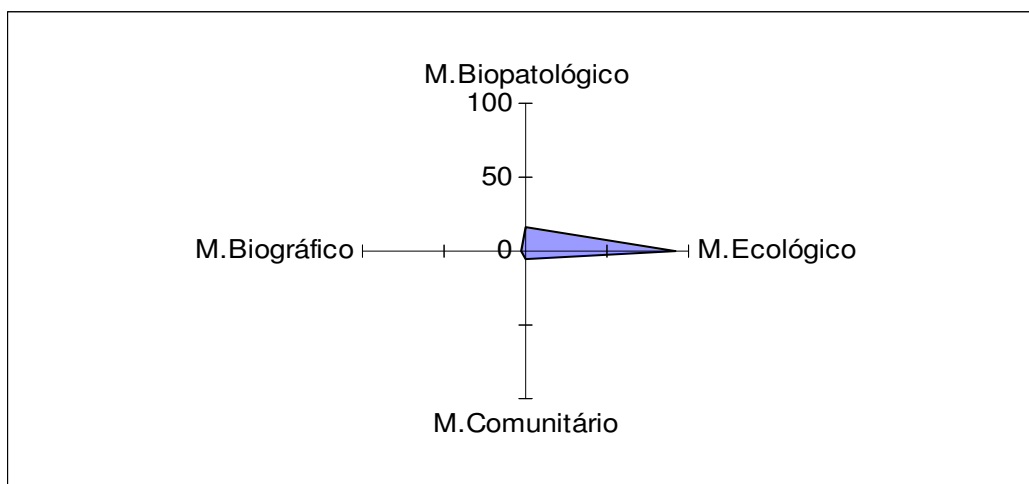


GRÁFICO 11: Representação esquemática do folheto “A Dieta do Diabético”

No geral, este folheto torna-se cansativo e aborrecido na leitura por ser caracterizado por grandes secções de texto pouco apelativo e incisivo na temática.

Folheto “O Tratamento com Insulina”:

Os modelos Ecológico e Biopatológico fazem-se representar, neste folheto, por contextos educativos e técnicos.

A auto-injecção com insulina é um procedimento que requer conhecimento e perícia técnica. Como tal, é essencial um ensino adequado e adaptado ao diabético mas, também, essencialmente composto por contextos específicos e técnicos.

Sendo esta uma temática essencialmente promotora da autonomia do indivíduo no seu tratamento, penso que deveriam haver contextos característicos de uma abordagem mais participativa.

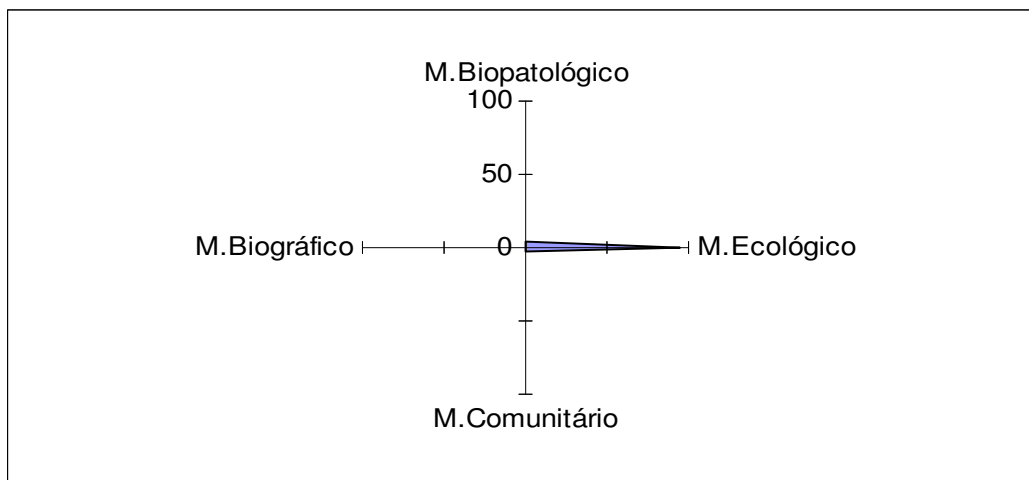


GRÁFICO 12: Representação esquemática do folheto “O Tratamento com insulina”

É um folheto que devia possuir conteúdos mais relevantes que complementassem o ensino feito no espaço da consulta ou do ensino. Devia ter conteúdos que relembassem por intermédio de imagens como, onde e quando se injectar como acção educativa adjuvante à prática.

Folheto “Diabetes e Gravidez”:

Esta é uma população específica que requer atenção colectiva, dos que a rodeiam, na colaboração e participação das acções de saúde – “*deve encorajar os seus familiares a vir consigo às consultas*”.

Manifestadas pelo modelo Ecológico estão expressões com contextos que implicam um controlo rigoroso da diabetes para não afectar a criança – “*se a diabetes estiver controlada o risco é quase o mesmo que para uma mulher não diabética*”; “*(...) é possível ter um bebé normal desde que obtenha um bom controlo da diabetes*”.

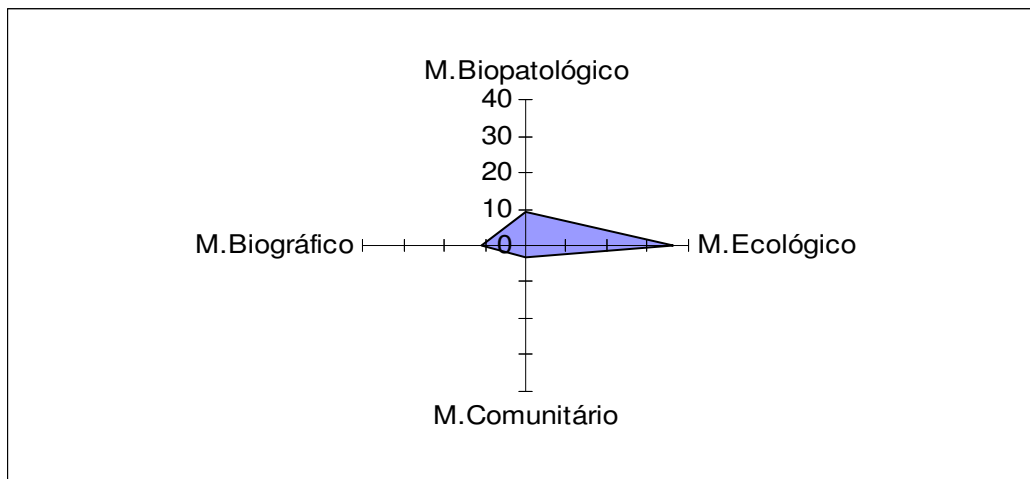


GRÁFICO 13: Representação esquemática do folheto “Diabetes e Gravidez”

As atitudes de subordinação e paternalistas abordadas neste folheto direccionam a mulher diabética para submissas relacionadas com tradicionalismos e regras culturais associadas – “*planeie a gravidez*”; “*não espere*”; “*aproveite todo o prazer (...)*”.

Este folheto tem um grafismo simples mas pouco apelativo à primeira vista (sem cor). No entanto, considero que tem uma maior valia – está estruturado com FAQ. Esta característica “aproxima” o folheto da mulher diabética ao expressar dúvidas correntes da sua condição. O ensino é feito através de pergunta-resposta.

Folheto “Prevenção da Hipoglicémia”:

Esta é uma temática de extrema importância para evitar complicações futuras da Diabetes, uma vez que a participação do próprio no controlo da sua doença é factor essencial num tratamento eficaz.

O foco de cooperação (Comunitário) revela-se na disponibilidade demonstrada pela equipa de saúde – “*em caso de dúvidas telefone-nos...*”; “*durante o dia telefone...*”; “*durante a noite telefone...*”.

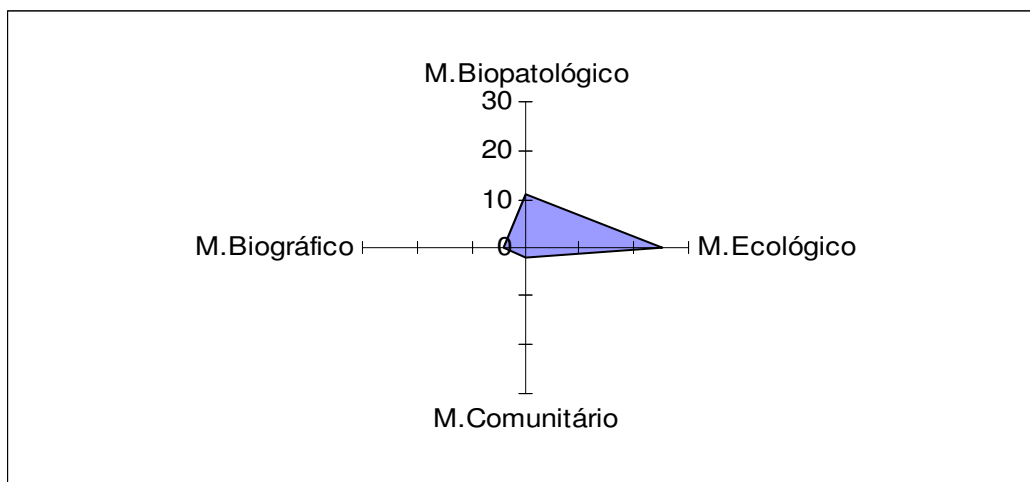


GRÁFICO 14: Representação esquemática do folheto “Prevenção da Hipoglicémia”

No seu conjunto este folheto tem informação concisa e pertinente, encadeada numa estrutura lógica de actuação (causa, sintomas, tratamento, cuidados, apoio), tendo no fim a hipótese de preencher durante a consulta um esquema terapêutico personalizado.

A presença de conceitos técnicos torna-se necessária, mas com contrapeso e medida – “*Advertência*”; “*tenha sempre açúcar consigo (...)*”.

Folheto “Prevenção das Lesões dos Pés”:

As lesões dos pés dos diabéticos são uma das complicações mais frequentes. O facto de se verificar uma diminuição da sensibilidade periférica

promove a ocorrência de atitudes de desleixo e falta de atenção podendo conduzir a situações graves.

Neste folheto são várias as chamadas de atenção para os cuidados a ter com os pés nas actividades de vida diária. Estranho será sendo este um problema que necessita da atenção e dedicação do próprio diabético, para evitar situações graves, que opte por utilizar expressões mais paternalistas que aquelas promotoras da autonomia do diabético.

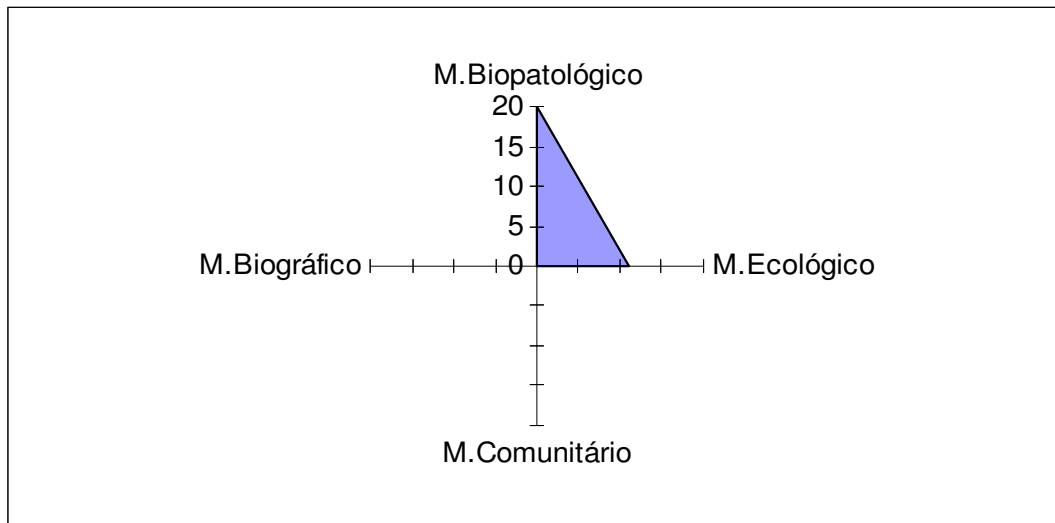


GRÁFICO 15: Representação esquemática do folheto “Prevenção das Lesões nos Pés”

Este folheto é, na sua essência, Biopatológico. Com expressões autoritárias favorecedoras de subordinação põe parte do diabético no cumprimento de ordens explícitas – “*Deixe de fumar!*”; “*Não ande descalço!*”; “*Não faça operações (...) na casa de banho!*”.

Através de chamadas de atenção para os riscos inerentes a determinados comportamentos, o modelo Ecológico manifesta-se através de expressões de aconselhamento – “*deverá inspeccionar diariamente os pés (...)*”. De estrutura simples este folheto está coordenado com palavras-chave que encabeçam acções educativas: “*Lembre-se que (...)*”; “*Deverá (...)*”; “*Importante (...)*”.

Folheto “Vigilância dos Problemas Oculares”:

A vigilância dos olhos requer a tenção dos profissionais de saúde e, como tal, o controlo é focalizado através da marcação de consultas e *check-ups* de rotina (Ecológico).

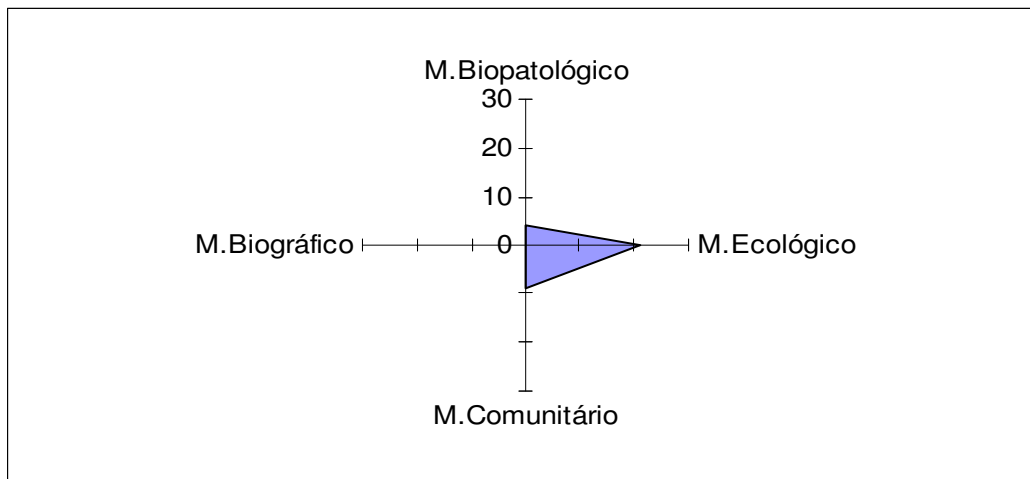


GRÁFICO 16: Representação esquemática do folheto “Vigilância dos Problemas Oculares”

É Comunitário ao enquadrar vários elementos da equipa de saúde na educação do diabético – “(...) *o seu médico (...)*”; “(...) *feito por um oftalmologista (...)*”. Sendo um folheto promotor de acção dependente da vontade e motivação do diabético, na minha opinião, devia ter expressões que caracterizam a autonomia do mesmo, pois, para ter *empowerment* não basta possuir a informação necessária para uma boa saúde, é necessário saber o que se deve fazer com ela.

Folheto “Perda da Sensibilidade Dolorosa”:

Juntamente com as lesões dos pés, a perda da sensibilidade à dor é um factor que adiciona riscos às complicações da diabetes. Exige controlo, atenção e metodologia nas acções de vida diária (Ecológico, Biopatológico) – “*Lembre-se que perdeu o “sistema de alarme” à dor (...)*”; “*Verifique se existem lesões (...)* todos os dias (...)

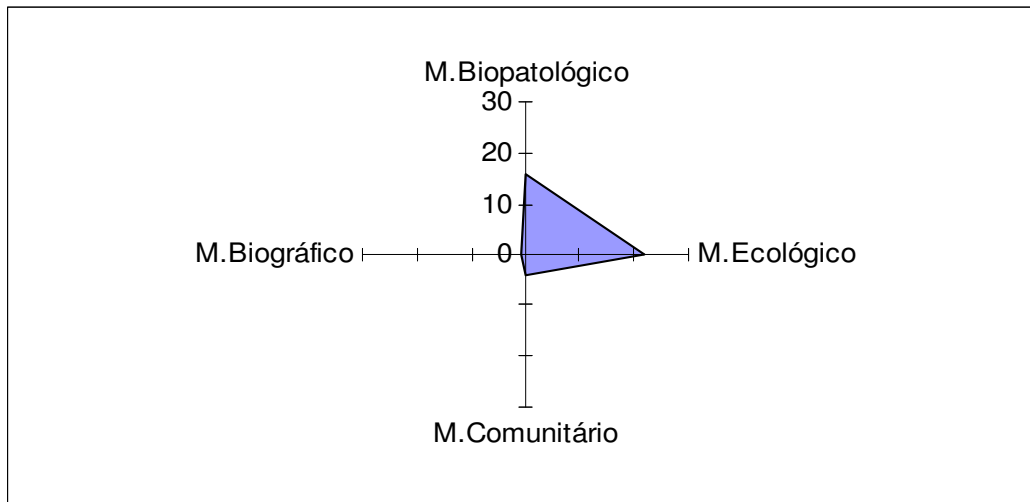


GRÁFICO 17: Representação esquemática do folheto “Perda da Sensibilidade Dolorosa”

Exige, também, compreensão e apoio por parte da equipa de saúde – “(...) *frequentar um quiropodista com conhecimentos (...) da diabetes*”. Estando a maior parte das acções dependentes da motivação do próprio, considero que este folheto se devia focalizar em expressões mais participativas.

Folheto “Regras para os dias de Doença e Acetona”:

A diabetes, mesmo controlada, pode apresentar fases de descompensação (hipoglicémia, cetonúria), pelo que é importante que haja indicações que ajudem o diabético a lidar com elas.

Assim, regras e conselhos técnicos são dados com o intuito de alertar o diabético, centralizando o folheto nos modelos Ecológico e Biopatológico.

Apesar de extremamente técnico – “*se não houver acetona na urina, 5-9 mmol/l (...) não injectar insulina (...)*”, autoritário – “*Nunca pare a insulina!*”, e controlador – “*É importante (...) que faça os testes cada 2 a 3 horas*”, este folheto também integra os modelos Biográfico e Comunitário, caracterizados por expressões participativas – “*conforme os resultados dos testes que fez*” e

humanistas – “(...) *nas horas a que está acostumado (...)*”, integrando o diabético num contexto social.

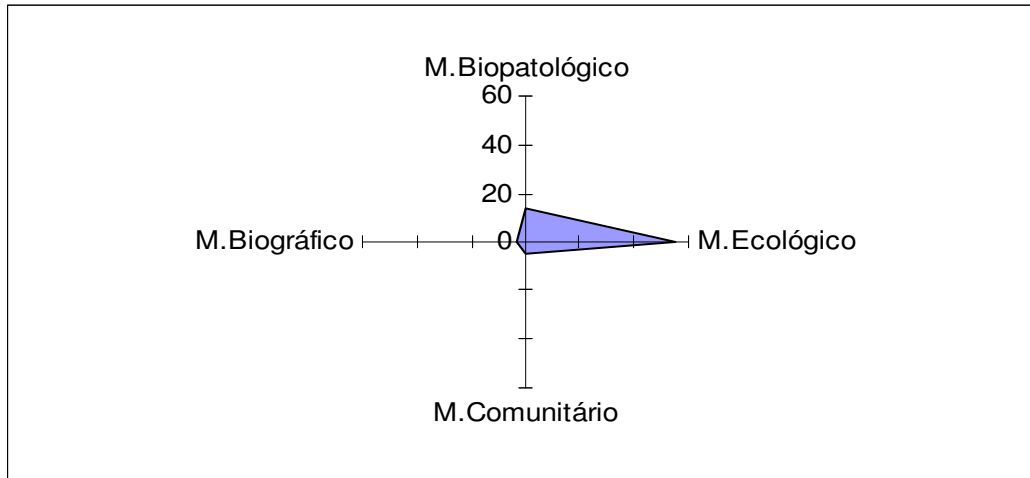


GRÁFICO 18: Representação esquemática do folheto “Regras para os dias de Doença e Acetona”

Folheto “Perda de Peso”:

A perda de peso na diabetes tipo 2 é um factor importante a ter em conta, uma vez que a maior parte dos indivíduos com este tipo da diabetes são obesos. A articulação de temáticas, dos quais os hábitos alimentares saudáveis e a prática de exercício físico são exemplos, promovem atitudes indutoras de melhor qualidade de vida para os diabéticos.

Tal como a articulação das estratégias também se verifica uma articulação entre culturas e ideologias de acção.

Como já referi anteriormente, segundo o PNS (2004), Portugal é um dos países europeus com maior índice de sedentarismo, reflectido na ausência de exercício físico. Independentemente das chamadas de atenção dos organismos internacionais (OMS) e nacionais (Ministério da Saúde) responsáveis por estabelecer estratégias de combate ao sedentarismo – com planos e programas de acção e com campanhas publicitárias – as populações em geral mantêm a tendência de fazerem do *zapping* televisivo o seu maior exercício físico do dia.

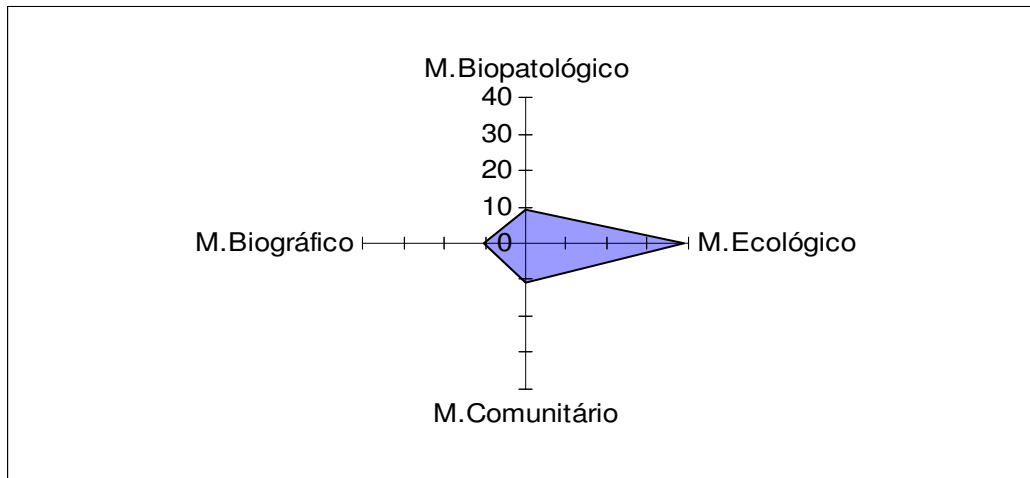


GRÁFICO 19: Representação esquemática do folheto “Perda de Peso”

Assim, apesar este folheto incidir mais no modelo Ecológico com expressões de aconselhamento – *“Alguns conselhos úteis (...); “(...) evite esforços intensos (...)”*, o foco Biopatológico é, também, representado com expressões subordinativas – *“(...) tenha consciência (...)”*.

Já o enquadramento nos outros modelos manifesta-se com expressões colectivas e sociais – *“peça ajuda à família ou amigos (...)”* (Comunitário) e expressões participativas e autónomas, estimulando a iniciativa do diabético – *“o melhor modo de o conseguir (...); “(...) até que esteja bem treinado (...)”* (Biográfico).

Folheto “Plano de Refeições 1”:

O plano de refeições do diabético é uma matéria que, devido à sua importância (alimentação saudável, dieta para a compensação do diabético), deveria incluir, com maior incidência, temáticas motivadoras para regras alimentares em prol de um percurso saudável com diabetes.

Este é um folheto dirigido à população com diabetes tipo 1 e inclui um quadro a ser preenchido em conjunto com o profissional de saúde no tempo da consulta.

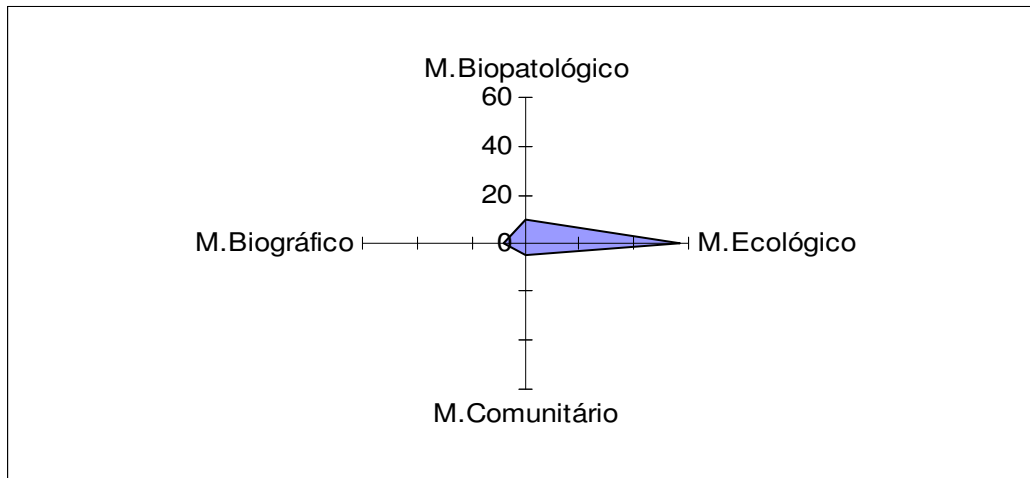


GRÁFICO 20: Representação esquemática do folheto “Plano de Refeições”

Este folheto corre o risco de ser posto de lado por não se localizar mais nos modelos Biográfico e Comunitário, dando espaço às escolhas sociais, individuais ou colectivas, relacionadas com os hábitos alimentares.

Folheto “Plano de Refeições 2”:

Este folheto encontra-se maioritariamente enquadrado no modelo Ecológico expressando a necessidade na educação para a saúde no que diz respeito aos hábitos alimentares uma vez que estes são amplamente “culpados” na diabetes tipo 2. Como tal, considero que o facto de se expressarem contextos de controlo e essencialmente educativos é de bom tom.

A estrutura simples e sistemática do folheto apela a uma leitura rápida captando, no entanto, ideias chave importantes – “*Pode comer os vegetais livremente (...)*”; “*Lembre-se de diminuir para metade a quantidade de pão*”:

Esta pode ser uma temática aborrecida na leitura, como tal este folheto devia conter informação mais apelativa que incidisse nos modelos Comunitário ou Biográfico. A motivação do indivíduo é fundamental para a eficácia nos resultados ocorridos em contextos de educação para a saúde.

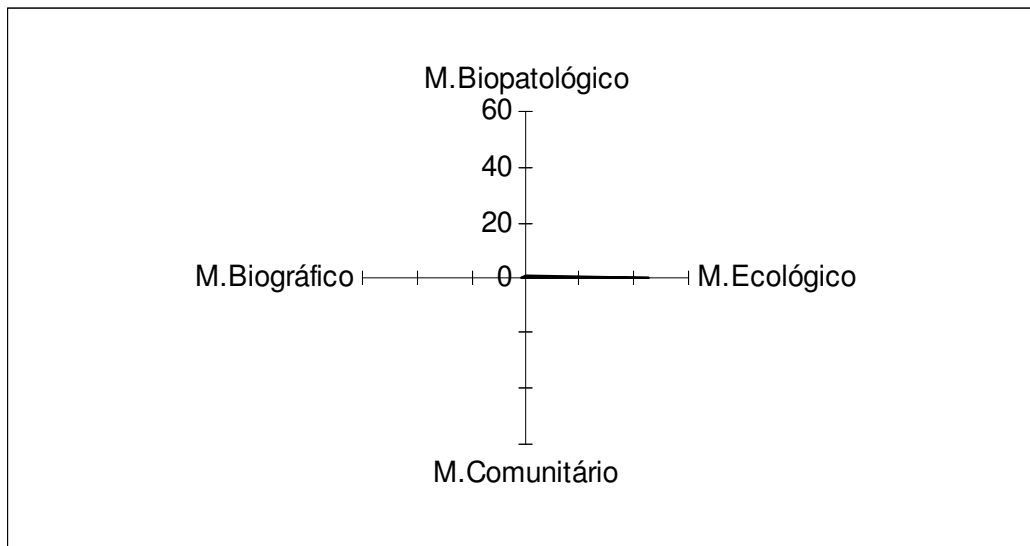


GRÁFICO 21: Representação esquemática do folheto “Plano de Refeições 2”

No seu conjunto, a análise às entrevistas focalizou a sua atenção no modelo de saúde Ecológico. No entanto, ao contrário da análise aos folhetos, o segundo modelo emergente é o Comunitário (ao invés do Biopatológico). Segundo opiniões expressas pelos endocrinologistas a integração de conhecimentos que favoreçam a adopção de comportamentos saudáveis devem ser feitas por meio de uma metodologia activa e participativa. As abordagens educativas devem ser complementadas e reforçadas com experiências pessoais, facilitando a reflexão e adaptação a conceitos educativos. Voluntariamente o diabético assume comportamentos conducentes à sua saúde – *“o objectivo último é que o doente tenha uma boa saúde (...)”*. O facto de haver determinada acção voluntária reforça a ideia de autonomia no diabético – *“o objectivo da educação é que o diabético seja capaz de colaborar e gerir a sua própria doença”*; *“Hoje a autonomia é uma arma terapêutica fundamental”*.

Segundo Manderscheid (1994: 90), o sujeito a educar é um ser social, deixando de ter um estatuto passivo, de observador na educação da saúde para passar a ter um papel activo e ser actor da própria saúde.

A comunicação interactiva entre médico e doente é o fio condutor na educação e deve estabelecer uma relação empática e de confiança entre os

dois lados do percurso educativo. Segundo Manderscheid (1994: 91), a educação na saúde implica para além da interacção entre indivíduos as interacções entre comportamentos. Estando consciente de que a promoção da saúde não se dirige a indivíduos, mas a grupos sociais – “(...) *é preciso saber as suas representações, o meio social em que vivem, profissionalmente*”.

O *loop* comunicacional entre profissionais de saúde e o diabético implica conceitos chave para ter a certeza de que houve compreensão e memorização da informação. Para tal, é necessário que haja adesão, por parte do doente, ao ensino efectuado – “(...) *serem capazes de transmitir os seus conhecimentos (...)*”; “(...) *e verificar se essa transmissão foi adequada ou não*”. Segundo Manderscheid (1994:94), “*chaque situation est particulière et reclame une action adaptée*”.

Atitudes reprovadoras caracterizadas pelo “síndrome do pedestal” afastam os médicos do núcleo da sua acção – o doente, como tal, há que explorar novas formas de transmitir informação que ajude os diabéticos a fazerem escolhas informadas para a qualidade de vida que desejam. “*The way information is presented and whether comprehension is checked. (...) Cultural and social factors need to be considered*” (Dunning, T.; 2003:2).

Segundo Green e Iverson (1982) citados por Bennett e Murphy (1999: xii), para se educar em saúde é necessário articular vivências pessoais de aprendizagem de forma a “(...) *facilitar a adopção voluntária de comportamentos conducentes à saúde (...)*”. Sendo a diabetes uma doença *self-management* na sua essência, implica atitudes e comportamentos, individuais e colectivos, baseados em conhecimentos e capacidades técnicas. Atitudes de autonomia relacionadas com a coordenação e gestão de cuidados implica assumir responsabilidades pelos seus actos. Como tal, sentimentos de culpabilização por parte do diabético transmitidos através de mentiras relacionadas com o cumprimento ou não de determinadas regras (ex. controlo de glicémia) não tem razão de ser.

De facto, “*people with diabetes must become experts in their disease in order to manage it and therefore they need to be able to apply the knowledge*

they require. People become experts over time and through experience, including making mistakes” (Dunning, T.; 2003:3).

A dinâmica educativa implica interação, relação e empatia – “(...) *é preciso uma hora para estar a conversar com a pessoa (...) porque formar não é passar a injeção para a mão(...); “(...) é preciso conversar com as pessoas (...) é preciso perceber os seus problemas (...); “(...) conseguir confiança”; “(...) conseguir criar empatia”.* Segundo Wlodkowski (1987) citado por Walker (2001:8), “(...) *education is a dimension, not something one practices or performs, but something one enters and lives”.*

A interface entre os conteúdos fornecidos pelos folhetos, *posters* ou outros e a forma como são distribuídos e estruturados implica conhecimentos de informação necessários e adequados, assim como competências pedagógicas para uma otimização da educação. “*Effective communication relevant to preventive services and practices has at its basis the physician’s skills in not only basic history taking and data collection but also relationship building, facilitation, negotiation, and partnership” (Dubé, C.E. et al; 2000: S45).*

As opiniões expressas pelos especialistas entrevistados são díspares. No que se refere à informação contida nos folhetos: “*o folheto é apenas um instrumento*”; “*(...) não acredito (...) nos folhetos (...)*”; “*(...) informações pequenas e desdobradas por temas*”; “*(...) simples e claros*”; “*(...) com toda a informação escrita*”; “*(...) sempre pela positiva e pela motivação*”. Se alguns dos responsáveis pela elaboração dos conteúdos dos folhetos não estão de acordo em relação à sua filosofia, contexto e metodologia como é que se pode apelar e desejar que o doente tenha a responsabilidade de o recolher, ler em casa e seguir as indicações expressas? Se os próprios educadores não se entendem, como é que conseguem motivar?

Segundo Manderscheid (1994:95), “*(...) il est tout à fait possible d’éduquer efficacement pour une meilleure santé sans (...) recours à des pratiques de manipulation (...). L’éducation pour la santé (...) se distingue du « marketing » de santé. Sur (...) recherche l’intérêt exclusif du sujet e du*

groupe visé ; (...) fait a priori confiance ai sujet ; (...) tente d'éveiller chez le sujet le sens des responsabilités“.

Quando questionados sobre expressões de subordinação, autoritarismo e paternalismo nas informações fornecidas aos doentes, os especialistas referiram que apesar de existirem e de ser “(...) *um dos principais problemas da educação*“, não devem constar dos conteúdos transmitidos. No entanto, nos folhetos analisados em que o conteúdo é da responsabilidade das equipas de saúde (da qual eles fazem parte) a dimensão de subordinação está expressa com diferenças significativas : 52 unidades de enumeração nas entrevistas e 154 unidades nos folhetos.

Relacionando os resultados dos folhetos e das entrevistas, ambas análises promovem o modelo de saúde Ecológico. A cultura subjacente, quer na transmissão (folhetos) quer na elaboração (entrevistas) é a de controlo. No entanto, ao nível de políticas de acção que impliquem processos de tomada de decisão, ambas hasteiam a bandeira da ideologia participativa, focalizando a sua atenção mais no colectivo que no individual. Assim, apesar de abordagens restritivas e controladoras é nas atitudes participativas que é dado maior ênfase.

Em contraste, estão as linhas orientadoras dos modelos aplicados. Os endocrinologistas consideram que um conhecimento de base humanista é mais adequado para os contextos dirigidos aos diabéticos com vista à promoção da saúde. No entanto, nos folhetos que elaboraram a corrente de pensamento que integra o cerne dos conteúdos transmitidos é de origem mecanicista.

Na minha opinião e valendo-me da minha experiência profissional (enfermeira há 14 anos), a educação às populações deve ser, tal como promovem as estratégias dos organismos internacionais e nacionais, integrada em conceitos de autonomia, participação colaboração e motivação das pessoas por problemas relacionados com a sua saúde. No entanto, observo que a eficácia desses projectos está longe de atingir níveis ideais. As pessoas continuam a ter comportamentos nocivos à própria saúde.



Considerando este factor, associadas a metodologias participativas devem, também, estar regras.

IV CONCLUSÕES

Em quase toda a literatura que consultei, a maior parte dos autores atribui à promoção da saúde um conceito que relaciona mudanças de comportamento individuais com contextos sociais e factores estruturais que compõem a sociedade. Um conceito que engloba vertentes económicas, sociais e ambientais (Green e Iverson, 1982; Beattie et al, 1993; Manderscheid, 1994; Rütten, 1995; Bunton, Nettleton e Burrows, 1996; Sidell et al, 1997). De uma forma geral, todos eles estão de acordo que para se interiorizar e viver a dimensão de promoção da saúde é necessário ter em conta alguns factores: estilos de vida, políticas da saúde, estratégias de implementação (defendidas pela OMS) e interligação entre pesquisas científicas e políticas de promoção da saúde.

Nas estratégias implementadas pelo plano desenvolvido no documento SPT (2004), a mudança centrada no cidadão reforça a ideia de um Modelo de Saúde Comunitário – *“A percepção da equidade como um valor realmente orientador da acção no sector da saúde é essencial (...) assim como, uma cidadania mais centrada na participação activa pública em geral e nas coisas da saúde em particular, aumentando as opções de escolha do cidadão, multiplicando os mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde (...), combatendo as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida e criando um contexto ambiental conducente à saúde”*.

O estudo aponta, com alguma objectividade, para uma tendência no uso do Modelo Ecológico pelos folhetos de informação à saúde e na comunicação dos especialistas dirigida aos diabéticos. Revela que, de alguma forma, existe um “conflito” entre o que é expresso pelos folhetos e o que as estratégias internacionais para a promoção da saúde defendem. Que há uma lacuna comunicacional, inerente às origens do modelo comunicado, entre o que é dito e o que realmente é feito.

Os folhetos analisados expressam, de forma global, um cariz tendencial para o Modelo de Saúde Ecológico. Na sua maioria os folhetos de informação aos diabéticos têm subjacente a Cultura de Controlo, ou seja, a

informação transmitida na promoção da saúde tem uma inclinação para padrões educativos rígidos, limitados a regras e controlados.

O Modelo de Saúde Ecológico, com dimensões características de culturas de controlo, processos com reduzida autonomia e poder de tomada de decisão, emergente dos resultados obtidos pela análise aos folhetos e nas entrevistas, não tem articulação com o paradigma de saúde defendido pela Declaração de Alma Ata da OMS (1978) que diz que a promoção da saúde “(...) é essencialmente para um desenvolvimento económico e social sustentado (Ponto III), (...) que as populações têm o dever e o direito de participar no seu planeamento e implementação (Ponto IV), (...) e que os cuidados de saúde das populações, são da responsabilidade do governo e a chave de um desenvolvimento no espírito de justiça social (Ponto V) com a participação das comunidades e governo local” (www.who.org, 2004). Os resultados obtidos reflectem acções educativas de carácter impositivo e autoritário, na maior parte das vezes.

No entanto, a Ideologia Participativa (dimensão dos modelos Comunitário e Biográfico) é aquela que emerge na análise aos conteúdos estudados. Programas de saúde da OMS e da União Europeia promovem uma maior participação de cada indivíduo nas decisões que dizem respeito à sua saúde, reforçando a participação do mesmo no âmbito da política de saúde na comunidade. As estratégias do PNS/SPT/OMS têm em comum: as mudanças centradas no cidadão; o desenvolvimento de parcerias para a saúde; o reforço da participação do cidadão e da comunidade; o estabelecimento de programas e projectos de cooperação intersectorial; o *empowerment* da pessoa para o seu auto-controlo e promoção da sua saúde; maior participação do indivíduo nas decisões que dizem respeito à sua saúde. Estas linhas orientadoras para uma aplicação mais abrangente devem basear-se numa política salutogénica com estratégias que visam a promoção da saúde. Como diz um cantor contemporâneo de hip-hop na letra de uma canção “(...) quero ser um autónomo e não um autómato”.

Segundo os especialistas interrogados, os folhetos distribuídos têm um papel eficaz na educação dos diabéticos. A percepção de que a informação

clínica deve ser complementada com a dos folhetos está subjacente nas respostas encontradas. Também os factores sociais e emocionais são referidos como bases no contacto com o diabético.

Deve ser promovida uma mudança global no processo comunicacional em saúde perante as populações. Os conceitos que concorrem para a prossecução dos objectivos estratégicos propostos pelos programas de SPT e do PNS, desencadeiam tarefas e pessoas mais activas na saúde, assumindo que a comunicação e a participação individual e colectiva são capitais importantes com impacto na qualidade de vida das populações. Paradoxalmente a comunicação transmitida não traduz os resultados dessas acções.

O Modelo de Saúde Comunitário é aquele que se aproxima mais das estratégias enumeradas pelos organismos internacionais – OMS – e nacionais – Ministério da Saúde/DGS. As semelhanças ocorrem nas dimensões defendidas pelo Modelo Comunitário – cooperação, humanismo, participação – com as estratégias de implementação desenvolvidas pelas declarações e cartas de Promoção da Saúde/PNS/World Health Report da OMS – autonomia, empowerment, participação. A cultura de Promoção da Saúde caracterizada neste modelo é mais próxima daquela defendida pelas declarações.

Os folhetos, na sua maior parte, contém textos exaustivos, muitas das vezes, com letra demasiado pequena, com conteúdos excessivos na sua terminologia técnica e informação excedente que não é, de todo, apreendida e absorvida pela população alvo (segundo as regras e fluxos da comunicação).

Da mesma forma, o elevado número de conteúdos técnicos não tem em conta os índices de iliteracia funcional (ou total) da maior parte da população portuguesa.

O *layout* dos folhetos destaca acções importantes, no contexto educacional, com letras a *bold*. No entanto, alguns desses apresentam-se com características infantilizadas, inadequados à maior parte do grupo alvo. O objectivo de captar a atenção por intermédio da cor não é, assim, bem

sucedido. Considero que os folhetos representam uma abordagem tipo "*one size fits all*".

Assim, os conteúdos dos folhetos deviam ser, de alguma forma, sujeitos a uma avaliação ou monitorização pelos organismos locais responsáveis pela divulgação das linhas orientadoras da OMS para a promoção da saúde (afectos ao Ministério da Saúde), de forma a que os conteúdos fossem ajustados aos objectivos propostos.

Penso que posso inferir que a informação contida nos folhetos deve ter uma sequência lógica e contínua, caso contrário, tudo o que à partida funciona bem mas não encontra suporte, não produz o resultado pretendido no final do processo.

A cultura instalada e moldada pelo modelo implícito nas entrevistas e nos folhetos (Ecológico) é a mesma, pois os responsáveis pela elaboração dos folhetos são os mesmos que responderam às questões formuladas em entrevista.

Através da minha experiência profissional, da leitura de vários autores e opinião dos especialistas entrevistados os folhetos são o tipo de material informativo que deve ser dado em tempo de consulta, onde são revistos e analisados de pré-adquiridos, onde é feita uma avaliação dos conhecimentos apreendidos; que deve abordar os conceitos principais em primeira linha destacando-os com caixas e letras a *bold*. Caso contrário, este tipo de material corre o sério risco de ser ignorado.

A informação contida nos folhetos deve visar conteúdos directos à população mas, também, garantir que esta faz parte de um processo de monitorização de tratamentos e despiste precoce de complicações ou evolução da doença. Ou seja, só por si a informação não chega é necessário que seja acompanhada por acções que facilitem a percepção do indivíduo para que este efectue todas as etapas inseridas no plano individual de gestão da sua doença (*check-ups*, tratamentos, consultas, etc.).

É possível inferir que não é abandonando um dos paradigmas em função do outro que se conseguem obter melhores resultados na promoção da saúde dos nossos cidadãos. Nem o facto de se esperar (desejar) um novo

paradigma traz benefícios para a compreensão da dimensão do conceito de saúde. A utilização de ambos os paradigmas complementa uma noção futurista de saúde, perspectivando um crescimento do próprio conceito através da aquisição de capacidades cognitivas e comportamentais de cada um.

Como disse no capítulo anterior, parece haver uma intencionalidade em promover a participação do cidadão, mas sua transformação em acção poderia ocorrer de forma mais efectiva e abrangente. É também interessante a discrepância de percepção entre profissionais (neste caso os endocrinologistas) e os folhetos em relação a certas características da comunicação e ao momento em que esta ocorre, parecendo indicar alguma distorção de percepção da parte dos profissionais.

As conclusões relacionadas com a promoção no contexto dos programas educacionais ao diabético apontam na direcção de um trabalho que tem vindo a ser operacionalizado e executado com alguma efectividade e que pode ser ampliada se as equipas de saúde tiverem alguma atenção na sua implementação. Principalmente, se forem aproveitadas em pleno as especificidades dos programas e as estratégias que a OMS e o SPT oferecem.

O que se pode esperar da conjugação das potencialidade oferecidas pela utilização plena da promoção da saúde no Programa SPT e estratégias resultantes das conferências internacionais da OMS é que o profissional de saúde se aperceba da necessidade de existência numa relação de empatia com os seus doentes, assim como, que os cidadão tenham consciência de que para conquistar uma vida mais saudável e de melhor qualidade é necessário participar na implementação dessas acções.

Os objectivos que formulei para este estudo foram alcançados:

- O modelo de saúde dominante nos folhetos de informação da APDP dirigidos aos diabéticos é o Ecológico.

- O processo de produção dos folhetos de informação na APDP são elaborados pela equipa de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros,

nutricionistas) e a sua execução apoia-se com recursos da indústria farmacêutica.

- As equipas são multidisciplinares, cabendo os processos de tomada de decisão a todos eles.

- As dimensões manifestadas pelos folhetos têm os contributos da equipa de saúde. A sua inter-relação baseia-se na cultura instalada que é a mesma, quer na divulgação (folhetos), quer na comunicação (endocrinologistas).

- As recomendações são expostas no capítulo seguinte.

Em saúde os comportamentos adoptados pelos indivíduos, em particular, e pelas populações, em geral, são influenciados pelos factores económicos, sociais e culturais. No entanto, a sua consciencialização não implica uma mudança nos comportamentos, independentemente de estes terem consequências sobre a própria saúde: *“Change does not come easily even when the individual is aware of the effects of certain behaviors on his or her own health”* (McCall, 2003: 1). Como tal, estabelecer uma comunicação eficaz é facilitador na mudança de comportamentos, pois um nível de escolaridade elevado não é sinónimo de uma alfabetização funcional, ou seja, não implica que haja uma compreensão da leitura associada a uma capacidade de actuação perante uma informação de saúde.

Estando ciente da existência de barreiras na mudança de comportamentos em saúde, há que criar condições necessárias à implementação de facilitadores desses mesmos comportamentos promovendo a qualidade. A solução baseia-se em dotar os educadores da saúde de competências comunicacionais e culturais permitindo-lhes desenvolver estratégias para ultrapassar essas barreiras e influenciar comportamentos individuais dando oportunidade aos seus doentes em adquirir capacidades para desenvolver um ambiente de saúde adequado.

A educação não é apenas individual, mas, também, ambiental. Educar implica interacção entre pessoas e entre comportamentos. Educar em saúde é dotar o indivíduo de poderes que lhe permita ser participante activo na sua

própria saúde. Os comportamentos são afectados por factores comunicacionais, culturais, sociais e económicos.

Considerando o desgaste social e económico causado por este tipo de doenças, torna-se imperativo criar estratégias de actuação que visem intervir sobre a prevenção e educação da saúde das populações. No entanto, esforços não coordenados podem conduzir à duplicação de actividades com percursos paralelos sem qualquer ponto de intersecção. Segundo a DGS (2003), este factor pode dificultar, ao nível dos processos da prevenção na saúde, *“(...) uma abordagem sistémica e holística, fundamental para a obtenção da mudanças positivas nos estilos de vida da população”*.

Segundo Kuteev-Moreira e Eglin (2004: 128), *“people need the opportunity and space to reflect on issues that directly affect their lives for themselves and with others. Communication is key to sound application of policy and the operational techniques that in the longer term are cost effective”*. É através da comunicação que se criam e transformam relações. Como tal, se à comunicação estão associadas interacções sociais, posso dizer que a comunicação é social.

Finalmente, as instituições têm uma grande influência nas decisões de acções colectivas. Ou seja, apesar dos indivíduos partilharem as suas formas de pensar, de acordo com as suas preferências, eles desagregam-nas dos processos de tomada de decisão, confiando nos profissionais de saúde que os vão “instruindo”.

Nas estratégias implementadas pelo Plano desenvolvido no documento SPT (2004), a mudança centrada no cidadão reforça a ideia de um Modelo de Saúde Comunitário – *“ A percepção da equidade como um valor realmente orientador da acção no sector da saúde é essencial (...), assim como, uma cidadania mais centrada na participação activa na vida pública em geral e nas coisas da saúde em particular, aumentando as opções de escolha do cidadão, multiplicando os mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde (...), combatendo as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida e criando um contexto ambiental conducente à saúde”*.

Programas desenvolvidos pela OMS e pela União Europeia promovem uma maior participação de cada indivíduo nas decisões que dizem respeito à sua saúde e nas políticas de saúde comunitárias. Programas como o PNS, SPT 2000 e Cartas e Declarações das Conferências da OMS têm em comum a *“mudança centrada no cidadão; o desenvolvimento de parcerias para a saúde e reforço da participação do cidadão e da comunidade; o estabelecimento de programas e projectos de cooperação intersectorial; o empowerment das pessoas para o seu auto-controlo e promover a sua saúde; maior participação do indivíduo nas decisões que dizem respeito à sua saúde”*. Estas linhas de orientação, para uma aplicação mais abrangente devem basear-se numa política salutogénica com estratégias que visem a promoção da saúde.

Os sistemas de saúde existem para dignificar as noções de promoção de saúde junto das populações. Os paradigmas de saúde (salutogénico e patogénico) despertaram nas populações a capacidade de gerir, de forma saudável, os seus projectos de vida. O aparecimento dos modelos de saúde biológico, holístico, psicológico, sociológico e, agora, biopatológico, ecológico, biográfico e comunitário, vieram trazer uma nova perspectiva à forma de gerir a saúde. No entanto, cabe ao cidadão ter iniciativa própria e actuar com responsabilidade sobre a sua saúde. A cultura instalada nas pessoas conduz a um desleixo na responsabilidade social da própria saúde. Comportamentos baseados na assunção dos direitos constitucionais dados pela República Portuguesa – *“Todos têm direito à protecção da saúde (...)”* (Ponto 1 do Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa; 2005) provocam atitudes comprometedoras no âmbito da qualidade de vida. A consciência, no entanto, devia pesar e conduzir o cidadão à reflexão do resto da frase – *“(...)e o dever de a defender e promover”*

Melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida das pessoas não se limita à cura das doenças e prescrição de medicamentos. É necessário envolver factores sociais que condicionam a saúde dos indivíduos.

Promover a saúde é reflectir e articular os conteúdos desses debates com a prática, exigindo aos profissionais de saúde e ao cidadão coerência e

positivismo nas posturas e acções do dia a dia. O slogan “*Think globally, act locally!*” encaixa na perfeição nos contextos de promoção da saúde.

V RECOMENDAÇÕES

- Articular os organismos oficiais responsáveis pela educação na saúde (articulação de paradigmas) na implementação de políticas e estratégias no terreno – unidade de saúde familiar (cuidados primários, cuidados continuados), para que estas adquiram programas de gestão da doença crónica através de consultas domiciliárias de enfermagem com *follow-ups*, consulta com especialistas para monitorizar e despistar complicações da diabetes).
- Desenvolver/aplicar legislação para a adopção de estilos de vida saudáveis na alimentação, prática desportiva e educação para a saúde ao nível do sistema educativo (creche e escolas) de forma a aplicar contextos inerentes ao desenvolvimento sustentável.
- Promover o acompanhamento clínico do diabético ao longo do ciclo de vida no sentido de promover a saúde com sessões educativas temáticas (alimentação, estilos de vida, exercício físico).
- Aproveitar os períodos de maior receptividade do diabético quando recorre, por iniciativa própria, ao serviço de saúde (consultas, vacinação, etc.) para articular com conteúdos informativos adicionais na educação da saúde.
- Capacitar com competências pedagógicas em comunicação e informação os profissionais de saúde envolvidos na comunicação e elaboração de formatos educativos para a saúde.
- Sensibilizar os profissionais envolvidos para a consulta dos programas e planos de acção para a promoção da saúde fazendo uso das estratégias elaboradas nesta área para a obtenção de efeitos na satisfação dos cuidados prestados e modificação de estilos de vida, com vista à melhoria da qualidade de vida.

- Articular serviços de atendimento – Linhas de Atendimento telefónico (Linhas Azuis) com as estruturas de saúde locais (APDP, Cuidados Primários, Cuidados Continuados) para apoio à população diabética.
- Facilitar a distribuição e acessibilidade da informação escrita, com linguagem clara, frases curtas e apresentação atractiva, em tempos de consulta de diagnóstico ou *follow-up*.
- Desenvolver *posters* apelativos nas paredes, com informação clara e precisa com algoritmos de actuação para determinadas situações de descompensação da diabetes.
- Utilizar a televisão nas salas de espera para a educação e formação à população com filmes de curta duração, com situações de casos clínicos simulados para estabelecer elos de ligação e empatia entre situações descritas e a do próprio.
- Desenvolver um endereço electrónico, *blog* ou plataforma de saúde para o diabético colocar as suas dúvidas, consultar *links* relacionados com a doença, ter acesso a opções de estratégias para mudança de estilos de vida (porque não www.comunicarsaude.com?).
- Elaborar protocolos para os profissionais sobre normas claras, para a prestação de informações de forma a existir coerência na transmissão aos utentes. Devem ser feitos por equipas multidisciplinares do próprio serviço, com apoio de psicólogos, sociólogos e grupos de apoio das estruturas governamentais.
- Divulgar junto dos centros de acção na saúde as informações processadas pelos organismos responsáveis pela implementação das estratégias de promoção da saúde em Portugal.

- Criar parcerias público-privadas para implementar programas de controlo da diabetes que incluam serviços de apoio (*Call-Center*), com o objectivo de diminuir o risco de desenvolver complicações, melhorar a qualidade de vida do diabético e obter ganhos na saúde (ex. “*Diabetes Management Program*” existente na Alemanha e Austrália).

GLOSSÁRIO

Advocacy

Acção que um indivíduo ou organização tem como objectivo promover qualquer medida que beneficie amplamente a sociedade.

Autonomia

Liberdade para actuar, para estabelecer as suas próprias leis ou normas.

Comportamento

Acção de um indivíduo que possa ser ou não observada. Comportamento pode ser a resposta a um estímulo.

Comunicação

Processo que envolve a troca de informações e utiliza os sistemas simbólicos como suporte para este fim.

Eficiência

Realizar um projecto com boa qualidade e sem erros. Expressa o grau de aproveitamento dos recursos utilizados ao se produzir um produto ou realizar um serviço.

Eficácia

Realizar um projecto atingindo os resultados propostos na sua totalidade. Expressa o grau com que são atingidas as expectativas de alguém.

Empowerment

Processo dá autonomia e responsabilidade às pessoas nas tomadas de decisões e acções.

Estilo de vida

Forma pela qual uma pessoa ou um grupo de pessoas vivenciam o mundo, adoptando comportamentos e fazendo escolhas como consequência.

Informação

Representa os dados interpretados, contextualizados ou utilizados por uma pessoa, implicando compreensão dos mesmos.

Modelo

Representação ou interpretação simplificada da realidade segundo uma estrutura de conceitos.

Paradigma

Representação do padrão de modelos a serem seguidos. É um pressuposto filosófico, ou seja, uma teoria, um conhecimento que origina o estudo de um campo científico. Uma realização científica com métodos e valores que são concebidos como modelo.

Prevenção

Conjunto de actividades que visam evitar o aparecimento e instalação de padrões de vida social, económica ou cultural que se sabe estarem ligados a um elevado risco de doença.

Fonte: Wikipédia (2005)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ◆ AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2006): **Clinical Practice Recommendations**; American Diabetes Association; 2006, disponível em www.diabetes.org/home.jsp, acedido em Setembro de 2005.
- ◆ BEATTIE, ALAN et al (1993): **The Changing Boundaries of Health in "Health and Wellbeing: a Reader"**; Part III; Chapter 28; pgs.261-271; MacMillan and The Open University, 1993; 271 pgs.; London, UK.
- ◆ BECKER, DANIEL (2001): **No Seio da Família: Amamentação e Promoção da Saúde no Programa de Saúde da Família**; 2001; 117 pgs., disponível em www.portalteses.cict.fiocruz.br, acedido em Outubro 2005.
- ◆ BENNETT, PAUL; MURPHY, SIMON (1999): **Psicologia e Promoção da Saúde**; Manuais Universitários 14; Climepsi Editores, 1ª Edição; 208 pgs; 1999, Lisboa, Portugal.
- ◆ BERESNIAK, ARIEL E DURU, GERARD (1999): **Economia da Saúde**; 1ª Edição, Julho 1999; Ed. Climepsi; 213 pgs.; Lisboa, Portugal.
- ◆ BOHOLM, Å. (1996): **The Many Faces of 'The Cultural Theory of Risk': An Anthropological Critique**; Summary of Meeting Paper - The Annual Meeting of the Society for Risk Analysis-Europe; Institute for Advanced Studies in Social Anthropology, University of Gothenburg; Stockholm, Sweden; 1996 disponível em www.riskworld.com/Abstract/1996/sraeurop/ab6ad142.htm, acedido em Maio 2005.
- ◆ BUNTON, ROBIN; MacDONALD, GORDON (1992): **Health Promotion – Disciplines, Diversity and Development**; Routledge, 2nd Edition; 325 pgs; 1992, London, UK.
- ◆ CARMO, HERMANO; FERREIRA, MANUELA M. (1998): **Metodologia da Investigação: Guia para a Auto-Aprendizagem**; Universidade Aberta; 1ª Edição; 353 pgs.; 1998; Lisboa, Portugal.
- ◆ CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (1986): **Conferência Internacional para a Promoção da Saúde**; 21 Novembro, 1986; Ottawa disponível em www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf, acedido em Agosto 2005.

- ◆ CARVALHO, J. EDUARDO (2002): **Metodologia do Trabalho Científico: “saber-fazer” da investigação para dissertações e teses**; Escolar Editora; 1ª Edição; 156 pgs.; 2002; Lisboa, Portugal.
- ◆ CASPI, OPHER et al (2000): **The Tower of Babel: Communication and Medicine**; Archives International Medicine; Vol.160; November 2000; pgs.3193 – 3195, disponível em www.archinternmed.com, acedido em Dezembro 2004.
- ◆ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (2005), disponível em www.parlamento.pt/const_leg/crp_port/, acedido em Outubro 2005.
- ◆ DECLARAÇÃO DE JACARTA SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SÉCULO XXI (1997): **Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde**, 21-25 Julho, 1997; Jacarta disponível em www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005524.pdf, acedido em Agosto 2005.
- ◆ DGS (2003) – **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida** disponível em www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005962.pdf, acedido em Agosto 2005.
- ◆ DICIONÁRIO TEXTO-EDITORA ON-LINE (2005), disponível em www.priberam.pt, acedido em Agosto 2005.
- ◆ DUBÉ, C.E.; O'DONNELL, J.F.; NOVACK; D.H. (2000): **Communication Skills for Preventive Interventions**; Academic Medicine; Vol. 75, nº 7; July Supplement, 2000; (s.n.); S45-S54
- ◆ DUNNING, TRISHA (2003): **Physician Communication with diabetic Patients with Low Literacy**; Summary and Comment to an Original Article; Arch Intern Med, 2003; (s.n.); Australia
- ◆ ERBEN, R.; FRANZKOWIAK, P.; WENZEL, E. (1992): **Assessment of the outcomes of health prevention**; 12th International Conference on the Social Sciences and Medicine; Scotland, 14-18 September, 1992 disponível em www.idb.org/ssm_92.htm, acedido em Julho 2005.
- ◆ FERREIRA DA SILVA, LUÍSA et al (2002): **Promoção da Saúde**; Universidade Aberta; 1ª Edição; 303 pgs.; 2002; Lisboa, Portugal.

- ◆ FORTIN, MARIE-FABIENNE (1996) : **O Processo de Investigação – da concepção à realização**; Lusociência, Lda; 1ª Edição; 387 pgs.; Loures, Portugal.
- ◆ KUTEEV-MOREIRA, P.; EGLIN, G.T. (2004): **Strategic Challenges for Corporate Communicators in Public Service** in “Handbook of Corporate Communication and Public Relations: Pure and Applied”; Part 1; Chapter 7; pgs.110 –128; 2004; Ed. Sandra Oliver; London, UK.
- ◆ LASH, SANDRA (1990): **Convicções e Comportamento na Educação da Saúde**; “Nursing- Revista Técnica de Enfermagem, Edição Portuguesa”, Ferreira & Bento Lda, Lisboa,1990, Ano 3, nº27, 46-48
- ◆ MADEIRA, ANA CARLA; ABREU, MARIA M. (2004): **Comunicar em Ciência – como redigir e apresentar trabalhos científicos**; Escolar Editora; 1ª Edição; 2004,155 p.pgs.; Lisboa, Portugal.
- ◆ MANDERSCHIED, JEAN-CLAUDE (1994): **Modèles et Principes en Éducation pour la Santé** ; Revue Française de Pédagogie ; nº107 ; Avril-Mai-Juin ; (s.n.) ; pgs. 81-96.
- ◆ McCALL, MARY G. (2003): **Facilitators and Barriers to Changing Health Behaviors**; American Public Health Association 131st Meeting; San Francisco, California Nov. 2003; 15-19, disponível em www.medscape.com, acedido em Março 2004
- ◆ MINISTÉRIO DA SAÚDE/ DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2001): **Guias de Educação e Promoção da Saúde**; Programa de Actividades de Prevenção e Promoção da Saúde; Sociedad FYC; Saúde XXI – POS; 2001; Europress; 111 pgs.
- ◆ NAIDOO, JENNIE; WILLIS, JANE (2001): **Health Studies – An Introduction**; Palgrave, 1st Edition; 313 pgs; 2001; New York, EUA.
- ◆ NORTHOUSE, LAUREL L.; NORTHOUSE, PETER G. (1998): **An Introduction to Health Communication**; “Health Communication – Strategies for Health Professionals”; Chapter 1; Pearson Education, 3rd Edition; pgs. 1 – 21; 1998; Michigan, EUA.
- ◆ NUNES, RUI; REGO, GUILHERMINA (2002): **Prioridades na Saúde**; McGraw Hill Portugal Lda; 1ª Edição; 188 pgs.; 2002; Lisboa, Portugal.

- ◆ O'DONNELL, M. P. (1989) - **Definition of Health Promotion**; American Journal of Health Promotion disponível em www.healthpromotionjournal.com, acessido em Setembro 2005
- ◆ PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010 (2004) – **Prioridades e Orientações Estratégicas**; Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa 2004 disponível em www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html, acessido em Setembro 2005
- ◆ RECOMENDAÇÕES DE ADELAIDE SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS (1998): **Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**; 5-9 Abril, 1998; Adelaide disponível em www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005752.pdf, acessido em Agosto 2005
- ◆ RÜTTEN, ALFRED (1995); **The Implementation of Health Promotion: a new structural perspective**; Soc Sci Med; vol.41, nº 12; Elsevier Science Lda; 1995; pgs. 1627-1637; Great Britain.
- ◆ SIDELL, MOIRA et al (2003): **Debates and Dilemmas in Promoting Health – a Reader**; Palgrave; 2nd Edition; 440 pgs.; 2003, London, UK.
- ◆ VAN SERVELLEN, GWEN (1997): **Managing Care in the Current Context for Health Care Delivery**; “Communication Skills for the Health Care Professional – Concepts and Techniques”; Introduction; Aspen, 1st Edition; pgs. xiii – xxxiv; 1997, Maryland, EUA.
- ◆ WALKER, ELIZABETH (2001): **Health Behavior: from Paradox to Paradigm**; Diabetes Spectrum, Special Report; vol.14, nº1; 2001; (s.n.); pgs.6-8.
- ◆ WHO (2003) – **Global Strategy on diet, physical activity and health**, disponível em www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity acessido em Agosto 2005
- ◆ WHO (2002) – **The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life** disponível em www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf, acessido em Agosto 2005
- ◆ WIKIPÉDIA (2005): **A Enciclopédia Livre On-line**, disponível em www.wikipedia.org, acessido em Dezembro 2005.

◆ Sites consultados:

- www.observaport.org, acedido em Outubro de 2004.
- www.saudexxi.org, acedido em Outubro de 2004
- www.who.org, acedido em Outubro 2004
- www.spt2004.org, acedido em Maio 2005
- www.tip.psychology.org/bandura.html, acedido em Maio 2005
- www.ine.pt, acedido em Julho 2005.
- www.oecd.org, acedido em Setembro de 2005
- www.endotext.com/diabetes/index.htm, acedido em Setembro 2005

ANEXO C

Entrevistas:

JD/ Sexo Masculino/ Endocrinologista/ 25 anos de prática na especialidade
--

1. O objectivo da educação é que o diabético seja capaz de colaborar e de gerir, também, a sua própria terapêutica para um controlo eficaz da doença.
2. Os objectivos são que o doente tenha um conhecimento mínimo da doença, que tenha uma compreensão mínima e eficaz da terapêutica, do que se pretende com a terapêutica e ser capaz de efectuar essa terapêutica, incluindo a diabética, adequada às suas necessidades, dia-a-dia conforme a situação.
3. Há enfermeiras, há dietistas, há psicólogos e há médicos. São esses todos os intervenientes no processo de educação e, em alguns casos, sobretudo no caso de diabéticos tipo 1, há diabéticos da própria casa que também participam na educação, digamos assim, dos seus pares, de outros doentes. Isto sobretudo a nível de campos de férias. Devem ser pessoas qualificadas, que tenham conhecimento teórico e prático da situação e que sejam capazes de transmitir os seus conhecimentos aos outros e verificar se essa transmissão foi adequada ou não.
4. Acho que tenta fazê-lo, mas não o faz. Pelo menos não o faz correctamente porque as pessoas, os ensinantes não são confrontados com os resultados obtidos pelos ensinados, de maneira que, por um lado, é-lhes difícil saber se de facto estão a transmitir ou não os conhecimentos, segundo lugar se as pessoas compreenderam ou não compreenderam esses conhecimentos e, ainda, se no caso de terem compreendido se os põe ou não em prática.
5. É monitorizada de uma forma primária, perguntando ao doente se está satisfeito e é evidente que todos os doentes respondem à priori que sim, quer dizer, é muito difícil que um doente confrontado com determinadas situações, em que toda a gente seja simpática quando vai lá da primeira

vez, que vá dizer que não. Acho que se devia confrontar o doente com situações reais, da sua própria vivência com a doença e saber se ele é ou não é capaz de identificar os seus problemas e, uma vez identificados, de lidar com eles.

6. Pessoalmente, não acredito muito em folhetos e desdobráveis a não ser como informação “a granel” dada numa primeira entrevista. Acho que não é eficaz porque o doente chega a casa e, provavelmente, nem olha para aquilo ou se olha, olha enviesado e pronto acabou-se está feito o contacto com o folheto, não volta a “entrar em cena”. O folheto é apenas um instrumento. A maneira como se lida com o folheto é: o enfermeiro, ou o médico, ou o dietista ou, seja quem for, agarra no folheto e entrega ao doente ou o doente, que está na sala de espera, tem lá um mostruário com folhetos e vai recolher um, se quiser, ou é-lhe entregue um e vai para casa e lê ou não lê. E no caso de ler, lê como quem lê a “Maria”, por exemplo.
7. Ainda hoje existe, na nossa população, uma subordinação do doente em relação ao médico, pelo menos. Em relação aos outros profissionais não tenho conhecimento directo, embora esteja em crer que seja a mesma coisa. Quase que sistematicamente os doentes, sobretudo os de maior idade e sobretudo as mulheres, quando confrontados com o querer-se transferir para eles parte da responsabilidade no tratamento e na avaliação dos seus problemas, recusa-se a fazê-lo, tentando que seja o médico a dizer o que deve ou não deve saber: “O *Xôtor* é que sabe...”. Nos folhetos tenta-se incutir ao doente a necessidade de fazer qualquer coisa. Não se verifica se o doente, primeiro, percebe essa necessidade de fazer qualquer coisa, depois os doentes não são estratificados conforme a sua capacidade de entenderem as mensagens. Aquilo que é claro para qualquer pessoa, pode não ser, em absoluto, nada claro para uma pessoa com 70 anos vinda da província que chega a um centro mais especializado na doença e que é “bombardeado” com toda a espécie de informação, logo no primeiro dia sem mais nada. A tendência é, e provavelmente comigo aconteceria a mesma coisa, a transferência é quase que sistemática. A transferência da responsabilidade para o médico e, provavelmente, para os outros profissionais. O não querer

aceitar as próprias responsabilidades é, provavelmente, um dos principais problemas da educação. O doente não mostra controle. Mostra, quanto muito, culpa por não fazer ele próprio esse controle. Tem sentimentos de culpa porque se apercebem, quando chegam à altura da consulta, têm de ter elementos e dados que sejam reflexo do controle durante o período entre consultas. Essa culpa, muitas vezes, traduz-se por agressividade para com o profissional de saúde porque o mesmo se recusa, muitas vezes, a compreender os porquês. O paternalismo do médico com o doente está a desaparecer e está a ser substituído por um antípoda. Quer dizer, é o querer transferir para o doente a responsabilidade toda. O que também é errado porque a responsabilidade tem que ser partilhada, sobretudo numa doença crónica como é a diabetes.

8. Essencialmente, têm que ser pessoas que tenham um conhecimento razoável, teórico e prático da doença que estão a tratar, mas têm que ser, sobretudo, pessoas capazes, que tenham aprendido uma técnica de comunicação eficaz e de avaliação dessa comunicação com os doentes. A nível profissional, qualquer pessoa, pelo facto de ser médico ou enfermeira e estar a trabalhar no assunto, está imediatamente qualificada para o ensino, sem ter aprendido como se ensina.
9. Dir-lhe-ia que era portador de uma doença, que essa doença era devida a uma insuficiência endócrina, no caso a insulina segregada por um órgão que é o pâncreas e que essa doença, embora não seja curável, é perfeitamente acessível a um controlo e a uma vida igual à das outras pessoas que não são portadoras da doença. A evolução da doença é uma incógnita com que temos de lidar sempre, logo numa primeira consulta não transmitiria isso, só depois conhecendo o doente e tendo uma mínima ideia de como ele iria encarar como vai ser a evolução da doença. O tratamento, isso, tem que ser encarado logo de imediato e que depende de caso para caso. Depende do tipo de diabetes, do momento em que essa diabetes surgiu, do grau de progressão que a doença já manifesta, do controlo que o doente tem.

LG/ Sexo Masculino/ Endocrinologista/ 30 anos de prática na especialidade
--

1. Como sabe, vivemos na época das doenças crónicas, as doenças agudas foram praticamente vencidas, ou quase todas vencidas, aquela que é mais mediática, que é a SIDA, hoje é uma doença crónica, portanto vivemos com os doentes crónicos. Os doentes crónicos são indivíduos que têm que gerir a sua própria doença. Mais do que 90% das circunstâncias de todo o processo educativo, que vem desde os finais do século 19, passando aqui pelo Ernesto Roma quando instituiu esta casa, que foi pioneira na educação do diabético. Esta passa por todo o processo de informação e formação do doente capaz de ser um parceiro no tratamento da sua própria doença e, portanto, ser eficaz, ser eficiente, prevenir, corrigir todos os dias estas doenças crónicas. Neste caso particular da diabetes, a instabilidade acontece todos os dias. É quando almoça, é quando janta, é quando se levanta, portanto, o doente tem de tomar atitudes, ele tem que saber, tem de aprender. Isto permite, não só, ser mais barato em termos económicos para o país atender estas pessoas, pois doutra forma seria impossível, uma vez que a maior parte das doenças agudas passaram a crónicas, como também a longevidade da população tem aumentado e portanto a probabilidade de aparecerem este tipo de afecções “explode” e, portanto, não só no aspecto de significados como, também, no aspecto de permitir autonomia e liberdade na própria doença. Há 100 anos eram pessoas muito limitadas, estavam muito dependentes do médico, do enfermeiro. Hoje a autonomia é uma “arma” de terapêutica fundamental.
2. Assim, os objectivos seriam criar instituições e condições locais para formar as pessoas, por outro lado, formar os formadores. Porque formar não é passar uma injeção para a mão e dizer “agora tem de tomar três por dia”, é preciso conversar com as pessoas, é preciso perceber os seus problemas, é preciso saber as suas representações, o meio social em que vivem, profissional. Portanto, isto leva tempo é preciso paciência e custa dinheiro porque passar uma injeção são, se calhar, 5 minutos

ou menos, para isto é preciso uma hora para estar a conversar com a pessoa, conseguir confiança, conseguir criar uma empatia.

3. Isto aqui é um “oásis”. Aqui temos psicólogos, temos nutricionistas, enfermeiros, temos várias especialidades e, portanto, todas estas pessoas estão sensibilizadas para isso. Há pessoas que têm um cariz mais receptivo para este tipo de doentes, há outros com uma especialidade mais técnica, por exemplo o oftalmologista, é na generalidade muito técnico, serão pessoas mais difíceis de incluir, é preciso ter alguma habilidade para lidar com pessoas algumas cegas ou quase cegas. Aqui a preocupação é: com cursos que cá temos dentro, lá fora, com publicações onde intervimos ou lemos, as pessoas são muito sensibilizadas para isso. Aqui há muitas condições para a formação, o que nem em todos os sítios acontece.
4. Em geral nunca se fazem avaliações, os parâmetros são um bocado difíceis de implementar. Aqui, os parâmetros que nós temos são os parâmetros analíticos, por exemplo a Hemoglobina A_{1c}, verificamos que as pessoas que são submetidas a um processo de educação e as pessoas que vêm à consulta periodicamente, são avaliadas clinicamente e depois faz-se, também, uma avaliação de todo o processo educativo, aquilo que sabe que não sabe. Temos aqui, também, um aspecto que é muito característico que é há uma certa familiaridade com os doentes, os doentes já cá vêm há 10, 20 ou 30 anos, portanto há um tipo de relação que se estabelece na base da confiança e de maior abertura. Assim, temos mais noção do que se está a passar e as pessoas têm uma capacidade de confiança para pedirem ajuda.
5. Habitualmente não se faz, mas devia-se fazer. A maior parte das vezes o que se faz são pequenos inquéritos de satisfação que de vez em quando se fazem. Apesar de tudo muito episodicamente não se tem feito de uma forma estruturada. Portanto, o que se fazem são pequenos inquéritos que não são muito extensos, que são simples, anónimos e fáceis de preencher e que permitem ter uma noção daquilo que falha e que não falha.
6. Têm de ser folhetos, nós temos aqui uma série deles que fazemos, folhetos simples, claros. Com toda esta informação escrita, em princípio,

ou é muito simples ou tem de ser acompanhada por alguém para os explicar. Portanto, aquilo que nós temos são informações muito simples, com frases muito simples, só no sentido de sensibilização, uma sensibilização positiva. Não é dizer: “Você vai ficar ceguinho!”, é dizer: “olhe, você vai ter uma vida normal andando bem compensado!”. Esses são aqueles folhetos que nós temos simples que são distribuídos. São sempre pela positiva e pela motivação, criando, digamos, alguma força interior às pessoas.

7. As expressões não são de obrigatoriedade, são mais de sensibilização. Basicamente são: “faça isto”, “deve fazer isto”. O “se não fizer isto” é completamente errado. O que se deve usar é: “faça”, “procure fazer porque a partir daí pode ter uma qualidade de vida melhor”, portanto, mais deste tipo.
8. Temos sempre aqui um psicólogo que nos ajuda a “ditar” a construção dos folhetos. À base da nossa experiência, pois, todos nós temos alguma sensibilidade para isto, já cá estamos há muitos anos e já cometemos muitos erros e, portanto, pedimos ajuda na “feitura” e depois lançam-se e experimentam-se, dão-se a doentes para pedir a opinião deles. Normalmente são médicos e psicólogos mas, também, com muita ajuda de doentes crónicos que cá estão há algum tempo e alguns até fazem parte dos quadros daqui da casa.
9. A informação que se dá ao doente quando lhe aparece uma Diabetes, em particular uma Diabetes Tipo 1, pois, uma Tipo 2 tem outras características e já aparece numa fase mais avançada e com outro contexto mas, procuramos planear as acções e a informação. Numa fase inicial, o que explicamos é aquilo que aconteceu, a pessoa tem de saber o que é que aconteceu, porque é que apareceu a Diabetes, o que é que aconteceu à sua célula Beta, porque é que se está a fazer insulina, portanto, são informações muito simples. Só de suporte de vida, básicas para ele não errar naquilo que são as atitudes fundamentais para ele viver. E, depois a pouco e pouco vai-se explicando o que é que pode acontecer, mas sempre pela positiva. Que pode haver, de facto, complicações mas, a probabilidade destas acontecerem é muito reduzida, se a pessoa andar bem compensada e,

então, vamos ver como é que as coisas se podem compensar. Existem esquemas terapêuticos que se adaptam às pessoas, sempre pela positiva, sempre planeado. As pessoas têm sempre uma fase emotiva, no início existe uma fase de negação, reagem sempre não querem saber, umas mais outras menos, procuramos é dar tempo às pessoas para terem consciência que têm a doença e que para melhor viver com ela tem de a dominar. É um processo que não é linear, é aos ziguezagues e, às vezes, anda para trás mas, temos de andar para a frente. Temos de manter um espírito aberto com capacidade de diálogo para com as pessoas.

FG/ Sexo Feminino/ Endocrinologista/ 20 anos de prática na Especialidade

1. O objectivo último é que o diabético tenha uma boa saúde no seu conjunto. Não tenha só uma boa compensação da diabetes mas, necessita dessa boa compensação da diabetes para ter um bom aparelho cardiovascular, para não ter as complicações tardias, para ter saúde. Para ter saúde até noutros campos, porque a boa compensação da diabetes está muito relacionada com os bons hábitos de vida, saudável. Tem que alimentar-se bem, tem que ter uma actividade física regular e não deve consumir álcool, tabaco...como ninguém. Portanto, é um exemplo do bom comportamento a nível de boas práticas de saúde.
2. O objectivo final é que tenha uma boa compensação e que tenha uma boa vida. É ter uma vida longa e saudável, com qualidade de vida tanto quanto possível. É impedir, quando possível, o aparecimento de complicações tardias se não se consegue impedir, pelo menos, retardar ou minorar essas complicações.
3. Os mais vocacionados para a educação são os que têm contacto directo com o doente. Aqui defendemos a equipa multidisciplinar que é o médico que dá a terapêutica mas, também, tem que educar para a saúde, a enfermeira que tem de estar em consonância com o médico e o médico com a enfermeira, na continuação dos cuidados a serem executados pelo próprio doente, tem que ensinar o doente a ter as

competências de fazer um auto-controlo, de fazer a auto-injecção e de cumprir as regras alimentares. Temos, também, a nutricionista e a dietista que se vão preocupar com a parte da alimentação, tendo em atenção a terapêutica que o doente tem para melhor aconselhar a distribuição dos alimentos. Tem, também, de ter em atenção a idade, a composição corporal, a sua actividade física para poder coordenar as porções alimentares e os cuidados a ter com os diferentes nutrientes. Mas isto tem de estar tudo interligado. Os outros intervenientes também têm um papel importante pois, são os primeiros a atender, a serem simpáticos, ou não, a orientar a consulta. Temos um laboratório que funciona muito bem e funciona interligado com a consulta, que nos alerta para um doente que começou a ter uma anemia e que não tinha, que nos alerta para uma hemoglobina A_{1c} que subiu ou que desceu, que nos dá o resultado no próprio dia, sendo esta análise principal da compensação da diabetes, é fundamental, para nós e o próprio doente, para ter consciência se as práticas que está a ter estão a ter resultados positivos. Tudo isto faz parte das funções da educação, do tratamento e do acompanhamento do doente.

4. A avaliação principal é feita com os resultados de compensação da diabetes. Avalia se o valor da hemoglobina A_{1c} , que é um valor fiável e que nos dá uma grande ajuda, se tem vindo progressivamente a melhorar, ou se se mantém bem, ou se tem oscilações. O médico também avalia se o doente está a ter bons resultados em relação a outros parâmetros, a tensão arterial, o peso, em relação à alimentação. São feitas, também, consultas de revisão, da parte da enfermagem, da parte da nutrição. Temos vários trabalhos feitos na casa e que recorrem aos nossos doentes para avaliar o grau de satisfação, o grau de conhecimento que têm. Há, também, no final de uma consulta em grupo de jovens que no fim das consultas perguntamos se se sentiram satisfeitos, se foram informados. Temos vários mecanismos de avaliação que não serão exaustivos, haverá outras coisas a fazer mas, penso que temos um certo grau de avaliação dos nossos doentes.
5. É uma pergunta difícil, porque uma das coisas que temos é uma pressão muito grande do número de doentes. Monitorizar o grau de satisfação é

complicado. É o nosso sentir, umas vezes sentem-se satisfeitos da maneira como são tratados, do que se queixam mais é dos tempos de espera, que as consultas são demoradas. Às vezes não percebem que um doente entre à frente de outro porque vai para outro educador que não aquele para que ele vai. Também temos de esperar pelas análises do laboratório. Não sei, teria de pensar, eu própria tenho dificuldade em saber qual a melhor forma de monitorizar. Os *timings* de atendimento da consulta, este aspecto a melhorar, também tenho dificuldade em saber qual a melhor forma de avaliar.

6. Têm que ser informações pequenas, desdobradas por temas, como falei no princípio e tem que se motivar o doente a ser ele próprio a “encontrar o seu caminho”. Têm que se educar os doentes em que não é o médico, a enfermeira ou a instituição que o vai tratar mas, que o vai ajudar a ser ele a tratar-se a si próprio. O doente crónico, em particular o diabético, é ele que se trata a ele próprio. Ele tem que aprender como fazê-lo e qualquer informação que lhe seja dada oral, na consulta ou em folhetos têm que o responsabilizar por si próprio. Não pode pôr a responsabilidade só em terceiros, o principal responsável pelo bom êxito da saúde e do bem-estar do diabético está, principalmente, na sua própria mão. O técnico de saúde, quer seja médico, enfermeiro, dietista ou outro qualquer, só o pode ajudar a criar os instrumentos e os conhecimentos que ele necessite ter para esse bom desempenho.
7. Acho que liberdade, a pessoa ser livre mas, para ser livre tem de se conhecer, o autoconhecimento, de serem livres de escolherem o seu caminho. Têm de saber o que é bom fazer e o que não é bom fazer. A liberdade não é facilidade, a pessoa para ser livre e responsável tem de se preocupar consigo própria, tem de ter um conhecimento de si próprio. Acho que conhecimento, liberdade, autonomia, auto-estima, responsabilidade por si próprio, responsabilidade por terceiros, responsabilidade dentro da sociedade. Há um termo muito utilizado e próprio que é “adaptar a Diabetes há vida e não encaixar a vida na Diabetes”. Todos somos paternalistas e directivos em certos momentos mas, devemos ser o menos possível. É bom que o doente se revolte contra esse paternalismo e contra essa direcção e quanto mais

depressa e melhor ele for capaz de ser ele próprio de tomar decisões...eu costumo dizer para um doente, eu cumpri o meu trabalho de educadora quando eu disser “tens de fazer isto ou aquilo” e ele responder “não, eu tenho de fazer de outra maneira” e quem tem razão é ele. O meu papel está cumprido quando ele tiver mais razão do que eu, conhecer-se melhor a si próprio.

8. Todos um pouco. Há que ser directivo, a alimentação será mais da responsabilidade das técnicas da alimentação, as doses da insulina e da terapêutica serão os médicos e os enfermeiros. Penso que tem de ser a equipa a ser ouvida e dar a sua opinião. Não é uma instituição, nem uma equipa multidisciplinar que vai conseguir resolver o problema da saúde, mesmo dos diabéticos. Este é um problema que é de toda a sociedade, a começar com muita força com a escola, com a família, com o Ministério da Saúde. É preciso trabalhar a nível das escolas dos currículos transversais, numa cadeira de saúde transversalmente tratar dos temas da promoção da saúde, contra a obesidade, contra o sedentarismo, a favor de uma alimentação correcta, contra os alimentos excessivos, contra os alimentos tóxicos, os consumos mas, de uma maneira saudável e aberta. Dar o exemplo nas escolas, é açúcar, gordura e sal que se vendem nas cantinas. A obesidade infantil é já uma realidade e muito melhoraria se se cortasse só... as bebidas açucaradas.
9. Depende, se é uma Diabetes de uma criança, de um jovem ou de um jovem adulto que é uma Diabetes Tipo 1, o que vai implicar a administração de insulina para o resto da vida, tem de haver um tipo de diálogo. Se for uma Diabetes Tipo 2, um adulto que é obeso e que depende muito dos comportamentos. Na Tipo 1, é preciso dizer que tem uma doença congénita que surgiu naquele momento e que não é da responsabilidade nem do pai, nem da mãe, que não se pode definir ainda como é que a transmissão é feita. Tem que se explicar que é uma doença para toda a vida que vai ter de fazer uma administração de insulina, que vai ter de se auto-monitorizar e auto-controlo. Vai ter de se dar a informação parcelarmente e a pouco e pouco vão-se introduzindo outros conhecimentos, tenta-se desdramatizar, mostrar que não é tão doloroso como isso que a vida vai continuar. Tem de se dar espaço e

tempo para o “luto”, para a própria pessoa se consciencializar e ter o conhecimento do que é a diabetes, porque o desespero do próprio e da família é uma realidade. Tentar mostrar que podem fazer a vida normal mas, não se podem esquecer que são diabéticos. Têm que fazer insulina e têm que dar atenção ao que comem. Se todas as pessoas comessem bem eles não comeriam muito diferente da população em geral. Eles têm de comer diferente porque a população, em geral, está a comer muito mal. Pais tranquilos, crianças bem controladas, pais ansiosos e famílias disfuncionais, crianças muito difíceis de controlar. Na Diabetes Tipo 2, tem de se dizer que eles são diabéticos porque tiveram comportamentos de vida errados, como o resto da sociedade, porque têm uma herança genética e que têm que modificar esses comportamentos para melhorar e para compensar a diabetes. Que terão de tomar alguns medicamentos mas, o principal tratamento é a mudança de comportamentos.



LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Folhetos dirigidos aos diabéticos distribuídos pela APDP

ANEXO B – Questionário aos endocrinologistas da APDP

ANEXO C – Transcrição das Entrevistas aos endocrinologistas da APDP



ANEXO A

Folhetos dirigidos aos diabéticos distribuídos pela APDP



ANEXO B

Questionário aos endocrinologistas da APDP



ANEXO C

Transcrição das Entrevistas aos endocrinologistas da APDP

ANEXO B**QUESTIONÁRIO:****Profissão:** _____ **Anos de Prática:** _____**Sexo:** **Feminino** **Masculino**

1. Na sua opinião, quais os objectivos dos esforços de Educação para a orientada para os diabéticos?
2. Quais considera que deveriam ser?
3. No local onde trabalha, identifique e descreva o perfil das pessoas dedicadas à elaboração das diferentes formas de comunicação, para a educação do diabético.
4. Até que ponto, a sua instituição avalia a eficácia, da educação da saúde, junto do diabético e se não o faz como considera que deveria fazer essa avaliação?
5. Até que ponto é monitorizada a satisfação do doente, relativamente à forma como é transmitida a educação do diabético e se não se faz como considera que deveria ser feita?
6. Na sua opinião, que conceitos e informações pensa que devem ser abordados nos folhetos, desdobráveis, etc., para motivar o diabético na educação da sua saúde?
7. Descreva o tipo de comunicação e “exemplos de expressões” que podem promover a autonomia do doente diabético:
 - 7.1. Subordinação
 - 7.2. Controle
 - 7.3. Paternalismo
8. Na sua opinião, para uma promoção da saúde eficaz, que pessoas e perfis técnicos/ profissionais devem fazer parte da equipa responsável pela elaboração desses folhetos, desdobráveis, etc.?
9. Como definiria a Diabetes a um indivíduo de educação média a quem acabaram de diagnosticar a doença?
 - 9.1. E sobre a sua evolução e tratamento?