



SHEILA SILVEIRA COSTA

**GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA IDOSA COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

**Rio Grande
2015**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

SHEILA SILVEIRA COSTA

**GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA IDOSA COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Enfa. Marlene Teda Pelzer

Rio Grande
2015

C827g Costa, Sheila Silveira.
Gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com Diabetes
Mellitus Tipo 2 / Sheila Silveira Costa. 2015
109 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande
– FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio
Grande/RS, 2015.

Orientadora: Dr^a. Marlene Teda Pelzer.

1. Idoso 2. Doença crônica 3. Diabete Mellitus 4. Enfermagem
I. Pelzer, Marlene Teda II. Título.

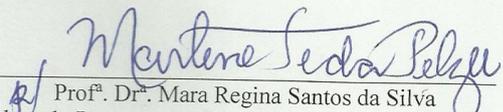
CDU 616-083-053.9

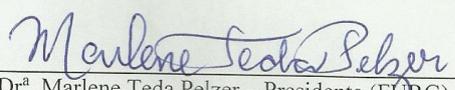
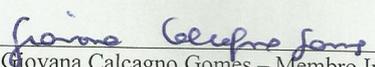
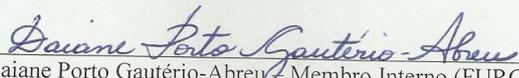
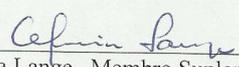
Catálogo na Fonte: Bibliotecário Me. João Paulo Borges da Silveira CRB 10/2130

SHEILA SILVEIRA COSTA

**GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA IDOSA COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 26 de agosto de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.


Prof.^a Dr.^a Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dr. ^a Marlene Teda Pelzer – Presidente (FURG)
 Dr. ^a Giovana Calcagno Gomes – Membro Interno (FURG)
 Dr. ^a Daiane Porto Gautério-Abreu – Membro Interno (FURG)
Dr. ^a Marilene Portella – Membro Externo (UPF)
 Dr. ^a Celmira Lange – Membro Suplente Externo (UFPEL)
Dr. ^a Silvana Sidney Costa Santos – Membro Suplente Interno (FURG)

DEDICATÓRIA

À minha avó Sueli Zanella (*in memoriam*), pelo exemplo de garra e de determinação a serem seguidos e pela inspiração dessa pesquisa.

À minha filha Betina, que, dentro da “barriga” da mamãe, certificou-me de meus ideais e motivou, por meio de sua existência, a conclusão desse trabalho acadêmico.

A Deus, pela coragem proporcionada a fim de que eu pudesse transpor os árduos desafios impostos pela vida, quando da execução desse trabalho acadêmico, por se fazer presente em todos os momentos, nas diversas formas, mostrando-me que nada é impossível.

À minha família, por acreditar na minha capacidade e alegrar-se com minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Marçal Costa e Denise Costa, por terem me ensinado o valor do estudo, pela dedicação e pelo incentivo.

À minha irmã Sabrina Costa, pelo incentivo e por ter acreditado em minha capacidade.

Às amigas Simone Zanotta e Marli Salvador, pelo carinho, pelo respeito, pelo incentivo e pelo companheirismo durante essa jornada.

Às colegas de profissão e jornada Rita Arim, Daniela Pasini e Deise Lima, pelos auxílios e contribuições na execução desse trabalho.

Ao Bruno Zanella, pelo amor, respeito, companheirismo e incentivo durante o processo de construção desse trabalho.

À minha orientadora Profa. Dra. Marlene Teda Pelzer, pela credibilidade, pela cumplicidade, pelo respeito às minhas escolhas e pelos ensinamentos.

Às Profas. Dras. Giovana Calcagno Gomes, Silvana Sidney Costa Santos, Marilene Portella, Celmira Lange e Daiane Porto Gautério Abreu pela competência profissional, pelos ensinamentos e pelas contribuições significativas.

À Enfa. Tatiana Aragão, pelo carinho, pelo respeito e pelo empenho para que esse trabalho acadêmico fosse realizado.

À equipe do Centro Integrado de Diabetes - FURG, pelo carinho e pela consideração.

Às pessoas idosas participantes desse estudo, por terem acreditado na relevância desse trabalho como forma de contribuição ao bem-estar das pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2.

RESUMO

COSTA, Sheila Silveira. **Gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com Diabetes Mellitus Tipo 2.** 2015. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande/RS.

Objetivou-se identificar os fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com Diabetes Mellitus Tipo 2. Realizou-se pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi efetuada nos meses de abril e maio do ano de 2015 no Centro Integrado de Diabetes de um Hospital Universitário do sul do Brasil, com 10 pessoas idosas, por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram submetidos à análise textual discursiva. Evidenciou-se que o descobrimento da doença ocorre na faixa etária dos 40 anos. A polidipsia é o principal sintoma que leva à descoberta da patologia. Os participantes possuíam histórico familiar da doença na maioria dos casos. O processo de aquisição de conhecimentos em Diabetes Mellitus ocorreu em consulta a médico do serviço especializado. Enfermeiros, nutricionistas e multiplicadores de informações também mostraram-se relevantes para a aquisição de conhecimentos. As práticas educativas foram efetivas a partir do momento em que houve absorção dos conhecimentos pelos participantes, assim como a busca por novas informações. A hipertensão arterial foi a comorbidade referida como a que mais os acomete, seguida pelas doenças osteomusculares. As complicações elencadas foram a retinopatia diabética, a catarata, os problemas vasculares, o glaucoma, a nefropatia diabética, a disfunção erétil e a hipoglicemia. Os participantes referiram abusos, ainda que estejam cientes da importância de uma dieta alimentar adequada para a manutenção do tratamento. As comorbidades e complicações dificultam/impedem a realização de atividade física e a participação em grupos de apoio. Em relação às medidas farmacológicas, verificou-se a ocorrência de polifarmácia. Os participantes utilizavam insulina associada aos hipoglicemiantes orais. Os efeitos colaterais motivam a interrupção da terapia medicamentosa. A aceitação da condição de saúde mostrou-se associada à funcionalidade, e a limitação atrelada à restrição alimentar, destacando-se a dos doces. A rede de apoio é constituída pela família, serviços de saúde, grupos de apoio e religiosidade/espiritualidade. Atribui-se o sucesso do tratamento aos cuidados com a doença, à fé e à paz interior. Os obstáculos consistem na falta de medicamentos no Sistema Único de Saúde, no elevado preço dos alimentos próprios para este público e na dificuldade em realizar consulta com profissional especializado. Acredita-se que este estudo, ao evidenciar os fatores atuantes como facilitadores e dificultadores que influenciam a gestão do regime terapêutico, poderá subsidiar intervenções de enfermagem que venham a colaborar com as necessidades da pessoa idosa com a doença, e a gerar benefícios à manutenção da qualidade de vida, à autonomia e à independência. O estudo poderá contribuir com a assistência oferecida pelo Centro Integrado de Diabetes às pessoas idosas.

Descritores: Idoso. Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Enfermagem.

RESUMEN

COSTA, Sheila Silveira. **Gestión del régimen terapéutico de las personas mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2.** 2015. 109 p. Tesis. (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande/RS.

El objetivo fue identificar los factores que influyen en la gestión del régimen terapéutico de las personas mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2. Se realizó una investigación exploratoria y descriptiva con enfoque cualitativo. La recolección de datos se llevó a cabo en abril y mayo de 2015, en el Centro Integrado de Diabetes de un hospital universitario en el sur de Brasil, con 10 personas de edad avanzada, a través de entrevista semiestructurada. Los datos fueron sometidos al análisis del texto discursivo. Se evidenció que el descubrimiento de la enfermedad se produce cerca de los 40 años. La polidipsia es el síntoma principal que conduce al descubrimiento de la patología. Los participantes tenían antecedentes familiares de la enfermedad en la mayoría de los casos. El proceso de adquisición de conocimientos de la Diabetes Mellitus se produjo en consulta al servicio médico especializado. Enfermeras, nutricionistas y multiplicadores de información también han demostrado ser relevantes para la adquisición de conocimientos. Las prácticas educativas fueron efectivas desde el momento en que hubo conocimiento por parte de los participantes, así como la búsqueda de nueva información. La hipertensión fue la comorbilidad que más afectó a los entrevistados, seguida de las enfermedades del aparato locomotor. Otras de las complicaciones mencionadas eran retinopatía diabética, cataratas, problemas vasculares, glaucoma, nefropatía diabética, disfunción eréctil y la hipoglucemia. Los participantes informaron que no siempre siguen la dieta recetada, incluso si son conscientes de la importancia de una alimentación adecuada para el tratamiento de mantenimiento. Comorbilidades y complicaciones obstaculizan/impiden la realización de la actividad física y la participación en grupos de apoyo. En la acción farmacológica, se verificó que se hace uso de la polifarmacia. Los participantes utilizan la insulina asociada con agentes hipoglucemiantes orales. Los efectos colaterales de algunos fármacos motivan la interrupción de la terapia con los medicamentos recetados. La aceptación de la condición de salud se asoció a la funcionalidad, y la limitación está vinculada a la restricción de alimentos, destacando los dulces. La red de apoyo está formada por la familia, los servicios de salud, grupos de apoyo y la religiosidad/espiritualidad. Los participantes informaron que atribuían el éxito de su tratamiento a los cuidados adecuados con la enfermedad, a la fe y a la paz interior. Los obstáculos son la falta de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud, el alto precio de los alimentos aptos para diabéticos y la dificultad de llevar a cabo un tratamiento con un especialista. Se cree que este estudio, que resalta los factores activos como facilitadores y dificultadores de la gestión del régimen de tratamiento, puede apoyar las intervenciones de enfermería que contribuirían a las necesidades de las personas de edad avanzada con la enfermedad, y generar beneficios para el mantenimiento de una mejor calidad de vida, autonomía e independencia. El estudio puede facilitar la ayuda ofrecida por el Centro Integrado de Diabetes a las personas de tercera edad.

Palabras clave: Tercera edad. Enfermedades crónicas. Diabetes Mellitus. Enfermería.

ABSTRACT

COSTA, Sheila Silveira. **Management of therapeutic regimen of elderly people with Diabetes Mellitus Type 2.** 2015. 109 p. Thesis (Masters in Nursing). Nursing school. Graduation Program in Nursing. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande/RS.

The objective was to identify factors that influence the management of therapeutic regimen of elderly people with Diabetes Mellitus Type 2. An exploratory and descriptive research with a qualitative approach was carried out. Data collection was carried out between April and May 2015 in the Diabetes Integrated Center of a university hospital in southern Brazil, with 10 elderly patients, through semi-structured interview. Data was submitted to discursive textual analysis. It was revealed that discovery of the disease occurs around the age of 40. Polydipsia is the main symptom leading to the discovery of the pathology. The participants had a family history of disease in most cases. The process of acquiring knowledge about Diabetes Mellitus occurred in appointments with doctors from specialized service. Nurses, nutritionists and multipliers of information also proved to be relevant to the acquisition of knowledge. Educational practices were effective from the moment they were absorbed by the participants, as well as searching for new information. Hypertension was pointed out as the comorbidity that affects patients the most, followed by musculoskeletal diseases. The listed complications were; diabetic retinopathy, cataracts, vascular problems, glaucoma, diabetic nephropathy, erectile dysfunction and hypoglycemia. The participants reported excesses, although they are aware of the importance of proper diet for maintenance of the treatment. Comorbidities and complications restrain/prevent physical activity and participation in support groups. In the pharmacological measures, the occurrence of polypharmacy was pointed out. The participants used insulin associated with oral hypoglycemic agents. Side effects motivate interruption of drug therapy. Acceptance of health condition was associated to functionality, and the limitation linked to food restriction, highlighting the limitation of sweet intake. The supporting network is made up of the family, health services, support groups and religiosity/spirituality. The success of treatment is associated to care of the disease, as well as to faith and inner peace. The obstacles are the lack of medicine in the National Health System, the high price of proper food to these kind of people and the difficulty in getting an appointment with specialized personnel. This study, highlighting the active factors that work as facilitators and barriers that influence the management of the treatment regimen, can support nursing interventions that will contribute to the needs of elderly people with the disease, and generate benefits for maintaining quality of life, autonomy and independence. The study may contribute to the assistance offered by the Integrated Center for Diabetes to the elderly.

Key terms: Elderly. Chronic disease. Diabetes Mellitus. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Medicamentos antidiabéticos orais: mecanismos de ação e efeitos clínicos.....23

Quadro 2: Análogos de insulina disponíveis no mercado.....25

Quadro 3: Dados que devem ser coletados na consulta de enfermagem à pessoa com DMT2.....43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 OBJETIVO.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 O DIABETES MELLITUS TIPO 2: CONCEITO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E COMPLICAÇÕES NO CONTEXTO DA PESSOA IDOSA.....	17
2.2 FACILITADORES DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	29
2.3 DIFICULTADORES DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	34
2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO.....	41
3 METODOLOGIA.....	55
3.1 TIPO DO ESTUDO.....	55
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	55
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	56
3.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS.....	57
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	58
3.6 QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVIDAS NO ESTUDO.....	59
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS DO ESTUDO.....	60
4.2 A DESCOBERTA DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 PELA PESSOA IDOSA.....	61
4.3 CONHECIMENTOS DA PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE A DOENÇA.....	66

4.4 PERFIL CLÍNICO DA PESSOA IDOSA E A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	72
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	105
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	106
APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO CENTRO INTEGRADO DE DIABETES.....	108
ANEXO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE...	109

1 INTRODUÇÃO

Experiências pessoais, durante 20 anos, com familiares adultos e idosos com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), proporcionaram-me o acompanhamento desta condição crônica de saúde. Vivenciei a descoberta da doença, o processo de enfrentamento, a fase de surgimento de complicações e as intervenções com a finalidade de minimizá-las. Constatei que estas situações são influenciadas por diversos fatores, e que comportamentos de risco estão presentes com frequência.

Ao auxiliar na realização de cuidados como principal cuidadora, na adolescência e na fase adulto-jovem, presenciei o aparecimento de complicações severas da doença, decorrentes da gestão inadequada do regime terapêutico, como a retinopatia diabética, o acidente vascular cerebral, as amputações de membros inferiores, as cardiopatias e a nefropatia diabética. As complicações acarretaram em danos físicos e emocionais, além da diminuição da qualidade de vida (QV) desses familiares com DMT2. Observei que a negação da doença pode acompanhar a pessoa até o fim de sua vida, uma vez que, embora diante das complicações e intervenções, ainda assim, houve dificuldade considerável em gerir a doença de forma adequada.

Aliada a essas vivências pessoais, minha experiência como enfermeira assistencial em variadas unidades hospitalares, destacando a Unidade de Clínica Médica, a Unidade de Clínica Cirúrgica, a Unidade de Serviço de Pronto Atendimento, a UTI Geral Adulto e o Serviço de Classificação de Risco de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, constatei, rotineiramente, um número elevado de pessoas com DMT2. Estas, em sua maioria, são pessoas idosas, porém com idade pouco avançada, na qual se encontram vivenciando consequências das complicações crônicas graves da doença, decorrentes de uma possível gestão inadequada ao longo dos anos.

Também, como discente do Curso de Mestrado, ao exercer estágio de docência no Centro Integrado de Diabetes (CID/HU/FURG), atividade que me possibilitou assistir pessoas com DMT2 em um serviço especializado, por meio da consulta de enfermagem, percebi que existem *deficits* na gestão do regime terapêutico da doença. Esta realidade, particularmente, causa profundo pesar e angústia e demonstra a necessidade de repensar a assistência oferecida, a fim de contribuir com a gestão da doença e possibilitar um viver com maior QV.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT) e ocupa o 3º lugar nas enfermidades de maior impacto para a saúde pública. As DCNTs são responsáveis pelo aumento da morbimortalidade, afetam o desenvolvimento social e econômico dos países e interferem na QV das pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

A doença crônica é definida pela Organização Mundial da Saúde como toda e qualquer enfermidade de longa duração, evolutiva, que cause alteração orgânica ou funcional irreversível, podendo trazer disfunções, sem probabilidade de remissão completa e que gere danos de ordem física, psicológica, emocional, social, econômica e à QV da pessoa com enfermidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

O DM acomete mais de 382 milhões de pessoas no mundo, e o Brasil apresenta 11,9 milhões de pessoas com a doença (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013). As cidades brasileiras com índices mais elevados são Fortaleza - CE, 7,3%; Vitória - ES, 7,1%; e, Porto Alegre - RS 6,3% (BRASIL, 2013). Essa é uma das doenças crônicas mais comuns que afetam as pessoas idosas, e um em cada quatro indivíduos com idade superior a 60 anos tem DMT2, apresentando-se como um desafio para a saúde pública devido ao aumento da prevalência de problemas micro e macrovasculares na pessoa idosa, necessitando de atuação de equipe multiprofissional para uma gestão do regime terapêutico ideal (FREITAS, 2011).

A gestão do regime terapêutico surge de uma resposta multidisciplinar e multiprofissional aos condicionantes expressos, com a finalidade de capacitar o paciente para o autocontrole de sua condição de saúde. É influenciado pela presença ou ausência de competências cognitivas e instrumentais. A ausência de competências interfere na capacidade adaptativa e acarreta em comportamentos tendenciosos que visam diminuir a sintomatologia ou alterar/manter o estado de saúde. Pacientes diante de regimes terapêuticos complexos tendem a encontrar dificuldades na gestão do regime terapêutico. O regime terapêutico complexo é aquele que utiliza como recurso múltiplas estratégias farmacológicas e não farmacológicas simultaneamente (PADILHA; OLIVEIRA; CAMPOS, 2010).

O DMT2 exige adaptação e empenho na atividade de gerir o complexo regime terapêutico necessário para o controle da doença, o que gera em impactos de ordem emocional/psicológica, financeira e social. A gestão terapêutica ineficaz está

associada às complicações que acometem órgãos, especialmente: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2013). Desta forma, pode acarretar em comprometimentos no que tange à saúde da pessoa idosa diabética, prejudicando a QV, a autonomia e a independência.

O diagnóstico de uma doença crônica apresenta grande potencial para modificar a vida. As modificações estão relacionadas às atividades da vida cotidiana, e geram sentimentos de angústia e desespero, diminuindo a capacidade de agir e pensar. Diante dessa situação, percebe-se a necessidade de disponibilizar um cuidado integral de saúde às pessoas com a doença, que relevem os aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos, entre outros (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Para uma gestão do regime terapêutico eficaz é necessário modificar o cotidiano, revendo hábitos no que se refere à alimentação, à atividade física, às consultas periódicas com profissionais de saúde, à utilização de medicamentos e, quando indicada, a insulinoterapia, à utilização/manejo de tecnologias, como os glicosímetros, as canetas de insulina ou seringas para aplicação. A aceitação e a conscientização da doença são benéficas a partir da obtenção/manutenção da QV, da promoção da saúde e da prevenção dos agravos.

As pessoas com DMT2 necessitam de acompanhamento por equipe multiprofissional de saúde que possibilite ferramentas para o manejo da doença com vistas ao autocuidado. As ferramentas estão relacionadas às informações que possibilitarão ao usuário lidar com situações cotidianas, a partir da descoberta da doença, como a aceitação, a tomada de decisões frente às descompensações agudas, o conhecimento quanto ao valor calórico dos alimentos, quanto à utilização correta dos medicamentos prescritos e à monitorização da glicemia capilar no domicílio (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Os profissionais de saúde necessitam atentar para as reais necessidades das pessoas com a doença, desenvolvendo uma assistência embasada no significado atribuído à vida e aos saberes em relação à patologia. Ainda, esses profissionais devem relevar o contexto social no qual estão inseridas, o estilo de vida, os aspectos culturais, os emocionais, psicológicos e econômicos, as vivências, as experiências e a individualidade. O cuidado às pessoas idosas necessita de interação, compreensão e apreensão do modo de viver destas pessoas e de seus familiares/cuidadores envolvidos no processo. As ações profissionais planejadas,

com respeito e envolvimento às decisões da pessoa idosa, propiciam melhores resultados no cuidado (HAMMERSCHIMDT; LENARDT, 2010).

Muitas vezes, o DMT2 é negligenciado, situação que repercute significativamente na saúde das pessoas. As pessoas com doenças crônicas são as que menos aderem à terapêutica, e nos países desenvolvidos, apenas 50% cumprem o tratamento (DIAS *et. al.*, 2011).

Pressupõe-se que o complexo regime terapêutico exigido para o tratamento do DMT2 possa contribuir com inadequada gestão. As pessoas idosas diabéticas podem vivenciar/experimentar dificuldades no que tange à gestão do regime terapêutico, entendendo-a como instigadora. Esta situação, aliada às minhas vivências pessoais, profissionais e meu envolvimento como membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON), motivaram-me à realização deste estudo, que tem como questão norteadora: Quais fatores influenciam a gestão do regime terapêutico pela pessoa idosa com DMT2?

A investigação justifica-se pelo fato de o DMT2 ser o responsável por um elevado número de internações, de permanência e de mortalidade hospitalares de pessoas idosas e pela alta demanda por procedimentos complexos (FREITAS, 2011). A doença crônica é onerosa para os serviços de saúde, e é crescente a proporção de óbitos relacionados (LIMA; ARAÚJO, 2012).

Justifica-se ainda pela realidade de que, apesar do elevado número de diagnósticos, o DM ainda é uma doença pouco compreendida, e seu regime terapêutico ignorado em função disso. Esta situação é agravada pelo caráter silencioso do DMT2 (DAIONE; TAVARES, 2009).

Para minimizar o evento, precisa-se que a equipe multiprofissional, destacando-se o(a) enfermeiro(a), instrua e capacite os portadores de DMT2 e seus familiares para os cuidados com o tratamento, tornando possível a compreensão e a gestão da saúde. A educação mostra-se uma ferramenta importante, com a finalidade de permitir que a pessoa com doença crônica desempenhe papel ativo no processo de autocuidado.

1.1 Objetivo: Identificar os fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com Diabetes Mellitus Tipo 2.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O capítulo traz considerações acerca da doença, conceito, diagnóstico, tratamento e complicações, e sobre a gestão do regime terapêutico pela pessoa idosa com DMT2, apresentando os fatores que atuam como facilitadores e dificultadores no tratamento, bem como o papel da enfermagem no cuidado.

2.1 O DIABETES MELLITUS TIPO 2: CONCEITO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E COMPLICAÇÕES NO CONTEXTO DA PESSOA IDOSA

O DM é um conjunto de desordens metabólicas que ocasionam aumento da glicose sanguínea, em virtude de alterações na secreção de insulina pelo pâncreas ou alterações na ação do hormônio nos órgãos/tecidos, como no fígado, nos músculos e no tecido adiposo. A doença implica em modificações no metabolismo de proteínas, gorduras, sais minerais e, principalmente, glicose (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009). Existem diversos tipos de DM, contudo os Tipos 1 e 2 são os mais conhecidos. Neste estudo, o enfoque será no Tipo 2 (DMT2), devido à sua alta prevalência nas pessoas com mais de 60 anos (FREITAS, 2011).

No DMT2, há alterações na sensibilidade à insulina e na capacidade de secreção desse hormônio pela célula Beta pancreática, com um componente genético do tipo poligênico fortemente associado, determinando as alterações metabólicas (LALLI; TSUKUMO, 2012). Esse tipo de DM compreende 90% dos casos na população e se manifesta, em geral, após os 40 anos de idade, em pessoas com história de sobrepeso, obesidade e histórico familiar e, ainda, está associado ao envelhecimento (BRASIL, 2013).

O envelhecimento pode implicar na diminuição da sensibilidade à insulina, situação denominada resistência insulínica. As pessoas idosas apresentam maior tendência a acumular gordura abdominal e a se tornarem obesas, uma vez que há, muitas vezes, diminuição da realização de atividade física aliada ao cultivo de maus hábitos alimentares por vários anos. Com o aumento da idade, e diante dessa realidade, uma maior quantidade de insulina é necessária para manter os níveis de glicose normal, acarretando em esgotamento funcional da produção do hormônio pelas células Betas pancreáticas (FREITAS, 2011).

O aparecimento da doença dá-se de forma insidiosa, com manifestação por meio de sintomas clássicos: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso inexplicável, ou com sintomas menos específicos como: fadiga, fraqueza, letargia, visão turva, prurido vulvar ou cutâneo e balanopostite. Pode ocorrer que não haja manifestação dos sintomas da doença, e a suspeita do diagnóstico será realizada a partir do aparecimento de complicação tardia, como a proteinúria, a retinopatia, a neuropatia periférica, a doença arteriosclerótica ou infecções de repetição (BRASIL, 2013). Clarifica-se que o diagnóstico na pessoa idosa é dificultado pela sua clínica peculiar, no qual os sintomas clássicos do DM podem estar ausentes, como a poliúria e a polidipsia. Com frequência, sintomas como mialgia, fadiga, adinamia, estado confusional e incontinência urinária estão presentes (FREITAS, 2011).

Embora diante de sintomatologias e/ou presença de complicações características, o diagnóstico é realizado a partir da detecção de hiperglicemia. Quatro tipos de exames podem ser realizados: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c) (BRASIL, 2013). Recomenda-se o teste da glicose plasmática para o diagnóstico, por ser um método econômico, rápido e fácil. Testes glicêmicos com valores entre 100 – 125 mg/dL ainda não constatarem doença estabelecida, contudo, supõem uma predisposição para o desenvolvimento do DM. Assim, deve-se alertar para a adesão de hábitos saudáveis com a finalidade de normalizar os níveis séricos de glicose e manter a qualidade de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014b).

A doença é diagnosticada quando o teste acusa glicemia superior a 126 mg/dL após jejum de 8 horas, porém este resultado tem de persistir em, pelo menos, duas amostras em dias diferentes. Valores maiores que 200 mg/dL, verificados por meio de glicosímetros, em diferentes horários do dia, ou seja, casualmente, acompanhado da sintomatologia característica, também constatarem a presença da patologia. O TTG, no qual se ingere 75 gramas de glicose anidra dissolvida em água, com verificação da glicemia duas horas após a ingestão, consiste em outra forma diagnóstica, quando o resultado for igual ou maior que 200 mg/dL. A verificação da HbA1c igual ou maior que 6,5% também confirma o diagnóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014b).

A HbA1c decorre da ligação estável e irreversível da glicose à hemoglobina. É constituída 50% pela glicose do primeiro mês, 25% pela do segundo mês e 25%

pela do terceiro/quarto mês precedente à amostra sanguínea. Desta forma, possibilita que o profissional de saúde avalie o controle glicêmico prévio. Valores maiores que o estipulado estão associados às complicações crônicas devido à glicotoxicidade exercida nos órgãos (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009).

Após a descoberta do DMT2, para o tratamento, há necessidade de uma atitude disciplinar em constante vigilância, com modificações no estilo de vida habitual (ALBORGUETTI; OLIVEIRA; SILVÉRIO, 2012). No que tange à pessoa idosa, o tratamento necessita considerar a expectativa de vida em função da idade e comorbidades, a fragilidade, o comprometimento funcional e/ou cognitivo. A avaliação destes aspectos direcionará a assistência multiprofissional, como as estratégias que serão utilizadas e o estabelecimento de metas para o controle da hiperglicemia, agravos e prevenção das complicações.

O tratamento do DMT2 engloba medidas farmacológicas e não farmacológicas, e inicialmente opta-se pela realização de dieta alimentar associada à atividade física, caso não seja o bastante, inicia-se também o uso de medicações. A orientação acerca do tratamento tem de considerar as condições cognitivas da pessoa idosa, e para essa avaliação sugere-se a aplicação do Mini-Mental State Examination (MMSE) (FREITAS, 2011).

Uma equipe multidisciplinar e/ou interdisciplinar é imprescindível para o tratamento da pessoa com DM, e deve ser constituída por: médico, enfermeira, nutricionista, psicólogo, pedagogo, professor de educação física, dentista, podólogo, dentre outros. Os objetivos visam à educação continuada em saúde: impacto e efeito psicológico, programa de alimentação, execução de exercícios sem nenhum risco, técnicas de automonitorização, técnicas de auto-aplicação de insulina, prevenção de complicações agudas e crônicas e cuidados com os pés (COSTA, 2009).

O viver com a doença crônica DMT2 traz abalos psicológicos/emocionais, além de outros impactos. Diante disto, o tratamento tem de primar também para estas questões, para que favoreça a gestão do regime terapêutico eficaz. Foram observados, em estudo qualitativo que objetivou compreender o processo de enfrentamento do DMT2 por pessoas idosas de uma unidade de Saúde da Família de um município do sul de Santa Catarina, sentimentos de tristeza e impotência. Estes sentimentos relacionam-se com as mudanças significativas no modo de viver e impactam de forma negativa na QV e de saúde. Alguns idosos responsabilizaram

a doença pelo desencadeamento de episódios depressivos (ALBORGUETTI; OLIVEIRA; SILVÉRIO, 2012).

A depressão pode acompanhar as pessoas com DM, com prevalência três vezes maior nos indivíduos diabéticos do que nos não diabéticos, implicando em sofrimento. A fragilidade psicológica/emocional acontece frente às limitações de diversas ordens impostas pela doença crônica, como as restrições alimentares, a necessidade de uso contínuo de medicamentos, a frustração pela dificuldade em alcançar as metas de controle da glicemia, a possibilidade de discriminação no ambiente social e no mercado de trabalho e as incapacidades decorrentes das complicações em estado avançado. A depressão influencia negativamente no controle da doença, já que ocorre desmotivação para aderir às recomendações e ao plano de autocuidado (BRASIL, 2013).

A atenção e o cuidado às questões de ordem psicológica/emocional são de suma importância para a gestão do regime terapêutico, uma vez que é necessária a aceitação da condição de saúde. Os profissionais de saúde/enfermeiro necessitam abordar a doença, embora incurável, como passível de conviver de forma harmoniosa, não obrigatoriamente limitando as pessoas com DM2 às situações que lhes são prazerosas.

Dieta com grandes restrições, preconizadas anteriormente, são rejeitadas atualmente no meio científico. Orienta-se dieta balanceada e individual, que permita uma vida ativa, integrada ao grupo social a qual se pertence. Para tanto, toda a equipe multiprofissional precisa estar engajada para otimizar o tratamento (PRADA, 2012). No que diz respeito à pessoa idosa, há de se repensar uma gestão com base nos estados de saúde como: duração do DM, idade/expectativa de vida, comorbidades, doença cardiovascular, complicação microvascular, hipoglicemia não percebida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014b).

Quanto ao programa de alimentação para o tratamento do DM de pessoas idosas, este precisa assemelhar-se às demais faixas etárias e ser realizado e acompanhado por nutricionista. Recomendam-se refeições fracionadas ao longo do dia, evitando ingestão de carboidratos devido à grande carga calórica. O novo plano alimentar necessita ser estabelecido de forma gradativa em virtude dos hábitos adquiridos/cultivados ao longo da vida dessas pessoas. O ideal é que a dieta contemple: 60% de carboidratos, 30% de gorduras e 10% de proteínas. A ingestão de colesterol não deve ultrapassar 300mg/dia (FREITAS, 2011).

A modificação da alimentação traz benefícios ao controle glicêmico e pressórico, na manutenção ou perda de peso, resultando na redução dos riscos associados às doenças cardiovasculares. É importante conhecer o padrão alimentar pessoal e familiar, com a finalidade de identificar os fatores que possam contribuir ou prejudicar o controle glicêmico ou que possam, ao longo do tempo, agravar a doença. A investigação do padrão alimentar, em especial o consumo de alimentos com alto teor de açúcar e gordura saturada e o baixo consumo de fibras, frutas e vegetais, é uma ferramenta imprescindível para a prevenção e o manejo do DM. (BRASIL, 2013).

Aliada ao programa alimentar, encontra-se a execução de exercícios físicos e/ou atividades físicas. A prescrição necessita acontecer de forma individualizada. Atenta-se para o fato de que as pessoas idosas já são mais propensas às quedas devido a fragilidades, seja pela diminuição da capacidade funcional, pela dificuldade visual e/ou pela polifarmácia. Nos diabéticos, esses fatores somam-se à neuropatia periférica e à possibilidade de hipoglicemia, o que favorece as quedas (FREITAS, 2011).

Os exercícios físicos e/ou atividades físicas são de grande importância à pessoa com DM2, sendo parte integrante do tratamento, e devem ser realizados em companhia de outra pessoa, pelo risco de hipoglicemia. Os exercícios físicos e as atividades físicas facilitam a queima de glicose pelos músculos, melhorando o controle da glicemia; colaboram para a redução de peso; aumentam a ação da insulina e dos hipoglicemiantes orais; aumentam o número de receptores e sua capacidade de ligação com a insulina em tecido adiposo, músculos e outros órgãos, diminuindo a resistência insulínica nesses tecidos. Também, aumentam a circulação sanguínea nos músculos e membros inferiores, destacando os pés, prevenindo aterosclerose; reduzem os riscos cardiovasculares, a quantidade diária de insulina, os níveis de colesterol e triglicérides, a pressão arterial, a perda de massa óssea; e melhoram a sensação de bem-estar (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009).

É preciso definir atividade física e exercícios físicos e diferenciá-los. Atividade física é “qualquer movimento que seja resultado de contração muscular voluntária, que leve a um gasto energético acima do repouso, por exemplo: andar, dançar, correr, pedalar, subir escadas, jardinar ou nadar”, e exercício físico “é um tipo de atividade física mais organizada, que inclui duração, intensidade, frequência e ritmo,

por exemplo: andar, correr, pedalar ou nadar a uma determinada velocidade” (MATSUDO, 2009, p. 106).

Em relação às duas opções, há de se considerar os custos/benefícios. Atividades leves ou moderadas implicam em maiores benefícios do que malefícios, pois exercícios intensos acarretam em riscos de lesões e problemas cardiovasculares e imunológicos. O ideal são as atividades moderadas, com duração de pelo menos 30 minutos, cinco vezes por semana. Podem ser realizadas fracionadas, 15 ou 10 minutos de atividades pela manhã, e o restante fracionado pela tarde e pela noite. Atividades físicas também podem ser realizadas em tarefas do dia a dia, como: caminhar até locais como mercados, padarias, jornaleiros, varrer a casa/quintal, limpar o jardim ou os móveis (MATSUDO, 2009).

A realização de exercício físico/atividade física deve ser precedida de avaliação das condições do paciente, incluindo o controle metabólico, o potencial para o autocuidado e a existência de complicações. O teste de esforço é um recurso para avaliar frequência cardíaca máxima e a capacidade funcional, além de orientar para o exercício. Esse teste também deverá ser utilizado para o acompanhamento da pessoa com DM, principalmente na presença de complicações cardiovasculares. Algumas complicações exigem atividades físicas com cargas mais baixas, como: a retinopatia diabética, a neuropatia periférica e a autonômica, a albuminúria e a nefropatia (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014b).

Atividades moderadas intensivas podem acarretar na presença da retinopatia diabética em hemorragia vítrea, descolamento de retina ou traumatismo ocular. A neuropatia periférica implica em diminuição da sensibilidade dos pés, exigindo inspeção e calçados adequados. A neuropatia autonômica pode aumentar o risco de diminuição da resposta cardíaca, hipotensão postural, termorregulação inadequada, e, quando existe gastroparesia, pode aumentar o risco de hipoglicemia. A albuminúria e a nefropatia aumentam a excreção de proteínas, mas não contraindicam a realização de atividade física (BRASIL, 2013).

É importante que haja monitorização da glicemia antes, durante e depois da realização dos exercícios físicos/atividades físicas. Estados de hiperglicemia e hipoglicemia podem contraindicá-los, quando a glicemia se encontra em níveis elevados e com ausência de insulina, uma vez que o organismo utiliza gorduras como fonte de energia, o que pode desencadear cetoacidose diabética.

Na hipoglicemia, durante a atividade física, o organismo utiliza pouca glicose sanguínea, o que desencadeia queda brusca dos níveis glicêmicos, com risco de danos potenciais à pessoa com DM, ocorrendo mais frequentemente em dependentes de insulina e usuários de medicamentos que auxiliam na secreção do hormônio, como as sulfonilureias e glinidas. Por isso, a duração dos exercícios deverá ser planejada, e quando a duração for maior que 60 minutos, deverá ser realizada reposição de carboidratos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

Almeja-se, para realização de atividade física segura, glicemia capilar entre 100 e 200 mg/dL. Níveis maiores que 250 mg/dL, sem sinais de cetoacidose, podem auxiliar na redução da glicemia plasmática. Para aqueles que praticam exercícios sem supervisão, o recomendado é portar cartão de identificação de pessoa com DM, e ter sempre alguém próximo que saiba de sua condição clínica e de como agir na presença de hipoglicemia, bem como carregar fonte de carboidrato de rápida absorção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

Além dos cuidados referentes à automonitorização, no contexto dos exercícios/atividades físicas, também é necessário monitorar a glicemia no cenário domiciliar. A monitorização da glicemia tem como objetivo ajustes no tratamento e reduzir os riscos de complicações da doença. As pessoas com DM e os familiares/cuidadores necessitam estar envolvidos para a efetivação do tratamento, a partir da aprendizagem e da prática do controle domiciliar diário. Os controles podem ser realizados por meio de verificação da glicemia capilar, cetonúria, glicosúria e HbA1c (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009).

A abordagem da cetonúria e da glicosúria não será realizada em virtude de a primeira não ser indicada no DMT2, e a segunda por não ser precisa (BRASIL, 2013). No domicílio, a amostra de glicemia capilar é realizada por ser necessária e segura. A glicemia capilar é decorrente da punção da ponta do dedo, chamada polpa digital, e os resultados assemelham-se aos dos testes laboratoriais, ou seja, da glicemia sanguínea. Recomenda-se a verificação da glicemia capilar para: reconhecer hiperglicemia pós-prandial; adequar doses de insulina antes das refeições; quando for dirigir veículos; quando se utiliza múltiplas aplicações de insulina; prática de exercícios físicos; pessoas com alterações renais; pessoas com hiperlabilidade; pessoas com grandes oscilações da glicemia; períodos pré e pós-operatórios e em procedimentos dentários (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009).

Em geral, a verificação deve acontecer três vezes ou mais ao dia para aqueles que realizam administração de insulina em doses múltiplas. As pessoas com bom controle de glicemia pré-prandial, porém com HbA1c elevada, devem realizar o teste duas horas após as refeições. Salienta-se que, nas pessoas com DM2 que usam de antidiabéticos orais, a monitorização da glicemia capilar não se faz necessária rotineiramente (BRASIL, 2013).

Na pessoa idosa ativa e independente, a autovigilância dos sintomas é de suma importância. Na pessoa dependente, o principal cuidador assume a tarefa. A monitorização da glicemia necessita ser realizada naqueles que utilizam tratamento com insulina e nos que não utilizam. Nos que realizam insulino terapia, o objetivo concentra-se em atentar para as variações glicêmicas. A frequência dos testes precisa ser adequada às necessidades individuais. Orienta-se verificação antes das refeições, duas horas após as refeições e antes de dormir (FREITAS, 2011).

Exames complementares que irão avaliar a glicemia de jejum, a HbA1c, colesterol, triglicerídeos, creatinina sérica, são primordiais. A periodicidade da realização dependerá da avaliação da equipe de saúde, neste caso, o médico. Sugere-se que a glicemia de jejum e a HbA1c sejam avaliadas duas vezes ao ano, desde que a pessoa esteja em controle glicêmico, caso contrário, a cada três meses. Além destas avaliações, poderá haver necessidade de exames de urina, fundoscopia (exame de olhos) e eletrocardiograma, uma vez ao ano ou em situações específicas (BRASIL, 2013). Assim, torna-se possível avaliar a efetividade do tratamento e a evolução da doença, favorecendo intervenções precoces.

Almeja-se glicemia de jejum e pré-prandial inferior a 100 mg/dL, com tolerância até 130 mg/dL, e pós-prandial menor que 130 mg/dL, com limite de 160 mg/dL. No que tange a HbA1c, a meta é um valor inferior a 7% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014b). Contudo, em pessoas idosas, há flexibilidade no valor da HbA1c, uma vez que devem ser considerada uma série de fatores, como: duração do DM, presença de comorbidades, expectativa de vida, risco de hipoglicemia, fragilidade, uso de múltiplos fármacos, dentre outros. Desta forma, aceitam-se valores entre 7% a 8,5% para a HbA1c, porém sem flexibilidade para a glicemia de jejum (DIEHL, 2013).

As metas de controle glicêmico, quando não conseguem ser alcançadas apenas com o tratamento não farmacológico, como com dieta alimentar associada à atividade física, precisa de introdução de fármacos orais

(antidiabéticos/hipoglicemiantes) e, ainda, insulinoterapia. Isto porque persistem hiperglicemia intensa e também HbA1c superior a 9%. Existem inúmeros medicamentos, com diferentes mecanismos de ação, conforme quadro abaixo (FREITAS, 2011).

Quadro 1: Medicamentos antidiabéticos orais: mecanismos de ação e efeitos clínicos.*

Medicamento	Mecanismo de Ação	Contraindicações	Efeitos Colaterais
Sulfonilureias - Clorpropamida - Glibenclamida - Glipizida - Glicazida - Glimepirida	Aumento da secreção de insulina pelo pâncreas	Insuficiência renal e hepática	Aumento de peso, fotossensibilidade, distúrbios gastrintestinais (GI), hipoglicemia, púrpura
Meglitinidas - Repaglinida	Aumento da secreção de insulina pós-prandial	Insuficiência hepática	Aumento de peso discreto, cefaleia, dor muscular, distúrbios GI, hipoglicemia em doença hepática
Meglitinidas - Nateglinida	Aumento da secreção de insulina pós-prandial	DMT1 e Insuficiência hepática	Aumento de peso, hipoglicemia, distúrbios GI
Biguanida - Metformina	Aumento da sensibilidade à insulina, predominantemente	Insuficiência renal, hepática e cardíaca	Diminuição do peso, distúrbios GI, interromper antes de cirurgias e de

	no fígado		exames de contrastes venosos
Glitazonas Tiazolidinedionas: - Rosiglitazona** - Pioglitazona ** (Proibida pela ANVISA em 2010) pelos malefícios cardiovasculares.	Aumento da sensibilidade à insulina no músculo, adipócito e hepatócito	DMT1, Insuficiência cardíaca e hepática	Aumento de peso, edema, derrame pleural, aumento da transaminases, anemia transitória, monitorar função hepática
Acarbose	Retardo da absorção intestinal de carboidratos	Gravidez	Distúrbios GI
Inibidores da Enzima Dipeptidil Peptidase (DDP-IV)	Aumento do nível de GLP-1, com aumento da síntese e secreção de insulina, reduz glucagon	Hipersensibilidade ao fármaco	Faringite, náuseas e cefaleia

* Adaptado de FREITAS, 2011.

O tratamento com insulino terapia faz-se necessário quando a glicemia encontra-se em nível de 300 mg/dL, associada à sintomatologia, se o diagnóstico for dado nestas mesmas condições (BRASIL, 2013). A insulina humana é um hormônio proteico produzido pelo pâncreas, constituído de 51 aminoácidos, dispostos em duas cadeias, A e B, e unidos por ligações sulfidrílicas. (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009).

Para a insulino terapia, utiliza-se hormônio de origem animal (bovina, suína, ou mista), humana, ou sintetizada por meio de técnica de DNA recombinantes, denominada insulina biossintética. A insulina humana é obtida através da modificação da insulina suína, assim, chamada de insulina semissintética. Os efeitos

fisiológicos são idênticos, contudo diferem em relação ao tempo de ação e duração (LIMA; ARAÚJO, 2012).

Existem diversas insulinas no mercado, divididas em quatro classes: insulina de ação rápida; insulina de ação curta ou regular; insulina de ação intermediária NPH e a insulina lenta; insulina de ação ultralenta (LIMA; ARAÚJO, 2012). No Sistema Único de Saúde (SUS), as insulinas disponíveis são de ação rápida (30-60 minutos), que é a Regular, e a de ação intermediária (2 – 4 horas), que é a Neutral Protamine Hagedorn (NPH). A insulina Regular é utilizada em situações de cetoacidose metabólica e antes das refeições; e a NPH, para manutenção basal. É aplicada via subcutânea, mas a insulina regular pode ser administrada via endovenosa e via intramuscular, desde que em situações específicas, em ambiente hospitalar (BRASIL, 2013).

Quadro 2: Análogos de insulina disponíveis no mercado.**

Análogo	Nome comercial/Indústria	Início de ação (minuto/hora)	Pico (minuto/hora)	Duração (hora)
Ação longa				
Glargina	Lantus/Sanofi-Aventis	45 minutos - 4 horas	Pico mínimo	24 horas
Detemir	Levemir/Novo Nordisk	45 minutos - 4 horas	Pico mínimo	24 horas
Ação rápida				
Lispro	Humalog/Eli Lilly	< 15 minutos	30 minutos - 1 hora e 30 minutos	3 - 6 horas

Asparte	Novorapid/Novo Nordisk	5 - 10 minutos	1 - 3 horas	3 - 6 horas
Glulisina	Apidra/Safoni-Avenis	5 - 10 minutos	30 minutos - 3 horas	3 - 5 horas

** Adaptado de LIMA; ARAÚJO, 2012.

Manter os níveis de glicose próximos à normalidade é fundamental para prevenir o aparecimento das complicações crônicas do DM, como as microvasculares e as macrovasculares. Essas complicações são causas de mortalidade e diminuição da QV (FREITAS, 2011).

A doença macrovascular acomete médios e grandes vasos e tem como causa a aterosclerose, que está associada a fatores como: hiperglicemia, hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo. Estes fatores são responsáveis pela agressão ao endotélio vascular, que vai acarretar na adesão de monócitos e plaquetas. As plaquetas se aderem ao endotélio lesado com a finalidade de restaurá-lo e liberam fatores de crescimento e prostaglandinas que estimulam maior agregação plaquetária. Os monócitos adentram a parede da artéria, tornam-se macrófagos, para acumular lipídeos, e tornam-se assim células espumosas que liberam substâncias inflamatórias. Todo esse processo aumenta o músculo liso da parede arterial e gera aumento do tecido conjuntivo, formando a placa de ateroma, que diminui o fluxo sanguíneo, implicando em isquemias e infartos (LIMA; ARAÚJO, 2012).

As complicações microvasculares acometem os pequenos vasos, chamados capilares, responsáveis pelo aporte de oxigênio e nutrientes às estruturas. A hiperglicemia crônica ou em picos implicam em alterações químicas no funcionamento celular, de forma que ocorre inadequadamente, acarretando em estresse oxidativo, liberação de radicais livres e lesão endotelial (LIMA; ARAÚJO, 2012). As complicações microvasculares são: retinopatia diabética, que pode levar à cegueira; nefropatia diabética, com comprometimento da filtração glomerular; neuropatia diabética, com diversas modalidades, a mais comum é a polineuropatia, que afeta fibras sensoriais e motoras, acarretando principalmente em perda de

sensibilidade nas extremidades do corpo, implicando em amputações de membros (FREITAS, 2011).

A neuropatia consiste em comprometimento do sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, que pode ser de forma isolada ou difusa, nos segmentos distal ou proximal, de instalação aguda ou crônica e caráter reversível ou irreversível, com manifestação silenciosa ou em quadros dramáticos. A neuropatia afeta 50% da população com mais de 60 anos, podendo estar presente anteriormente à perda da sensibilidade protetora (BRASIL, 2013).

O pé diabético é uma das questões mais importantes acarretadas pela doença, por ser “um segmento sede de alterações que representam o somatório das alterações dos nervos, da pele, dos vasos e do sistema musculoesquelético” (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009, p. 178). As úlceras nos pés podem ter componente isquêmico, neuropático ou misto. O pé isquêmico é caracterizado pela presença de claudicação intermitente, ou seja, dor ao repouso que piora com realização de exercícios físicos ou elevação do membro inferior. No exame físico, apresenta-se frio, com ausência de pulsos tibial posterior e pedioso dorsal. O pé neuropático tem alteração da sensibilidade, formigamento e queimação que melhora com exercícios. No exame físico, observa-se diminuição da sensibilidade, atrofia intraóssea, com aumento do arco plantar, dedos em formato de garras e presença de calos em áreas de pressão (BRASIL, 2013).

Faz-se imprescindível o acompanhamento da evolução da doença com profissionais de saúde. Desta forma, a periodicidade das avaliações serão estabelecidas conforme a situação de saúde da pessoa com DM e a pré-existência ou não de complicações. Assim, serão realizados exames específicos compatíveis com a avaliação individual (BRASIL, 2013). Recomenda-se, no que tange às complicações crônicas da doença, a detecção precoce, para que possam ser realizadas práticas educativas e intervenções que previnam ou minimizem agravos.

2.2 FACILITADORES DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

O apoio familiar traz contribuições positivas no enfrentamento do DM pelas pessoas idosas, favorecendo a gestão da doença (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010). A relevância da família e das pessoas próximas concentra-se no

fato de atuarem como facilitadores da gestão do regime terapêutico, uma vez que a convivência social atua como suporte (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

Estudo com 359 pessoas idosas, que objetivou descrever as características sociodemográficas e as condições de saúde de idosos do município de Guarapuava/PR, demonstrou que 86,4% moravam com alguém da família ou cuidador, coabitavam com esposo(a) e/ou filhos, genros ou noras e também netos. Desses idosos, 12,4% eram diabéticos (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011). No contexto da pessoa idosa com DMT2, ao correlacionar com o plano alimentar necessário para o controle glicêmico, o conviver conjuntamente com familiares pode apresentar-se como facilitador à gestão a partir do momento que a família repensa uma alimentação saudável.

Aqueles entes que não residem no domicílio conjuntamente com a pessoa idosa podem contribuir encorajando ao tratamento e auxiliando nas necessidades. Contudo, para que a atuação da família seja benéfica, não deve se dar de forma controladora com as pessoas com DMT2 (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010). As mulheres aderem mais no que diz respeito à dieta alimentar do que os homens com a enfermidade (MENDES *et al.*, 2011).

A família precisa ser incentivada a se adaptar ao novo plano alimentar, com vistas não apenas a apoiar/auxiliar, mas também a prevenir o aparecimento da doença nos demais familiares, devido à forte hereditariedade, implicando benefícios mútuos. Uma pesquisa demonstrou que 48,4% dos hipertensos e diabéticos de sua amostra apresentavam antecedente familiar de doença cardiovascular (SANTOS; MOREIRA, 2012).

A família, muitas vezes, atua como suporte no tratamento, não restringindo sua participação apenas às questões pertinentes à dieta alimentar específica, mas também aos demais cuidados exigidos pelo DMT2. No que tange às pessoas idosas, destaca-se aquelas com complicações advindas do mau controle metabólico prévio, que acarreta a necessidade de maior atuação pelos familiares.

Em estudo que abordou, dentre outras questões, as complicações crônicas em pessoas com DMT2 demonstrou que 60% dos participantes tinham entre uma e três complicações, e 22,5% apresentavam três ou mais (NASCIMENTO *et al.*, 2010). As pessoas idosas com DMT2, em pesquisa realizada em Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Catarina, apresentavam complicações da doença, o que implicou na necessidade de atuação maior dos familiares. Os participantes do

estudo residiam conjuntamente com dois ou três familiares (ALBORGHETTI; OLIVEIRA; SILVÉRIO, 2012).

A família mostrou-se como suporte importante para a administração de medicamentos e aplicação de insulina, bem como nos cuidados relativos às atividades de vida diária (banhar-se, vestir-se, higienizar-se) e nas atividades instrumentais de vida diária (utilizar o telefone), em pesquisa realizada com pacientes idosos com nefropatia diabética e diminuição da acuidade visual (LENARDT *et al.*, 2008). A presença de complicações crônicas pode exigir maior comprometimento da família na atividade de gerir o regime terapêutico.

As questões de ordem psicológica/emocional apresentam-se com potencial para influenciar a gestão do regime terapêutico. O bem-estar emocional, espiritual e moral foram relatados como essenciais para um viver com tranquilidade. Os desejos de tranquilidade e distração são referenciados como uma forma de não piorar o estado de saúde e manter o tratamento. É necessário “sentir-se bem” para manter a QV com o DMT2, o que foi evidenciado em estudo que objetivou compreender o significado de QV, segundo idosos com DMT2 (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

O bem-estar físico, indicando a funcionalidade física como primordial, também é demonstrado pelas pessoas com a doença, que julgam que manter-se produtivo e ativo contribui no viver saudável, sem a percepção de dependência (FRANCIONI; SILVA, 2007). Em pesquisa, 56,9% dos idosos na faixa etária entre 70-79 anos eram ativos no mercado de trabalho, embora aposentados (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Ao abordar a QV de idosos diabéticos residentes das zonas urbana e rural, um estudo demonstrou que os participantes a consideraram boa. No que se refere à autoavaliação da saúde, consideram-se satisfeitos: 59%, correspondendo aos idosos da zona rural, e 59,6% os da zona urbana (SANTOS *et al.*, 2013). A percepção positiva que a pessoa idosa tem de seu estado de saúde, aliada à sensação de bem-estar, pode beneficiar a gestão do regime terapêutico do DMT2. Para que seja possível alcançar o bem-estar psicológico e a tranquilidade, após o diagnóstico da doença, é preciso compreender que a doença faz parte do viver, mas não é o centro da existência. É necessário transcender limitações e encontrar forças para o enfrentamento (FRANCIONI; SILVA, 2007).

A religiosidade também se apresenta como um facilitador frente à gestão do regime terapêutico, uma vez que pode contribuir com a aceitação da condição de

saúde, por meio das crenças e, conseqüentemente, seu enfrentamento, além de se constituir fonte de apoio espiritual e social através da participação em grupos religiosos. Em estudo, os idosos com DMT2 relataram possuir alguma religião, no qual 77,5% eram praticantes (NASCIMENTO *et al.*, 2010). Em outra pesquisa, 20,9% dos idosos com DMT2 participavam de grupo religioso (SILVA *et al.*, 2010).

Os grupos de apoio/convivência, bem como a consulta de enfermagem por meio de sala de espera, também auxiliam, uma vez que se apresentam como uma forma de compartilhamento de experiências, quanto aos anseios, às necessidades, as revoltas, dentre outros. Essas atividades promovem um processo reflexivo sobre o viver com o DM, e permitem que os profissionais de saúde possam compreender os sentimentos que permeiam as vivências das pessoas com DMT2, com promoção da autonomia. Nesse espaço, o profissional procura dar noção ao indivíduo acerca da responsabilidade para consigo, conscientizando-o que suas decisões podem gerar benefícios ou acarretar malefícios. O compartilhamento de vivências favorece o acreditar que viver bem é possível (FRANCIONI; SILVA, 2007).

Para propiciar a gestão do regime terapêutico eficaz, as pessoas com DMT2 e os familiares precisam ser orientados acerca da dieta alimentar específica, dos exercícios físicos, dos sinais e sintomas das descompensações agudas, como a hiperglicemia e a hipoglicemia, dos medicamentos orais, suas possíveis interações e reações adversas. Eles devem ser conscientes também da insulinoterapia, seu manejo adequado e os cuidados pertinentes a todas situações que envolvem o DMT2.

Quanto ao vínculo com os profissionais de saúde, enfermeiro e médico foram referidos como de suma importância para uma gestão eficaz, a partir de relatos de estudo que abordou, dentre outras questões, o cuidado ao idoso com DM. Os discursos revelaram que a maioria incorpora, ao cotidiano do cuidado, as orientações recomendadas durante as consultas, uma vez que a abordagem e a credibilidade são efetivas. O benefício consistiu em maior adesão no que diz respeito à terapia medicamentosa (SOUZA *et al.*, 2012).

Achados de um estudo, que desenvolveu programa educativo em um serviço de atenção primária, demonstraram que a educação em saúde traz contribuições à pessoa com DM, que ao conhecer sua patologia e os cuidados necessários, melhora sua autopercepção de saúde. O programa abordou questões como: o conceito da doença, a fisiopatologia, o tratamento, os cuidados e a inspeção dos pés, a

automonitorização, as complicações agudas e as crônicas, as situações específicas e o apoio familiar. Como resultado, constatou-se que o programa auxiliou na percepção de saúde geral dos pacientes, no qual 33,3% a consideraram “muito melhor” (FARIA *et al.*, 2013).

Uma pesquisa com o objetivo de demonstrar o efeito do tratamento não farmacológico no controle do DM e HAS, que propôs um modelo de abordagem aos pacientes, através de grupo de apoio composto por equipe multiprofissional, alcançou benefícios através da melhoria nos níveis pressóricos e glicêmicos, principalmente daqueles que tiveram maior frequência de participação no grupo. Foram desenvolvidas ações como palestras, verificação de pressão arterial e glicemia, orientação quanto à atividade física e dieta específica (DONINI FILHO; DONINI; RESTINI, 2010). Diante do já exposto, clarifica-se que os grupos de apoio/convivência, bem como o vínculo profissional-paciente adequado, mostram-se relevantes para uma gestão do regime terapêutico mais efetiva.

O uso de alternativas populares, como a fitoterapia, tem sido uma estratégia de cuidado pelos idosos, para auxiliar na gestão da doença, demonstrado em estudo que constatou o uso de chás, advindo de conhecimentos e crenças populares (SOUZA *et al.*, 2012). A utilização de medicamentos fitoterápicos correspondeu a 5,6% do total de medicamentos utilizados, em pesquisa que caracterizou idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência (GAUTÉRIO *et al.*, 2012).

A investigação acerca de plantas medicinais utilizadas por idosos, assistidos em uma Unidade Básica de Saúde de Pelotas/RS, com diagnóstico de DM, como terapia complementar no tratamento da doença, relacionou 20 plantas medicinais. Realizada com 18 participantes, com idades entre 60 e 77 anos, destacaram-se aquelas para diminuir os níveis de glicose sanguínea, como a *Sphagneticola trilobata* (Vedélia, Picão-da-praia), *Bauhinia* spp. (Pata-de-vaca) e *Syzygium cumini* (Jamelão, Jambolão, Baga-de-freira). Para as duas últimas mencionadas, há comprovação científica do efeito hipoglicemiante. A utilização de terapias alternativas, destacando a utilização de chás, parece ser frequente pelas pessoas idosas. Contudo, há necessidade de investigações científicas que verifiquem a eficácia no tratamento do DM, prevenindo malefícios (FEIJÓ *et al.*, 2012).

Embora a procura por utilização de terapias alternativas por estas pessoas idosas demonstre a preocupação em gerir a terapêutica do DMT2 de forma eficaz,

pode acarretar malefícios a partir de potencializações de efeitos hipoglicemiantes, como também interferir, por meio de interações com os demais medicamentos utilizados para as complicações e ou comorbidades. Com isso, é importante que os profissionais de saúde sejam conhecedores de todas as formas de enfrentamento e gestão do regime terapêutico, para que possam orientar acerca dos benefícios e malefícios e possibilitar gestão eficaz.

2.3 DIFICULTADORES DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Entre os fatores que dificultam a gestão do regime terapêutico, tem-se a renda baixa das pessoas idosas. Dos idosos de um estudo, 51,6% possuíam renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, e 63,3% contribuíam totalmente para o sustento da casa (BORBA *et al.*, 2013). Em outra pesquisa, recebiam 2,4 salários mínimos, o que faz com que a pessoa idosa enfrente dificuldades na gestão do regime terapêutico do DMT2, acarretando na necessidade de a família subsidiar sua sobrevivência e tratamento (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010).

Em pesquisa com pacientes idosos diabéticos, 9% referiram não aderir ao tratamento por razões financeiras (MARQUES *et al.*, 2013). Quanto à aquisição dos medicamentos, 47,6% adquiriam através do Sistema Único de Saúde (SUS), 26,2% declararam obtê-los através dos próprios recursos, 24,6% obtêm parcialmente pelo SUS, e 1,6%, através de doações (BORBA *et al.*, 2013). Embora prevalecendo a provisão dos medicamentos pelo Sistema Único de Saúde, constatam-se gastos, com potencial para dificultar a gestão do regime terapêutico de forma eficaz. As dificuldades no que se refere à renda interferem na aquisição de medicamentos para o controle glicêmico, de alimentos adequados para a dieta específica e nas consultas/exames de saúde, considerando-se que nem todos os medicamentos e exames necessários são fornecidos pelo serviço público de saúde (ALBORGUETTI; OLIVEIRA; SILVÉRIO, 2012).

Um estudo demonstrou que 63,6% dos entrevistados referiu falta de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010). Foi evidenciado, em outra pesquisa, que 28,8% dos idosos informam que “economizam” medicamento, não seguindo a prescrição e utilizando subdosagem, por iniciativa própria, fato que acontece, principalmente, no final do mês, quando há

diminuição do número de comprimidos disponíveis na cartela. A situação se dá em virtude de que há irregularidades, por períodos, no fornecimento das medicações pela Unidade Básica de Saúde. Diante disso, o medo de faltar o medicamento, aliado à dificuldade econômica, justifica a conduta (VASCONCELOS *et al.*, 2005).

Os conhecimentos limitados frente à doença é outro dificultador da gestão do regime terapêutico do DMT2. Pesquisa realizada com 100 idosos, com aplicação da Escala de Identificação de Competência do Diabético para o Autocuidado, que utiliza o conceito de autocuidado de Orem, demonstrou que apenas 6% foram considerados competentes para o autocuidado. Neste estudo, no que tange ao conhecimento da doença, somente 33% responderam corretamente pelo menos dois itens; 57% sinalizaram pelo menos um método de identificação de anormalidades e controle da doença; 38% não identificam sinais de hipoglicemia; e, 68% sabiam as principais situações que resultam em hipoglicemia (MARQUES *et al.*, 2013).

Em relação ao conhecimento acerca dos medicamentos utilizados, um estudo que investigou a utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza – CE revelou que 76,9% dos idosos do estudo tomam de 1 a 4 comprimidos por dia, 23% desconhecem o motivo de fazerem uso diário de medicação, não associando sua utilização à presença da hipertensão e do diabetes mellitus, mas aos sintomas e complicações decorrentes dessas doenças ou aos efeitos colaterais medicamentosos (VASCONCELOS *et al.*, 2005). Outro estudo que abordou sobre a polifarmácia em pessoas com DMT2 explicitou que 75% fazem uso de 5 a 8 medicamentos, e 12,5% utilizam 8 ou mais medicamentos diariamente. Os medicamentos utilizados concentram-se em: antidiabéticos orais, insulinas, anti-hipertensivos, diuréticos, anti-lipêmicos e trombolíticos (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Uma pesquisa, que objetivou caracterizar os idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência quanto ao uso de medicamentos e verificar a existência de polifarmácia, demonstrou que as doenças mais referidas foram as relacionadas ao sistema cardiovascular, 35 (89,7%), seguidas das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 13 (33,3%), e das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 11 (28,2%). Os idosos usavam em média 3,7 medicamentos, e 30,8% utilizavam polifarmácia (GAUTÉRIO *et al.*, 2012).

Outra pesquisa demonstrou que, mesmo os indivíduos portando algum conhecimento referente ao DM e cuidados, eles seguiam parcialmente as orientações dos profissionais, não restringindo totalmente os alimentos não

recomendados (LENARDT *et al.*, 2008). Em outro estudo, 63,4% dos idosos entrevistados não eram alfabetizados, e isto dificultava o cumprimento das prescrições médicas sem auxílio (VASCONCELOS *et al.*, 2005). Esta situação limita a autonomia do idoso e exige maior cuidado na prescrição e orientação profissional.

A baixa escolaridade das pessoas idosas pode se apresentar como mais um fator dificultador frente à gestão do regime terapêutico do DMT2, com implicações na compreensão da doença e do manejo. Esta situação exige dos profissionais de saúde maior atenção às particularidades individuais que necessitam destinar informações compatíveis com as capacidades intelectuais de cada ser humano, possibilitando a assimilação das condutas fundamentais para o controle da doença.

Estudo com hipertensos e diabéticos, no nordeste brasileiro, demonstrou que 22,8% dos participantes da pesquisa não sabiam ler/escrever, e 63% tinham até oito anos de estudo (SANTOS; MOREIRA, 2012). Em outro estudo, 21,4% eram analfabetos, e os idosos mais jovens – 60 a 69 anos possuíam maior escolaridade enquanto os mais velhos, com mais de 80 anos, possuíam até o primeiro grau completo (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011). Assim, cabe aos profissionais de saúde ampliar o diálogo profissional-paciente, promovendo a autonomia e a independência no cuidado e a corresponsabilização (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

A presença de complicações advindas do mau controle metabólico do DMT2 ao longo do tempo, associada à presença de comorbidades, apresenta-se como situação que dificulta a gestão da doença, uma vez que há comprometimento da autonomia e independência das pessoas idosas diabéticas, exigindo auxílio por parte de familiares/cuidadores. Quanto à administração de medicamentos, constatou-se que os idosos necessitam que o preparo e/ou a disponibilização dos medicamentos seja efetuado pelos familiares/cuidadores que supervisionam a administração (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010).

Uma pesquisa com idosos com nefropatia diabética evidenciou que, embora demonstrando algum conhecimento em relação às medicações, a identificação se dava por meio da forma, textura, números de medicamentos, horários e cuidados. Contudo, os idosos desconheciam os nomes das medicações, exigindo, desta forma, que fossem preparadas pelos familiares/cuidadores, devido a *deficits* de acuidade visual que tornam difícil a identificação correta dos medicamentos (LENARDT *et al.*, 2008).

Sobre o conhecimento das medicações utilizadas, 100% dos idosos descreveram o formato e a cor dos comprimidos que tomavam diariamente, mas 44,2% não souberam referir o nome da medicação utilizada. O evidenciado demonstra a periculosidade em relação aos erros na administração dos medicamentos, principalmente no que tange à administração da insulina (VASCONCELOS *et al.*, 2005).

Quanto à insulino terapia, as pessoas idosas desconheciam as doses do hormônio, e a aplicação era explicitada como difícil pela diminuição da acuidade visual. Os idosos não realizam verificação da glicemia capilar anterior à aplicação da insulina, devido ao controle de gastos com as fitas do hemoglicoteste, situação que pode acarretar em prejuízos à pessoa idosa diabética, especialmente naqueles com complicações renais (LENARDT *et al.*, 2008).

Os efeitos colaterais dos medicamentos mostram-se como importante fator que dificulta também a gestão do regime terapêutico. A presença de efeitos colaterais representa sete vezes mais chances de não aderência ao tratamento, quando comparados àqueles que não os apresentam (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010). Efeitos colaterais foram referidos por 44,2% dos idosos, que suspendem seu uso por dois ou três dias, ao se sentirem muito incomodados. Os principais efeitos relatados foram: epigastralgias, tonturas, náuseas, tosse, cefaleia e boca seca. Outra situação apresentada foi a administração de medicamentos em horários não adequados, de encontro com a prescrição médica, interferindo, assim, na terapêutica e na qualidade de vida (VASCONCELOS *et al.*, 2005).

Diante da realidade apresentada, verifica-se a existência de lacunas no processo de cuidar realizado pelos profissionais de saúde, que precisam dispensar atenção especial à pessoa idosa diabética, suas demandas e necessidades. É preciso um diálogo efetivo com as pessoas idosas e seus familiares/cuidadores, a fim de esclarecer e prestar informações relevantes que garantam segurança na gestão do regime terapêutico e conscientização acerca da importância de uma gestão adequada.

A realidade acerca da existência de *deficits* de conhecimentos referentes ao DMT2, explicitada a partir de estudos realizados no Brasil, também foi observada em pesquisa efetuada em Cuba, que determinou o nível de conhecimento sobre a doença em pacientes com DMT2. A pesquisa conduzida junto a 120 pacientes, 50% com mais de 65 anos, constatou que 56,7% possuem conhecimentos insuficientes

sobre o DM, embora com anos de evolução da doença, sendo 40% com mais de 10 anos (SÁNCHEZ *et al.*, 2010).

Ao abordar acerca das orientações prestadas pelos profissionais de saúde, uma pesquisa demonstrou que 67% referiram terem recebido informações sobre a dieta pelo médico, 20,9% pelo médico e nutricionista, 4,7% pela nutricionista, 7,7% por outro profissional - enfermeiro ou agente comunitário (SILVA *et al.*, 2010). A literatura consultada demonstra que a educação em saúde pode não estar ocorrendo, assim como a promoção da saúde e a prevenção de agravos pelos profissionais de saúde, a partir do momento que se percebe desconhecimento acerca do regime terapêutico.

Os dados mostram-se preocupantes no que tange à evolução do DMT2 nas pessoas idosas, comprometendo a autonomia e a independência, através de complicações advindas da deficiência de informações pertinentes ao manejo da doença. É importante que essas pessoas estejam cientes das suas condições de saúde e sejam informadas acerca do regime terapêutico. O enfermeiro, educador em saúde, deve ter o compromisso de desenvolver ações que promovam o bem-estar e favoreçam a saúde, qualidade de vida, autonomia e independência.

O cuidado empoderador mostra-se pertinente no contexto do DMT2. Esta atividade permite que a pessoa adquira conhecimento de si e daquilo que o rodeia e capacita para que modifique seu ambiente e conduta com seus próprios recursos ou com apoio externo, identificando e compreendendo seus problemas e necessidades para uma vida saudável e com bem-estar. Fatores como acolhimento e acessibilidade às informações e ao conhecimento, respeito, vínculo, identidade e responsabilidade são considerados como associados ao elemento “empoderador” em enfermagem, permitindo que o idoso atue como protagonista no cuidado, auxiliado por profissionais e família (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

A restrição alimentar também se destacou como fator dificultador da gestão do regime terapêutico do DMT2. Consiste no ponto de maior repercussão sobre o modo de viver, uma vez que as pessoas idosas diabéticas referiram que poder ingerir aquilo que se deseja, de acordo com sua cultura alimentar e especificidades individuais é fundamental para sentirem-se com autonomia e qualidade de vida. Assim, a dieta alimentar torna-se um obstáculo (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010). É necessário um policiamento contínuo no que tange à dieta (LENARDT *et al.*, 2008).

A dificuldade em gerir a dieta alimentar dá-se principalmente pela necessidade de permanecer nos velhos hábitos que dão prazer (FRANCIONI; SILVA; 2007). Os discursos explicitam declarações que indicam haver uma espécie de sensação de infelicidade pelas restrições alimentares, destacando os doces e os alimentos que, ao longo de suas vidas, fizeram parte do que se conhece como recordatório alimentar cultural. Isto traduz a visão culturalmente incorporada pelas pessoas com DMT2 de que o cuidado cotidiano é realizado sob inúmeras restrições (SOUZA *et al.*, 2012). O alcoolismo mostrou-se como dificultador da dieta alimentar, em que, dos usuários, apenas 3,3% realizavam “regime para perder peso” (MENDES *et al.*, 2011). O estudo demonstrou que 7% dos aposentados diabéticos referiram utilizar bebida alcoólica, e 44,2% a utilizavam socialmente (SILVA *et al.*, 2010).

A não utilização dos serviços de saúde dificulta a gestão do regime terapêutico do DMT2. Foram evidenciados motivos que levam os idosos diabéticos a não frequentarem os serviços de saúde: 37,4% não acham necessário; 7,4%, devido a dificuldades financeiras; 6,6% referem não ter tempo; e, 3,3%, pela dificuldade de acesso geográfico (MENDES *et al.*, 2011). E o DMT2 exige acompanhamento profissional para avaliação da saúde, informações e instruções e intervenções.

A procura pelo serviço de saúde e o contato com os profissionais possibilitam apoio profissional e inserção em grupos de convivência dos estabelecimentos de saúde, que através do diálogo e das orientações, compreendem o ser integralmente, sendo possível auxiliar na modificação dos hábitos de vida. Além disso, permitem o compartilhamento de experiências com os demais. As pessoas com a doença possuem dificuldades na compreensão dos reais malefícios de uma gestão do regime terapêutico ineficaz e do benefício do auxílio profissional.

Outro fator dificultador da gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DMT2 está relacionado à autopercepção de saúde. Estudo que abordou, dentre outras questões, a autopercepção de saúde de idosos com DM, demonstrou que 31,7% a consideraram “ruim”, e 16,4%, quando questionados ao grau de satisfação com a vida, disseram-se “insatisfeitos”. Quando comparados aos idosos da mesma faixa etária, 38,6% a consideraram “pior” (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Na pesquisa com donas de casa com DMT2, foi demonstrado que possuíam autoimagem negativa e tristeza, por se sentirem velhas e sem motivação, e destacaram que os cuidados pertinentes à doença ficam em segundo plano,

priorizando as tarefas do lar e cuidado dos entes. Porém, elas referiram pensar e preocupar-se com seu problema de saúde. O ser mãe e esposa faz com que as mulheres priorizem as necessidades da família em detrimento de suas próprias necessidades de saúde (SILVA; HEGADOREN; LASIUK, 2012).

A visão de mundo repleta de limitações e de sentimentos de ameaças à saúde foi constatada em pesquisa com um grupo de pessoas idosas diabéticas. O seu viver está atrelado às condições restritas de alimentação e de estilo de vida, sempre associadas à patologia. A condição de diabético é vista como algo ruim, um enfrentamento contínuo da morte, um mal que ameaça as suas vidas. Os idosos com DM vivem continuamente sob um mundo de ameaça à vida e não em busca de qualidade de vida (SOUZA *et al.*; 2012).

A representação negativa de possuir o DMT2 e ter que conviver/adaptar-se a novos estilos de vida podem estar atrelados ao complexo regime terapêutico necessário à gestão eficaz. Acredita-se, também, que a representação negativa se dê em virtude de uma parcela considerável de pessoas idosas com DMT2 já vivenciarem as complicações de má gestão terapêutica prévia. É importante salientar que a determinação de como as pessoas idosas diabéticas irão conduzir suas práticas de cuidado diário depende de como entendem suas realidades, portanto, de sua visão de mundo (SOUZA *et al.*; 2012).

A presença de comorbidades e complicações do DMT2 é frequente nas pessoas idosas. Quando associada ao DMT2, pode implicar em maiores desafios e dificuldades na gestão da doença. Em estudo com aposentados com DMT2, na Saúde da Família de Ribeirão Preto - São Paulo, 50% dos idosos possuíam algum tipo de comorbidade: 34,9% hipertensão arterial sistêmica e 39,5% dislipidemia (SILVA *et al.*, 2010). Em outra pesquisa, que investigou as condições de saúde de idosos com diabetes no Município de Uberaba - Minas Gerais, 75,5% apresentaram como comorbidades a hipertensão arterial e 56,4% os problemas de coluna (TAVARES; DRUMOND; PEREIRA, 2008).

A diminuição da acuidade visual pela retinopatia diabética foi uma das complicações relatadas pelos idosos diabéticos de estudo (MARQUES *et al.*, 2013). Em outra pesquisa, 11,6% apresentavam retinopatia e 9,3% nefropatia, ainda 4,7% com as duas complicações concomitantemente (SILVA *et al.*, 2010). A nefropatia diabética e a polineuropatia são outras complicações frequentes (SÁNCHEZ *et al.*, 2010). O comprometimento visual e os problemas vasculares que acarretaram em

amputação de membros foram fatores relatados como limitantes da autonomia das pessoas idosas com DMT2. As complicações associadas às limitações da idade impossibilitam a realização de atividade física, importante para o controle dos níveis glicêmicos e para a saúde física e mental, auxiliando na QV (ALBORGHETTI; OLIVEIRA; SILVÉRIO, 2012).

A existência de comorbidades eleva o risco de complicações, destacando o DM associado à hipertensão. Ao identificar os fatores de risco e complicações associadas em pessoas com hipertensão/diabetes, constatou-se que 4,6% apresentavam doença arterial coronária, com maior prevalência nos diabéticos; 4,4% já tiveram infarto agudo do miocárdio; 6,2% sofreram acidente vascular encefálico, em especial os hipertensos, e 0,9% possuíam doença renal, igualmente em diabéticos e hipertensos (SANTOS; MOREIRA, 2012). As comorbidades e complicações podem implicar em limitações na autonomia e independência da pessoa idosa com DMT2, interferindo na gestão do regime terapêutico eficaz e repercutindo significativamente nos cuidados referente ao manejo da doença, uma vez que potencializam sentimentos de tristeza e impotência e dificultam o autocuidado farmacológico e não farmacológico.

2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

A educação, por meio de suas práticas, norteia o cuidado de enfermagem às pessoas com DMT2 e seus cuidadores. Os profissionais de saúde necessitam instrumentalizar o cliente a partir da primeira consulta e manter o processo educativo continuamente durante o viver/conviver com a doença.

A prática educativa visa manter os níveis glicêmicos dentro da normalidade e prevenir complicações. Para isso, o profissional de enfermagem deve preconizar medidas que contribuam com a melhoria da QV, chamando a atenção para questões alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução da ingestão de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo. O processo educativo é proposto no Caderno de Atenção Básica, nº. 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus – e destaca a consulta de enfermagem como pertinente e fundamental (BRASIL, 2013).

Na consulta de enfermagem, o(a) enfermeiro(a) realiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (BRASIL, 2013). *“A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem”* (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009, p.1). O Processo de Enfermagem (PE) é um método utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem de modo que favoreça a organização do cuidado e a documentação da prática profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009). Constitui-se em cinco etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento da Assistência, Implementação e Avaliação dos Resultados (CARPENITO-MOYET, 2007).

O PE *“evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade profissional. É atividade privativa do(a) enfermeiro(a) e deve ser realizado em ambiente público ou privado em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”* (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009, p.1). Desta forma, a realização da consulta de enfermagem é necessária para realizar cuidados de enfermagem à pessoa idosa com DMT2 e contribuir para a gestão do regime terapêutico eficaz. Para isso, o(a) enfermeiro(a) deve dispor de conhecimentos acerca da doença e de seu manejo.

O COFEN legitimou a consulta de enfermagem, por meio da Lei 7.498/86, e com a Resolução nº 272/2002 implementou e explicitou as normas e os requisitos para sua operacionalização. A partir de sua realização, é possível identificar problemas relacionados ao processo saúde-doença e prescrever intervenções de enfermagem e suporte para o autocuidado, a fim de promover, recuperar a saúde ou reabilitar o cliente (LIMA; ARAÚJO, 2012).

A consulta de enfermagem com a finalidade de acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM é realizada por meio da aplicação da SAE. Esta objetiva a educação em saúde para o autocuidado de modo que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado (BRASIL, 2013).

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade (BACKES, et al., 2008, p.859).

A prática educativa baseada no método tradicional de educação em saúde se revela como dotada de aspecto imediatista, pois possui caráter pontual e não-reflexivo e, dessa maneira, não possui os mesmos benefícios apresentados por uma prática educativa pautada na construção coletiva do conhecimento, que leva em consideração as realidades vivenciadas por usuários e profissionais. Já o processo educativo atua como estimulador de mudanças individuais e coletivas, ao apresentar uma abordagem que estimula o reconhecimento das experiências e saberes contextualizados da população, compreendendo saúde e educação em suas múltiplas dimensões, superando, assim, visões e concepções parciais e alienantes (BACKES *et al.*, 2008).

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes explicitam como principal ferramenta para a garantia do autocuidado a educação em diabetes. A educação em diabetes objetiva orientar os profissionais de saúde a incorporá-la e utilizá-la nas suas práticas profissionais com as pessoas com DM, estendendo-as aos familiares e/ou cuidadores, considerando as especificidades do cliente, bem como definir as condições mínimas e a qualidade indispensável a um programa de educação, além de estimular o desenvolvimento de programas educativos partindo de um currículo baseado em evidências científicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

As ações de educação em saúde precisam estender-se aos cuidadores, instrumentalizando-os para o cuidado da pessoa idosa com DMT2. Faz-se relevante a partir do momento que algumas pessoas idosas necessitam de cuidados nas diversas atividades de vida diária, bem como para as situações/questões que envolvem a gestão do regime terapêutico, em virtude das implicações do envelhecimento, da presença de comorbidades ou mesmo complicações da doença. No contexto das pessoas idosas com DMT2, a prática educativa tem como meta também a minimização dos riscos de agravamento de complicações existentes, uma vez que a doença pode estar presente há longo período.

Em virtude das doenças crônicas, comorbidades e maiores índices de dependência, as pessoas idosas são usuárias comuns dos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário (SOUSA; CARVALHAIS; CARVALHAIS, 2012). Os profissionais de saúde precisam desenvolver habilidades nas pessoas com DMT2 em todos níveis de atenção, avaliando conhecimento e atitude com a finalidade de compreender as dificuldades acerca do manejo, e auxiliar no controle da doença (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

O processo de envelhecimento é singular. A velhice pode ser entendida como um fenômeno natural, social, único e individual do ser humano, implicando em problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural (MELO *et al.*, 2009).

O diálogo profissional-cliente-cuidador tem de ser permeado de empatia e respeito. Os profissionais de saúde, destacando o enfermeiro, necessitam previamente compreender a percepção/significado de possuir uma doença crônica, e atentar para as reais necessidades dessas pessoas e seus cuidadores. Além disso, precisa desenvolver a assistência embasada nos saberes em relação à patologia, considerando o contexto social, o estilo de vida, os aspectos culturais, emocionais, psicológicos e econômicos, as vivências, as experiências e a individualidade das pessoas idosas. Para o cuidado efetivo à pessoa idosa, é necessário conhecimentos também no que diz respeito ao envelhecimento.

Conscientes de que envelhecimento é um fenômeno com tendência a aumentar, não podemos ficar indiferentes, já que cada vez mais os enfermeiros desenvolverão a sua atividade profissional com pessoas idosas. Os enfermeiros têm como finalidade ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja seu estado de saúde e a sua idade (MONIZ, 2008, p.40).

O papel do(a) enfermeiro(a), em unidades básicas de saúde, em âmbito ambulatorial e hospitalar, concentra-se em desenvolver ações de educação em saúde que contemplem informações quanto à doença, sinais e sintomas das descompensações metabólicas - hipoglicemia e hiperglicemia. As ações devem promover também esclarecimentos quanto ao manejo adequado das tecnologias para verificação da glicemia, interpretação dos resultados e administração do hormônio, informações acerca do tratamento farmacológico e não farmacológico, da insulinoterapia e dos fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico.

Propõe-se que o cuidado de enfermagem à pessoa com DM seja realizado por meio da educação, e para isso realiza-se o PE na consulta de enfermagem (LIMA; ARAÚJO, 2012). O art. 3º da Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, o qual dispõe sobre a SAE e a implementação do PE explicita que:

O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009, p.3).

O PE deverá ser focalizado nas questões pertinentes ao DMT2 e à funcionalidade das pessoas idosas, propiciando ao profissional de enfermagem o conhecimento acerca do cliente, no que tange às questões sociodemográficas, à avaliação clínica e às capacidades/funcionalidades. Desta forma, apresenta-se a seguir um guia para o primeiro passo do PE - o Histórico de Enfermagem, que é constituído por entrevista e exame físico.

Quadro 3: Dados que devem ser coletados na consulta de enfermagem à pessoa com DMT2.***

<p>Dados de identificação e sociodemográficos</p>	<p>Nome/Gênero Data de nascimento Procedência Estado civil Profissão/ocupação Escolaridade Com quem mora Renda individual e familiar</p>
<p>Caracterização clínica</p> <p>Diagnóstico</p>	<p>Tempo de diagnóstico</p>

<p>Antecedentes pessoais</p> <p>Antecedentes familiares</p> <p>Condições associadas</p> <p>Medicamentos/efeitos colaterais</p> <p>Sinais e sintomas atuais</p> <p>Exames laboratoriais</p>	<p>Cirurgias, doenças e complicações: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, neuropatia, retinopatia e nefropatia diabética.</p> <p>DM, HAS, dislipidemia, obesidade.</p> <p>Tabagismo, etilismo, uso de substâncias ilícitas, obesidade, sedentarismo.</p> <p>Dose, horário, tempo de uso e possíveis efeitos colaterais (anorexia, náuseas, desconforto abdominal e diarreia).</p> <p>Poliúria, polifagia, polidipsia, emagrecimento, aumento de peso, alterações auditivas e visuais, hipoglicemia e hiperglicemia, parestesias, câibras e cansaço, tremores, confusão, dor precordial, irritabilidade, taquicardia, sonolência, cefaleia, sudorese, tontura, falta de coordenação.</p> <p>Glicemia de jejum, HbA1c, colesterol total e frações.</p>
<p>Conhecimentos acerca das capacidades/funcionalidades</p> <p>Dificuldades e <i>deficits</i></p>	<p>Analfabetismo, diminuição da acuidade</p>

<p>Barreiras psicológicas</p>	<p>visual e auditiva, problemas emocionais, sintomas e sentimentos depressivos.</p> <p>Sentimento de falha pessoal, crença no aumento da severidade da doença, medo da perda da independência, da hipoglicemia, do ganho de peso, das complicações da insulina.</p>
<p>Fatores determinantes do processo saúde-doença</p>	<p>Estresse, baixa autoestima, uso incorreto de medicação, uso inadequado da alimentação, relações interpessoais prejudicadas, renda insuficiente e educação inadequada.</p>

*** Adaptado de LIMA; ARAÚJO, 2012.

A segunda etapa do PE consiste no estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, que consistem em *“um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família e da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções para atingir resultados”* (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2012-2014). O estabelecimento dos diagnósticos possibilitará cuidados de enfermagem pertinentes às necessidades das pessoas idosas com DMT2, implicando em intervenções adequadas.

Salienta-se que os diagnósticos de enfermagem são definidos e classificados conforme a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). São revisados de três em três anos, com novas publicações. Desta forma, os diagnósticos podem ser mantidos, modificados ou excluídos, baseados nas últimas evidências globais e aprovados por *experts* em diagnósticos, pesquisadores e educadores da enfermagem (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2012-2014).

Alguns diagnósticos de enfermagem frequentemente atribuídos às pessoas com DM: Controle ineficaz do regime terapêutico, relacionado a déficits de conhecimento, de suporte social, de dificuldades econômicas, da complexidade do

regime terapêutico, das exigências excessivas, dos conflitos familiares; Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais, relacionada com ingestão excessiva de alimentos, obesidade; Estilo de vida sedentário, relacionado ao desinteresse para a realização de atividade física/exercício físico e ao desconhecimento acerca dos benefícios da atividade física; Conhecimento deficiente, relacionado com limitações cognitivas e de interpretação, à falta de interesse em aprender e à ausência de familiares/cuidadores; Risco de glicemia instável, relacionado ao aumento de peso, à utilização de medicamentos hipoglicemiantes, à ingestão de alimentos, à monitoração inadequada da glicemia e do nível de atividade física; Risco de disfunção neurovascular periférica, relacionado à má perfusão sanguínea; Risco de integridade da pele prejudicada, relacionado à sensibilidade tátil alterada e à insulino-terapia; e, Risco de infecção, relacionado à dificuldade de cicatrização em áreas de má circulação sanguínea. (LIMA; ARAÚJO, 2012).

Pesquisa com sete pacientes com DMT2, com o objetivo de identificar diagnósticos de enfermagem aplicando a abordagem baseada na teoria de Orem, demonstrou os diagnósticos: Controle ineficaz do regime terapêutico; Comportamento de busca de saúde; Risco para perfusão tissular cardíaca, renal, periférica e/ou cerebral ineficaz; Percepção sensorial perturbada (visual); Conhecimento deficiente sobre alimentação, cuidado com as extremidades, complicações da doença e prática de exercícios físicos; Disposição para conhecimento aumentado acerca do diabetes mellitus tipo 2 e do regime terapêutico; Risco de infecção; Risco de lesão micro e macrovascular; Risco para quedas; e, Risco de integridade da pele prejudicada (MILHOMEM *et al.*, 2008).

Outro estudo, com 136 pacientes com DMT2, em que um dos objetivos consistiu em identificar intervenções de enfermagem a partir de diagnósticos de enfermagem de pacientes em consulta ambulatorial em um programa de educação em diabetes, identificou 22 diagnósticos. Os cinco mais frequentes foram: Controle ineficaz do regime terapêutico, em 46% dos pacientes; Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais, em 15%; Disposição para controle aumentado do regime terapêutico, em 12%; Comportamento de saúde propenso a risco, em 10%; e, Controle eficaz do regime terapêutico, em 9% (SANTOS, 2009). A partir dos diagnósticos evidenciados na literatura, é possível conhecer a vasta gama de situações em que se faz necessária a atuação do(a) enfermeiro(a), visando

contribuir para a gestão do regime terapêutico, melhoria da QV e prevenção de agravos.

Para possibilitar intervenção, realiza-se a terceira etapa do PE, que consiste no Planejamento da Assistência de Enfermagem, que vai direcionar os cuidados de enfermagem para as necessidades do cliente. Esta etapa exige raciocínio clínico para a tomada de decisões. *“É a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009, p.3).*

Após o planejamento, realiza-se a quarta etapa, que é a Implementação da Assistência de Enfermagem, na qual acontece *“a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009, p.3).* A ação mais importante é o processo educativo, que terá como meta inicial sensibilizar a pessoa diabética para a mudança comportamental. Esta conscientização é fundamental para o tratamento, uma vez que o impacto da educação é mínimo quando não há modificação dos padrões comportamentais. Assim, é imprescindível que os profissionais identifiquem os comportamentos inadequados para revertê-los. Desta forma, conhecer as variáveis que possam interferir na mudança de comportamento para o autocuidado é essencial nos programas educativos (GROSSI; PASCALI, 2009).

Fatores psicossociais e comportamentais, como: crenças em saúde, grau de aceitação da doença, competência, autoeficácia, suporte social, influências contextuais, habilidades para o autocuidado, prontidão para mudanças, ajustamento psicossocial, estratégias para enfrentamento das situações, locus de controle, bem-estar emocional, maturidade cognitiva, estado de saúde, complexidade do regime terapêutico e estruturação dos serviços de saúde são determinantes dos comportamentos relacionados ao DM. O diagnóstico de uma doença crônica desencadeia perda da autoimagem, acompanhada frequentemente por negação da realidade, revolta, barganha, depressão. Posterior a esses momentos, acontece a aceitação. O profissional de saúde tem de reconhecer em qual momento o cliente se encontra, pois se não ocorreu ainda a aceitação, é possível apenas ensinar as condições básicas para a sobrevivência (GROSSI; PASCALI, 2009).

A assistência de enfermagem à pessoa com DM é voltada à prevenção de complicações, avaliação e monitorização dos fatores de risco, além da orientação para o autocuidado. A consulta de enfermagem exige do profissional capacidade de comunicação eficaz, com a finalidade de haver um unidirecionamento adequado das informações ao cliente. Saber ouvir também é fundamental por parte de quem assiste, o que contribuirá para a compreensão da realidade do cliente e para intervenções bem compreendidas e humanizadas (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012).

A conscientização da pessoa idosa, englobando também aqueles que com ela convivem, familiares/cuidadores, através do processo educativo, clarificará o DMT2 como doença crônica, que exige modificações no estilo de vida cultivado ao longo dos anos, que se fazem necessárias a fim de prevenir futuras complicações e prevenir as já existentes. É importante salientar que a hiperglicemia decorrente da deficiência de insulina provoca alterações no metabolismo, acarretando sintomas como polifagia, polidipsia, poliúria, glicosúria, perda de peso, tonturas, dentre outros, devendo ser identificados a fim de evitar complicações responsáveis pela morbimortalidade em pessoa diabéticas (BRASIL, 2013).

O cliente e os familiares/cuidadores devem ser capacitados quanto: à doença, à fisiopatologia e às complicações; aos medicamentos, indicação, doses, horários e efeitos colaterais; à alimentação saudável; às atividades físicas, os tipos de exercícios, duração, benefícios, contraindicações e atuação em hipoglicemia; ao controle de hábitos não saudáveis, como o fumo, bebidas alcólicas e sedentarismo; à hipoglicemia, sinais, prevenção, tratamento; aos cuidados com os pés, calçados adequados, exame periódico, corte correto das unhas, perda de sensibilidade, presença de dormências, formigamentos, micoses interdigitais, ferimentos e ressecamento da pele (LIMA; ARAÚJO, 2012). A capacitação envolve não apenas o(a) enfermeiro(a). Este, na consulta de enfermagem, pode solicitar, quando pertinente, encaminhamento para os demais membros da equipe multiprofissional, para acompanhamento.

A recomendação acerca da alimentação é realizada considerando o contexto no qual as pessoas estão inseridas, o suporte familiar e social, os aspectos culturais e econômicos. O(a) enfermeiro(a) deve orientar: redução da quantidade de hidratos de carbono (açúcares) ingeridos por vez; realização de três refeições diárias e três lanches, comer pouco por vez e a cada duas ou três horas; opção por alimentos com baixo teor glicêmico; ingestão de fibras alimentares. Esse cuidado torna-se

relevante por contribuir com a diminuição das glicemias de jejum e pós-prandial e redução da HbA1c (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009).

Nos últimos anos, foram modificadas as restrições anteriormente estabelecidas. Desse modo, a pessoa com DM pode ingerir qualquer tipo de alimento, desde que orientado por nutricionista e/ou clínico e distribuído em quantidades adequadas. Uma pirâmide alimentar, demonstrada em cinco níveis, pode ser proposta: o 1º nível, a base, é composto por cereais tubérculos, que são mais benéficos e podem ser ingeridos em maior quantidade; o 2º, por frutas e hortaliças, devendo ser menos ingeridos que os do 1º nível; o 3º, composto por carnes e ovos, leite, queijo e iogurte, porém mais restritos que o 2º; o 4º nível inclui frutas oleaginosas, sal de cozinha, óleos e cremes vegetais, devendo ser menos ingeridos que os do 3º nível; e o 5º nível corresponde aos alimentos que deverão ser evitados, como açúcares, gorduras sólidas e alimentos industrializados (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009).

O cuidado de enfermagem, no que tange às atividades físicas, consiste em orientar acerca: a) da necessidade de reajustes nas doses dos medicamentos, pois se realizados rotineiramente, implicam em benefícios no controle glicêmico e da HbA1c; b) da aplicação de insulina, que deve ser no abdômen ou no membro que será menos exercitado, a fim de não ocorrer absorção muito rápida do hormônio, pelo aumento da captação de glicose pelo músculo; c) da não colisão do pico de ação da insulina com a atividade física, prevenindo hipoglicemia; d) dos sinais de alerta de hipoglicemia (sensação de desmaio, fraqueza, palidez, nervosismo, suores frios, cefaleia, perda da concentração, paralisias, perda da memória, confusão mental, incoordenação motora, convulsões e coma) e seu manejo; e) da carregamento de fontes de glicose em caso de hipoglicemia, como balas e sucos adoçados. É indispensável a verificação da glicemia anterior à realização de atividades físicas. E, em casos extremos, com desmaio e perda da consciência, não se aconselha oferecer alimentos. Medidas como esfregar açúcar na gengiva da pessoa auxiliam na sua recuperação (BRASIL, 2013).

A monitoração da glicemia é realizada com um aparelho chamado glicosímetro, por meio de punção digital através de lanceta, pela qual se obtêm gota de sangue capilar, possibilitando o controle dos níveis glicêmicos e o manejo das situações de hiperglicemia e hipoglicemia. A monitoração ajuda ainda para a orientação de ajustes nas medicações/insulinoterapia e para a realização da

atividade física. O ensinamento da utilização dos glicosímetros, lancetas, interpretações dos resultados, calibragem do aparelho, validade das fitas reagentes, dentre outros aspectos técnicos do produto, faz parte do processo educativo realizado pelo(a) enfermeiro(a). A periodicidade é variável: duas vezes ao dia para aqueles que utilizam fármacos orais/insulinoterapia e que estão acima do alvo glicêmico; uma vez ao dia para aqueles dentro do alvo glicêmico; e uma vez por semana para aqueles que utilizam apenas medidas não farmacológicas, controle alimentar e atividade física (GROSSI; PASCALI, 2009).

Quanto à insulinoterapia, o cuidado de enfermagem concentra-se em salientar/orientar os locais mais adequados para a aplicação: face posterior do braço (2-8 dedos abaixo da axila e acima do cotovelo), quadrante superior lateral externo das nádegas, face anterior e lateral externa da coxa (4 dedos abaixo da região inguinal e acima do joelho) e região lateral direita ou esquerda do abdômen (3-4 dedos de distância da cicatriz umbilical), uma vez que são locais afastados de articulações, nervos e grandes vasos sanguíneos (KOCH, 2002). Os cuidados ainda devem orientar quanto: à armazenagem das insulinas lacradas em refrigerador entre 2-8°C; após aberta, a insulina poder ser armazenada entre 15-30°C, para diminuir a dor na aplicação, ou em 2-8°C também; após um mês de frasco aberto, a insulina perder sua potência quando fora de refrigerador; ao aspecto normal das insulinas (BRASIL, 2013).

Para aplicação da insulina, recomenda-se ângulo de 90°, se o comprimento da agulha for adequado para o tipo físico e região escolhida. A realização de prega cutânea serve para prevenção de aplicação intramuscular. Manter a agulha por alguns segundos no subcutâneo é necessário para que, na retirada, não saia o hormônio (GROSSI; PASCALI, 2009). No mercado, encontram-se canetas de insulina, com peculiaridades quanto ao manuseio, troca de refil, registro de dose e conservação. Na sua utilização, não há necessidade de aspiração de conteúdo anterior à aplicação (LIMA; ARAÚJO, 2012).

O cuidado com os pés é de suma importância também na consulta de enfermagem. A taxa de amputação pode ser reduzida em 50% se estratégias forem seguidas, como: inspeção regular dos pés e calçados nas consultas e autoexame; educação para o cuidado com os pés, higiene, unhas, calçados e avaliação dos riscos; abordagem cuidadosa das lesões estabelecidas; diagnóstico precoce das alterações sensitivas e circulatórias, acompanhamento dos clientes com feridas ou

risco para; registro das alterações dos pés, feridas e amputações (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009). O profissional deve realizar a inspeção e orientar acerca da higiene diária dos pés, da secagem adequada nos espaços interdigitais, da não permanência dos pés umedecidos, da manutenção das unhas cortadas e limpas e da detecção de alterações, como bolhas, fissuras, calos, manchas avermelhadas, micoses e edema (SMELTZER; BARE, 2011).

A quinta etapa do PE, a avaliação dos resultados, acontece posteriormente à implementação dos cuidados. O COFEN a define como um:

Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009, p.3).

Nesta etapa, o(a) enfermeiro(a) verifica a assistência prestada, de modo que favoreça a tomada de decisão quanto às modificações que devem ser realizadas nos cuidados prestados. A avaliação implica em melhorias na assistência à pessoa com DM, uma vez que resultam de reajustes, novos diagnósticos de enfermagem e nova prescrição. A avaliação incluirá a avaliação geral do paciente, a adesão ao tratamento, a avaliação das necessidades e dos fatores que influenciam no autocuidado. Os exames complementares se mostram importantes, pois permitem avaliar o controle glicêmico e novas condutas (LIMA; ARAÚJO, 2012).

Nas consultas de enfermagem subsequentes à primeira consulta, destacando o nível ambulatorial de serviço especializado em DM, o profissional deve observar dados contidos no prontuário do paciente, a fim de avaliar resultados de exames periódicos realizados. Com isso, possibilita-se supor a gestão do regime terapêutico, com base em resultados compatíveis ou não com os padrões de normalidade/condutas necessários. Esse conhecimento direcionará os questionamentos a serem realizados.

Avalia-se o cliente em seu aspecto geral, sua condição psicoemocional, sobre sua alimentação, o que tem sido ingerido, das atividades físicas, se consegue realizá-las, das facilidades e dificuldades nesse processo. Questiona-se sobre a verificação da glicemia e periodicidade, além dos valores obtidos, a inspeção dos

pés, se é possível o autoexame ou quem realiza. O(a) enfermeira(a) esclarece dúvidas, reforça informações e realiza o exame físico dos pé e orientações.

O conhecimento acerca das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pessoas com DM direcionará o processo educativo para as reais necessidades. A identificação das dificuldades, advindas do suporte familiar, social, dos serviços de saúde ou decorrentes da complexidade do regime terapêutico, pode permitir a atuação do profissional para revertê-las ou desenvolver conjuntamente estratégias mais adequadas (GROSSI; PASCALI, 2009).

3 METODOLOGIA

Este capítulo traz a caracterização do estudo, o local de execução, os sujeitos envolvidos, o instrumento e a técnica de coleta dos dados, bem como o método de análise e os aspectos éticos referentes à pesquisa.

3.1 TIPO DO ESTUDO

Realizou-se estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória e a descritiva objetivam a compreensão dos fenômenos de interesse do pesquisador. A pesquisa exploratória tem ainda como objetivo investigar, de forma aprofundada, os fatores relacionados ao fenômeno estudado, bem como outros aspectos que possam estar associados. É indispensável a utilização da descrição do observado, princípio da pesquisa descritiva (POLIT; BECK, 2011). A abordagem qualitativa é considerada como essencial para a compreensão global de um determinado fenômeno, objetivando a descrição, a análise e a interpretação subjetiva. Possibilita ainda que o participante conduza a pesquisa através da interação com a pesquisadora (ALCÂNTARA; VESCE, 2008).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro Integrado de Diabetes (CID), localizado na Ala Azul do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG), situado no município do Rio Grande/RS. O hospital em questão foi criado em 1976, e dispõe de 203 leitos para atendimento exclusivo a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de serviços nas áreas de: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica e Clínica Pediátrica, Serviço de Pronto Atendimento, UTI Geral, UTI Neonatal, Banco de Leite, Hospital-Dia AIDS, Hospital-Dia Doenças Crônicas, Centro Regional de Estudos - Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos - CENPRE, Centro Integrado de Diabetes - CID, Centro Regional Integrado do Trauma Ortopédico, Centro Regional Integrado de Diagnóstico e Tratamento em Gastroenterologia e Centro Regional Integrado de Tratamento e Reabilitação Pulmonar.

O Hospital Universitário ainda é campo de prática para cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação, em atividades de ensino, de pesquisa e de extensão. É instituição de referência no Estado em diversas áreas, destacando a atenção ao diabético através do CID (FURG, 2014).

O CID iniciou suas atividades em 1999. O atendimento oferecido é de âmbito ambulatorial, fornecendo assistência a indivíduos do Município e da região, com 7.000 cadastrados. São realizadas 800 consultas ao mês, aproximadamente. O CID desenvolve ações diagnósticas, terapêuticas e educativas, e apresenta como peculiaridades: a integração da rede de atenção à saúde de pessoas com DM no SUS; a capacitação de recursos humanos em Diabetes; o desenvolvimento de pesquisa clínica e epidemiológica; a constituição de equipe de profissionais especializados e com experiência comprovada em Diabetes.

A equipe do CID é composta por médicos endocrinologistas, um deles atua como coordenador do local, cardiologistas, oftalmologista, nutricionista, psicóloga e enfermeira. Ainda, conta com residentes de especialidades na área da medicina e multiprofissionais (enfermeiros, educadores físicos e psicólogos), além dos acadêmicos dos cursos de Medicina e de Enfermagem (FURG, 2014).

O CID dispõe de Grupo Multiprofissional de Manejo ao Adulto Diabético, que aborda as particularidades da doença, com vistas a auxiliar na adesão ao tratamento e na QV. O grupo é conduzido por enfermeiras, educadores físicos e psicólogos. O CID também possui espaço para realização de atividade física, com diversos equipamentos, para pacientes interessados e com devido encaminhamento realizado pela enfermeira e posterior acompanhamento com profissional habilitado na área da educação física (FURG, 2014).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com 10 (dez) pessoas idosas com DMT2. A amostra atingiu a saturação dos dados a partir do momento em que houve repetição de dados/informações.

A questão que orienta a amostragem não probabilística está relacionada à homogeneidade fundamental da amostra (MINAYO, 2010), isto é, aos atributos definidos como essenciais, presentes na intersecção do conjunto de características gerais dos componentes. Nos estudos qualitativos, a questão numérica tem

importância secundária em relação à questão “quem?”, embora, na prática, represente estratégias inseparáveis. O que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais da análise qualitativa não se encontra na quantidade final de seus elementos, mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram:

- ter idade igual ou superior a 60 anos;
- estar lúcido, orientado e comunicar-se verbalmente;
- ser cadastrado no CID;
- ser pessoa com DMT2.

Os critérios de exclusão dos participantes do estudo foram:

- aqueles que não realizavam acompanhamento no CID.

3.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada nos meses de abril e maio do ano de 2015. A enfermeira do CID questionou as pessoas idosas acerca do interesse em participar da pesquisa de forma voluntária. Após o aceite do convite, foram agendadas data e hora do encontro, de modo que fosse compatível com a data de consulta da pessoa idosa no CID. As entrevistas foram realizadas em consultório, no CID, garantindo a privacidade dos participantes.

No dia do encontro, a discente do Curso de Mestrado procedeu a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), apresentando o objetivo do estudo e suas implicações éticas. Posteriormente, firmou-se concordância por meio de autorização escrita ou impressão digital (casos específicos). Foi garantido o anonimato do participante e das informações obtidas.

A técnica da coleta de dados consistiu em entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), composto por questões sobre a gestão do regime terapêutico, com base nos achados da literatura consultada, com fonte tamanho 14, exigência para aplicabilidade com pessoas idosas. A entrevista foi gravada por meio de aparelho MP4, e os dados foram transcritos na íntegra, evitando a perda de informações e possibilitando a análise.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

O método de escolha para a análise dos dados da pesquisa consistiu na análise textual discursiva. A análise textual discursiva por ser compreendida como:

Um processo auto-organizado de construção de compreensão em que novos entendimentos emergem a partir de uma sequência recursiva de três componentes: a desconstrução dos textos do “*corpus*”, a unitarização; o estabelecimento de relações entre os elementos unitários, a categorização; o captar o emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada. Esse processo em um todo é comparado a uma tempestade de luz. Consiste em criar condições de formação dessa tempestade em que, emergindo do meio caótico e desordenado, formam-se “*flashes*” fugazes de raios de luz sobre os fenômenos investigados, que, por meio de um esforço de comunicação intenso, possibilitam expressar novas compreensões alcançadas ao longo da análise (MORAES; GALIAZZI, 2013, p. 12-13).

Este método de análise possibilitou entendimentos sobre os fenômenos investigados a partir da desconstrução e posterior reconstrução de materiais linguísticos e discursivos (MORAES; GALIAZZI, 2013). Realizou-se, primeiramente, a leitura aprofundada do *corpus*, o qual consiste no conjunto de textos que serão submetidos à análise e que se caracterizam pela multiplicidade de vozes e de subjetividade. Por conseguinte, destacou-se e isolou-se os enunciados significativos dos textos, que abrangeram: palavras, frases, parágrafos, fragmentos. Assim, foi possível a compreensão do todo e o foco naquilo que consistiu o objeto de estudo (MORAES; GALIAZZI, 2013).

A categorização sucedeu o isolamento dos enunciados, consistindo na organização das unidades de análise, agrupando-as conforme semelhanças, produzindo, dessa forma, o *metatexto*, que se constitui no resultado da análise. Para a produção do *metatexto*, utilizou-se descrição e interpretação. A descrição apresenta os elementos destacados do texto, presentes nas categorias, possibilitando abordar trechos dos discursos relevantes. A interpretação é apresentada por meio do embasamento teórico que fundamenta e discute os discursos descritos, implicando em novas compreensões (MORAES; GALIAZZI, 2013).

3.6 QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVIDAS NO ESTUDO

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, o estudo atendeu aos aspectos éticos pertencentes à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ), ata nº 22/2014, cadastrada na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEP) da FURG, sob nº 978880/2015, e na Plataforma Brasil, sob a CAAE 41766914.0.0000.5324, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, sob o nº 35/2015. A pesquisa obteve autorização do Centro Integrado de Diabetes - CID (APÊNDICE C).

Somente mediante as aprovações mencionadas, o estudo foi desenvolvido. Os participantes da pesquisa firmaram consentimento por meio de autorização escrita ou por impressão digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), que contém o objetivo do estudo, o procedimento de coleta de dados, os possíveis riscos e os benefícios e as informações quanto ao resguardo de seu anonimato, bem como o respeito pela decisão de participar ou não da pesquisa. A discente do Curso de Mestrado pediu autorização para gravação da entrevista e assegurou que todo o material seria arquivado em local seguro, por um período de cinco anos, preservando o anonimato das informações.

Para garantia do anonimato, os participantes foram identificados pela letra "P", seguido do número corresponde à sequência das entrevistas, à idade e ao sexo. O TCLE foi preenchido em duas vias, uma de porte da pesquisadora principal e a outra do participante.

No que diz respeito aos riscos e aos benefícios, identificam-se riscos ínfimos referentes a possíveis situações de constrangimento, oriundas dos participantes do estudo ao responderem a entrevista. Diante dessas situações, a pesquisadora principal – orientadora do estudo, colocou-se à disposição para auxiliar os participantes. Como benefícios, acredita-se que o estudo permitiu identificar questões relacionadas à gestão do regime terapêutico, que poderão auxiliar as pessoas idosas com DMT2 a partir da elaboração de estratégias de cuidado na manutenção da qualidade de vida, autonomia e independência.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O capítulo é composto pela caracterização das pessoas idosas do estudo, bem como pelas categorias que emergiram a partir da análise dos dados: A descoberta do DMT2 pela pessoa idosa; Conhecimentos da pessoa idosa com DMT2 sobre a doença; e, Perfil clínico da pessoa idosa e a gestão do regime terapêutico do DMT2.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS DO ESTUDO

Participaram do estudo dez pessoas idosas com DMT2. Destes, sete foram do sexo feminino e três do sexo masculino. A idade mínima consistiu em 62 anos e a máxima em 75 anos, com média de 68,5 anos. No que tange à naturalidade dos participantes, seis eram de Rio Grande/RS, um de São José do Norte/RS, um de Garibaldi/RS, um de Pedro Osório/RS e um de Maruí/SC.

Em relação à escolaridade, sete possuem ensino fundamental incompleto, um possui ensino médio incompleto e dois possuem ensino médio completo. Quanto ao estado civil dos participantes, cinco referiram ser casados, quatro disseram ser viúvos, um afirmou possuir companheira e outro referiu ser solteiro.

Dos participantes, nove referiram ser aposentados e um referiu ser pensionista. Uma das participantes declarou ser aposentada por Parkinson, duas participantes disseram trabalhar, uma como cozinheira e outra como artesã, ambas com a finalidade de complementar o orçamento familiar. No que diz respeito à renda familiar, três participantes mencionaram receber um salário mínimo, três participantes referiram dois salários mínimos, e quatro participantes dizem receber três salários mínimos.

Quatro participantes declararam residir com esposa/companheira, um participante referiu residir sozinho, dois com filhos e netos, um com filhos, três com esposa/companheira e filhos, porém os filhos residem no mesmo terreno e não no domicílio. No que se refere à crença religiosa, cinco participantes manifestaram ser católicos, um participante declarou-se Testemunha de Jeová, dois declararam-se espíritas e dois, evangélicos.

4.2 A DESCOBERTA DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 PELA PESSOA IDOSA

A descoberta do DMT2 pelos participantes do estudo ocorreu na faixa etária dos 40 anos de idade, sendo que a média de idade da descoberta do DMT2 foi de 44,9 anos. O tempo de diagnóstico variou de 5 a 35 anos, e a média de tempo de diagnóstico foi de 23,5 anos. A maioria apresentou tempo de diagnóstico superior a 10 anos.

[...] Descobri o Diabetes há 30 anos atrás, eu tinha uns 42 anos. (P5 – 72 anos - feminino)

[...] Eu estava com 41 anos, não sabia de nada de açúcar, de coisa nenhuma. (P8 – 62 anos - feminino)

[...] Eu estava com 52 anos. Faz uns 23 anos que tenho Diabetes. (P10 – 75 anos - feminino)

O DMT2, embora possa ocorrer em qualquer idade, é frequentemente diagnosticado após os 40 anos (BRASIL, 2013). Os fatores de risco incluem: idade maior que 40 anos, excesso de peso, sedentarismo, antecedente de diabetes na família, mulheres que tenham dado a luz a recém-nascidos com peso maior igual a 4 kg e pessoas com glicemia de jejum alterada ou com tolerância diminuída a glicose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

Em pesquisa com 842 idosos, nos quais 151 eram diabéticos, a idade média no momento em que souberam o diagnóstico foi de 51,87 anos (MENDES *et. al.*, 2011). Em outro estudo, com 21 idosos diabéticos com DMT2 de um Centro de Saúde do Distrito Federal, a média de idade correspondeu a 59±8 anos (CARDOZO; MARTINS, 2012). O tempo de diagnóstico de um estudo que objetivou construir o perfil epidemiológico dos idosos com DMT2 cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, a partir das características de saúde, descrição do autocuidado e correlação entre alterações sensitivas e equilíbrio funcional, foi de mais de 10 anos em mais da metade da mostra (ALENCAR *et. al.*, 2014).

A descoberta da doença ocorreu por meio do aparecimento de sintomas característicos da doença, seja sintoma isolado ou associado. A maioria relatou a polidipsia como principal sintoma que culminou na descoberta do DMT2, todavia não associaram à doença, que só foi identificada posteriormente através de exame de glicemia de rotina.

Eu estava trabalhando e sentia muita sede. Um dia fizeram um check-up geral e foi descoberto que estava 240 o meu Diabetes e eu não sabia. (P2 – 75 anos - masculino)

Pelo excesso de água. Comecei a tomar muita água, isso há 32 anos, aí fiz um exame e acusou que eu estava com Diabetes. Mas o que me levou mesmo a procurar o médico foi o excesso de água, aí eu vi que estava. (P6 – 65 anos - feminino)

Ah, porque eu tinha muita sede! Sede, sede, sede! Aí fiz exame e era Diabetes. (P9 – 65 anos - feminino)

A descoberta da doença por meio de exames de rotina foi referida pela maioria dos entrevistados, 42,9% de um estudo realizado (CARDOZO; MARTINS, 2012). Outra pesquisa, ao responder a questão “quem disse que o senhor tem diabetes?”, 97,9% disseram que tiveram o diagnóstico feito pelo médico, e 2,1% referiram por outros (MENDES *et. al.*, 2011).

Faz-se imprescindível que os profissionais de saúde possibilitem a identificação precoce do DMT2. Para isso, é necessário orientar a população acerca dos sinais e sintomas da doença, clarificando que o diagnóstico tardio apresenta potencial para gerar agravos à saúde. O(a) enfermeiro(a) que compõe a rede primária de atenção à saúde poderá utilizar-se da educação em saúde para o alcance desses objetivos.

Outros sintomas, como a polifagia, a poliúria, a glicosúria, o prurido vulvar e a balanopostite, foram relatados como associados ao principal sintoma referido, à polidipsia. Outros participantes não experimentaram a sintomatologia clássica do DM, manifestando através sintomas como a tontura e os vômitos, o que retardou o diagnóstico da doença.

[...] Sentia uma sede desproporcional. Tomava água e não parava a sede. E no prepúcio fez uma fissura [...] E assim passaram quatro, cinco, seis anos e eu comecei a sentir uns sintomas [...], vômitos, não me sentia bem. Até que em 87 eu fui tirar a glicose. Fiz exame de sangue e procurei um médico. Quando descobri, a glicose estava 230 mais ou menos. (P4 – 71 anos - masculino)

[...] Eu tomava muita água e comia doce feito formiga, estava sempre com sede e urinava demais. [...] Eu andava com umas coceiras e uma amiga tinha uma fitinha que a gente mergulhava na urina e, conforme o tom do verde que ficava é o grau da doença. Urinei na fitinha e em seguidinha aquilo ficou nesse tom de verde, bem forte. Então, no outro dia que descobri o diabetes, eu procurei o médico e já mostrei aquela fitinha. Estava 802 a glicose. Eles fizeram aquele exame que fura e dá na hora. (P5 – 72 anos - feminino)

[...] Olha, eu comecei a ter umas tonturas, fui para o neurologista e ele disse que eu não tinha nada, me passou para o endocrinologista na mesma hora. Fez eu consultar. Fiz os exames e nós vimos que eu era diabética, eu não sabia. Mas aceitei bem. Não deu muito alto na descoberta, deu 189. Aí, fiz aquele exame, que antigamente se chamava exame da curva, aí foi confirmado que era diabética. (P7 – 65 anos - feminino)

[...] Eu tomava muito refrigerante e muita água, tinha uma sede horrível e minha urina era branca, clara, e era doce. Porque eu sempre fui muito curiosa, e eu estranhava a urina branca como água, e um dia eu passei o dedo e vi que a minha urina era doce. Pedi para a enfermeira, que era minha vizinha: Escuta, o que é eu faço para medir o Diabetes? Nunca esqueci, deu 469. (P10 – 75 anos - feminino)

A sintomatologia clássica do DM engloba a polidipsia, polifagia e a poliúria. Trata-se de uma reação do organismo em virtude da glicemia elevada. É frequente a associação entre os sintomas clássicos e os sintomas menos específicos, como o prurido vulvar e a balanopostite (BRASIL, 2013). As infecções fúngicas e bacterianas podem consistir nos primeiros sinais de descompensação glicêmica tanto em idosos quanto nos mais jovens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

Os sinais e sintomas clássicos podem ou não estar presentes no DMT2. São responsáveis por situações de cetose, desidratação e acidose metabólica, principalmente na presença de estresse agudo (BRASIL, 2013). A glicosúria também pode ser encontrada no processo de descoberta da doença. Nas pessoas jovens é possível observar a glicosúria quando os valores da glicemia encontram-se acima de 180 mg/dL. Nas pessoas idosas, só ocorre quando a glicemia ultrapassa 220 mg/dL, em virtude da queda na taxa de filtração glomerular própria desta faixa etária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

As tonturas e os vômitos, sintomas explicitados pelos participantes, podem estar relacionados a episódios hipoglicêmicos. São chamados sintomas neuroglicopênicos: a fome, a tontura, a fraqueza, a dor de cabeça, a confusão, o coma e a convulsão. Dentre os fatores de risco para a hipoglicemia, encontram-se: a idade avançada, o abuso de álcool, a desnutrição, a insuficiência renal, o atraso ou omissão de refeições, o exercício vigoroso, dentre outros (BRASIL, 2013).

Sintomas como visão fraca, tontura e emagrecimento rápido foram explicitados por 8,3% dos participantes na descoberta do DM, em estudo realizado, o que acarretou em busca por consulta e posterior diagnóstico (TESSER; BITENCOURT, 2015). Nem sempre a sintomatologia clássica se faz presente, como já abordado, fato que dificulta a identificação precoce da doença.

A pessoa pode não compreender/perceber as alterações experimentadas, ou seja, a sintomatologia da doença, retardando seu diagnóstico. A descoberta do DM, no parto de seu terceiro filho, devido à hipoglicemia do recém-nascido, foi vivenciada por participante desta pesquisa. Isto possibilitou posterior investigação da glicemia materna, causando grande surpresa, já que desconhecia alterações glicêmicas em seu período gestacional e não identificou modificações de hábitos anteriores.

Foi no parto, quando eu tive meu terceiro filho. Ao nascer, baixou o açúcar dele, e ele foi para a UTI. Até aí, eu não era diabética [...] Daí em diante, eu passei a ter o açúcar alto, super alto, e ele aos três dias se recuperou, fizeram glicose. Durante a gravidez eu não tive açúcar alto, foi no parto. Sou diabética há 20 anos, desde que ele nasceu. (P8 – 62 anos - feminino)

A hiperglicemia materna acarreta na hiperinsulinemia fetal e conseqüentemente, também em hipoglicemia neonatal. Desta forma, a hipoglicemia apresenta-se como uma das complicações do DM Gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

O DM Gestacional pode preceder o DMT2, já que é fator de risco quando associado ao excesso de peso (Índice de Massa Corpórea > 25 kg/m²). O DM Gestacional é um estado de hiperglicemia que foi detectado pela primeira vez na gestação e é menos severo que o DMT1 e o DMT2. Salienta-se que hiperglicemias detectadas na gestação, e que obedecem aos critérios de DM para adultos, são classificadas como Diabetes na Gravidez, independente do período gestacional e da sua evolução ou não após o parto (BRASIL, 2013).

Em relação à hereditariedade, a história familiar de DM constitui-se em um fator de risco para a doença. A hereditariedade mostrou-se fortemente arraigada à história das pessoas idosas com DMT2 da pesquisa. Dos entrevistados, apenas um não possuía antecedente familiar da patologia.

[...] O meu pai, os meus tios. Pelo lado do meu pai eram diabéticos. Ele faleceu porque a glicose subiu para 500, estava há dois anos acamado, tinha problemas de circulação, tinha varizes que abriam feridas. A gente pensou que iam amputar a perna dele antes de falecer. Os tios, por parte dele, amputaram a perna, pela má circulação do Diabetes. Eu convivi com meu pai, ajudando a cuidar, ele vinha para minha casa, morava perto de mim, e eu via a perna dele, a luta da minha mãe pela perna, fazendo curativo, e aquilo abrindo e ela cuidava. Tudo por causa do Diabetes, que já tinha feito todo o estrago nele. (P3 – 66 anos - feminino)

A única pessoa diabética na família era a minha vó, mãe do meu pai. Os meus irmãos, nenhum é diabético. A família da minha mãe, que são 11 irmãos, ninguém foi diabético. (P4 – 71 anos - masculino)

As minhas quatro irmãs são. Eu fui a primeira. Uma ficou diabética quando ganhou o segundo filho, a outra ficou diabética há pouco tempo, e a mais nova das irmãs teve há um mês atrás uma alta no açúcar e está fazendo exames. A minha mãe adquiriu Diabetes com quase 80 anos, mas nem tomava medicamento para isso. Quando ela baixou mal no hospital foi que eles viram que ela estava com o açúcar alto. Mas, no final da vida. (P6 – 65 anos - feminino)

Todos são diabéticos. Todas as mulheres e, agora, os homens estão ficando mais velhos e estão ficando também. As minhas irmãs têm, a minha falecida mãe tinha, eu fui filha de criação de um pessoal também diabético. Um tio e uma tia ficaram cegos, meu primo ficou cego e perdeu os pés. O Diabetes é como uma cobra, quando menos esperas, te pica. (S8 – 62 anos - feminino)

Eu perdi uma irmã que era diabética e perdi um irmão também, teve Diabetes e teve uma trombose, perdeu as pernas. Também é só o que eu sei deles, porque eu fui criada pela minha madrinha. Agora, meu filho e minha filha são diabéticos. (S10- 75 anos - feminino)

Os relatos clarificam a existência de história familiar de DM por laços consanguíneos, em primeiro grau (pai, mãe, filhos), em segundo grau (irmãos, avós) e em terceiro grau (tios). A literatura enfatiza o histórico familiar de primeiro grau como aspecto relevante quando se trata da história clínica da pessoa com a doença, mas pouco aborda acerca dos demais laços. (BRASIL, 2013)

Em pesquisa que teve o objetivo de verificar a existência da correlação entre o envelhecimento e a hereditariedade no desenvolvimento de DM2, 42,86% dos entrevistados mencionaram ter familiares com DM2. Destes, 14,3% referiram ter pais diabéticos e 66,7% possuíam filhos diabéticos. Ao correlacionar o histórico familiar e a idade de diagnóstico, aqueles que possuíam histórico familiar foram diagnosticados com idade inferior àqueles que não tinham histórico familiar, 54,30 anos, enquanto aqueles sem histórico familiar tiveram a descoberta com 61,75 anos, ou seja, o fator hereditário contribuiu para o surgimento precoce de DM2. (CARDOZO; MARTINS, 2012).

O fator genético apresenta-se com potencial considerável para o surgimento do DM2, contudo, faz-se necessário ainda sua associação aos fatores ambientais para o desencadeamento. A susceptibilidade genética não pode justificar isoladamente o aumento do número de indivíduos com DM, tendo, indiscutivelmente, os fatores ambientais parte nesse cenário (GIMENIS et. al, 2006; LYRA et al., 2006).

Desta forma, foi evidenciado nas literaturas abordadas que o surgimento do DM2 não depende apenas de fatores genéticos, hereditários. Os fatores ambientais que incluem uma série de condições, como alimentação não saudável e o sedentarismo, dentre outros, fazem-se relevante para seu aparecimento. Também,

clarificou-se que o surgimento precoce da doença ocorre naqueles com herança genética. Torna-se importante que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, pudessem conscientizar os familiares das pessoas com DMT2 acerca dessa situação e da necessidade de intervir com modificações dos hábitos não saudáveis de vida para a prevenção de doença futura, possibilitando viver e envelhecer com maior QV.

4.3 CONHECIMENTOS DA PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE A DOENÇA

A partir do momento em que houve a descoberta da doença, iniciou-se o processo de aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências que permitam/garantam o autocuidado, com vistas ao enfrentamento do DMT2. A aquisição de conhecimentos, inicialmente, foi possibilitada pelo médico, primeiro profissional que acolheu/assistiu os participantes do estudo no momento do diagnóstico ou logo após a descoberta.

As pessoas idosas da pesquisa referiram que as informações sobre a doença e os cuidados necessários para uma gestão adequada do regime terapêutico foram realizadas em consulta ocorrida no serviço especializado em DM do hospital. Médicos, enfermeiras e nutricionistas foram mencionados como profissionais que instruíram e instrumentalizaram as pessoas com DMT2 para o autocuidado após o estabelecimento do diagnóstico. Seguem os relatos:

Lá dentro do hospital, a gente está bem informada sobre os exames. Temos que cuidar ferimentos que não cicatrizam, se temos sintomas de Diabetes, se estamos bebendo muita água. Doces em excesso, não pode. Refrigerante, arroz, batata, são alimentos que não se pode abusar, não se pode misturar. A médica me passou uma lista sobre a dieta, que está guardada. Médicos, assistentes, estagiárias da FURG que me deram essas informações. Sempre estão passando essas informações. (P3 – 66 anos - feminino)

O médico me explicou, disse que eu tinha que tomar os remédios, controlar bem o açúcar, falou que tinha que fazer dieta, quando comesse uma coisa, não comeria outra. As informações vieram do doutor do CID. (P9 – 65 anos - feminino)

O DM é identificado, na maioria das vezes, pelo médico, conforme dados de pesquisas realizadas (MENDES *et. al.*, 2011; TESSER; BITENCOURT, 2015). De acordo com o Caderno nº. 36 – Diabetes Mellitus, os profissionais de saúde devem,

dentre outras atribuições, realizar orientações para o tratamento, as quais consistem em orientar para a adoção de hábitos de vida saudáveis, como: alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo. A modificação do estilo de vida possui importância fundamental no controle glicêmico, além de atuar no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

Os participantes revelaram que demais pessoas foram atuantes, nesse contexto de aquisição de conhecimentos, embora não fossem profissionais da saúde. Foram destacadas como de grande valia para uma melhor compreensão/entendimento da patologia e dos cuidados pertinentes, pois desenvolviam atividades educativas, como multiplicadoras de informações/conhecimentos em DM, devido a experiência como familiares-cuidadoras de pessoas com a enfermidade. Atuavam como líderes de grupo de proteção ao diabético que acontecia fora do ambiente hospitalar.

Em seguida que fiquei doente, aqui no hospital, eles tinham um dia para fazer palestras, para explicar por que a gente adquiria aquela doença. Depois, duas senhoras, que tinham filhos diabéticos, formaram uma associação, era “proteção do diabético”, uma entidade fora do hospital. Infelizmente, durou pouco tempo. No outro dia que descobri o diabetes, eu procurei o médico. Já veio uma folhinha da nutricionista, só podia comer: uma colher de arroz, 70g de carne magra e salada verde à vontade, alface, agrião, essas coisas. Pão podia comer duas fatiazinhas, de centeio, uma xicrinha de café preto com adoçante. Uma fruta após o almoço e após a janta. E, às dez da noite, podia uma xícara de café com leite com quatro bolachinhas de água e sal. Era o doutor e duas enfermeiras formadas que explicavam os cuidados que a gente tinha que ter com os pés, não podia cortar essa coisinha da volta das unhas. Era um monte de informações! A gente foi muito bem orientada aqui no hospital desde essa data. Imagina há quantos anos! (P5 – 72 anos - feminino)

Assim, os grupos de apoio que aconteciam, na época da descoberta da doença, foram referidos como meios de considerável formação de conhecimentos e contribuíram com as pessoas com DMT2 para a gestão do regime terapêutico, tenham sido liderados por profissionais da saúde ou por multiplicadores.

Os médicos e os enfermeiros, com ênfase naqueles da atenção primária, necessitam orientar para o adequado controle glicêmico e para prevenção de complicações do DM. A cada consulta, as necessidades e o grau de risco da pessoa, bem como a sua capacidade de adesão e de motivação para o autocuidado devem ser avaliados pelos médicos e pelos enfermeiros. Aqueles que apresentam

dificuldade para o autocuidado carecem de maior suporte até que consigam ampliar as condições de se cuidar. O apoio ao autocuidado poderá ser da equipe de saúde ou de outros recursos, familiares ou comunitários, articulados para esse fim (BRASIL, 2013).

As pessoas idosas do estudo referiram que a instrumentalização para a gestão do regime terapêutico ocorreu tão logo se efetivou a descoberta do DMT2. A prática educativa foi pautada nos aspectos conceituais da doença; nos cuidados referentes à alimentação; nos cuidados com os pés e com os ferimentos; no incentivo à atividade física, como caminhadas; na informação quanto aos sinais e sintomas de descompensações metabólicas para observação, quanto às complicações crônicas do DMT2 e seus riscos à saúde e QV, e quanto à importância de aderir à terapêutica medicamentosa.

[...] Foi quando eu comecei a me tratar na FURG, na Ala Azul, com o endocrinologista. Recebi informações sobre a doença, como: não usar açúcar, não comer muito pão, cuidar da alimentação. A alimentação que faço hoje é duas colheres de arroz, verduras, saladas e um pedacinho de carne. O café é com bolachinha, café preto, meia xícara, com adoçante. Cuidar dos pés, fazer caminhadas. (P1 – 68 anos - masculino)

Eu fiquei sabendo sobre os cuidados com o Diabetes pela médica e nas reuniões na FURG, com a doutora que se aposentou. Explicavam tudo, os cuidados com os pés, com o doce. Tudo que era sobre o Diabetes, eles explicavam e ensinavam. Tudo direitinho, como a doença começava, os cuidados que deveríamos ter, os cuidados com os pés, que eles cuidam muito. As minhas unhas dos pés, só tem uma pessoa que mexe, que é uma amiga minha. De resto, ninguém mexe, tenho medo, um medo que nem sei. Era um grupo, o pessoal se reunia, mas depois que a doutora saiu, não aconteceram mais os encontros. (P10 – 75 anos - feminino)

A prática educativa mostrou-se como um fator facilitador da gestão do regime terapêutico, uma vez que as falas demonstraram que há domínio das orientações dos profissionais, já que as pessoas idosas referiram conhecimentos acerca da qualidade e da quantidade de alimentos que podem ser consumidos, da importância do cuidado com os pés, dos sintomas que indicam aumento da glicemia, da necessidade de realizar atividade física. Os participantes mostraram-se satisfeitos no que tange às ações educativas realizadas pelos diversos profissionais e demonstraram incorporação dos conhecimentos ao cuidado cotidiano. Explicitam saudosismo referente à organização do cuidado experimentado na descoberta da doença.

As pessoas idosas, deste estudo, referiram busca constante por informações

sobre a doença, por meio da leitura de folhetos informativos e acompanhamento de reportagens televisivas. A busca por informações é fator facilitador da gestão do regime terapêutico, pois demonstra a ânsia por novos conhecimentos que auxiliem a gerir seus regimes terapêuticos de forma mais efetiva.

Sempre vejo reportagens sobre o Diabetes, eu fico atenta, pego folheto no consultório médico e leio, gosto de ler. Lá na FURG tem esclarecimentos na parede. Gosto de estar informada e escuto programas de saúde, gosto de escutar. (P3 – 66 anos – feminino)

Eu me interessei muito, se estou vendo televisão, e dá um assunto do Diabetes, eu me interessei em ver, porque é importante estar informada. (P6 – 65 anos – feminino)

Uma pesquisa realizada com o objetivo de avaliar o conhecimento de pacientes com DM acerca do autocuidado e as principais dificuldades para a adesão ao tratamento, de uma área da Estratégia Saúde da Família de Teresina – PI, cadastradas no Programa Hipertensão, constatou *deficits* no conhecimento sobre autocuidado e complicações advindas, embora tenham recebido orientações de equipe multiprofissional. O estudo ainda revelou que os pacientes apresentam dificuldades para realização das práticas domiciliares de cuidados com o DM (ROCHA; MAIA FILHO, 2015).

Intervenções que levem a um conhecimento mais elaborado geram segurança à pessoa com DM frente à sua patologia e às possíveis complicações advindas de um mau controle. Além disso, propicia um comportamento adequado no que se refere ao tratamento da condição de saúde, com impactos positivos nos resultados clínicos, no estado de saúde e na QV das pessoas (ROCHA; MAIA FILHO, 2015). Diante do exposto, torna-se relevante a instrumentalização contínua das pessoas com DMT2, uma vez que é frequente a ocorrência de *deficits* na gestão do regime terapêutico, principalmente no que diz respeito às pessoas idosas e seus hábitos adquiridos ao longo dos anos.

A experiência prévia com a doença, através do convívio com familiares/amigos com DMT2, mostrou-se como um fator facilitador do regime terapêutico. Possibilitou o conhecimento sobre a doença, os fatores de risco, o tratamento, as modificações necessárias para viver e conviver com o DMT2, as consequências para a saúde advindas de uma inadequada gestão do regime terapêutico. Ainda foi possível perceber, em relato, que não se pode agir de forma

controladora com o diabético, uma vez que o autocuidado depende de cada um, da vontade própria, da consciência individual.

A experiência com a doença não necessita ser apenas com familiares de gerações anteriores. A experiência atual/cotidiana com as novas gerações – filhos – e também com companheira, com DMT2, apresenta-se como uma situação que possibilita o constante compartilhamento de conhecimentos e aprendizados mútuos. Desta forma, permite que a pessoa idosa com DMT2 auxilie seus entes no cuidado com a enfermidade, seja através de orientações, de aconselhamentos ou de cuidados, e também que a pessoa se conscientize sobre a relevância de uma gestão adequada a partir do momento que se depara com as complicações da doença em seus entes.

Que eu saiba nunca ninguém teve Diabetes na minha família, mas tenho minha esposa, que acompanho nos cuidados, no médico, no tratamento, nos remédios, tudo é comigo. Tem que tomar muito cuidado com o Diabetes, porque é uma doença traiçoeira e perigosa. Eu já vi muitos amigos de serviço perderem uma perna. Perde uma e daqui a pouco perde a outra. (P2 – 75 anos – masculino)

A minha mãe tinha Diabetes, meu tio, meu irmão, a família em conjunto. A minha mãe não era uma pessoa de se cuidar, amputou um dedo. O meu irmão também amputou um dedo. Eles não tinham aquela coisa de fazer dieta, de cuidado. Minha mãe se tivesse que comer doce, comia. Meu irmão também. Eu achava horrível, mas com um adulto não se pode fazer nada, não pode ter aquele controle, porque o Diabetes depende só de ti, não depende de ninguém. Não depende do médico, somente da pessoa. Se a pessoa teimar e fizer qualquer coisa, ela estará enganando a si própria. Porque se tu estás ali, em cima, ele sai dali e daqui a pouco está comendo o não que não deve escondido. (P6 – 65 anos – feminino)

O meu filho machucou em baixo do dedo, infeccionou e não cuidou. Quando o médico olhou, disse: Olha, vamos ter que tirar a perna. Ele disse que apareceu um novo machucado na outra perna, perdeu os três dedos. Agora caminha de muleta, colocou perna mecânica. Eu sempre avisei que não morre do Diabetes, caso se cuide. Acham que cuidado é besteira. É a mesma coisa com essa filha que mora comigo, é gordinha, apareceu o Diabetes, e a pessoa começa a murchar. Ela tomava muita água. A gente já tem experiência, sabe como é o negócio. (P10- 75 anos - feminino)

Faz-se importante conhecer e compreender, de forma aprofundada, as experiências vividas, já que a pessoa com DM tende a atribuir às experiências com a doença não somente um significado, mas um sentido que se relaciona com seu modo de existir, de estar no mundo. Assim, para que um processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer suas crenças, seus sentimentos, pensamentos, atitudes e comportamentos (PÉRES *et. al.*, 2007).

Em relação às dúvidas referentes à doença, os participantes do estudo referiram não possuí-las. O fato se deve ao longo período já portando o DMT2 e pelo conhecimento já adquirido, através da instrumentalização pelos profissionais de saúde, além da experiência prévia com a doença. Diante disso, consideram-se experientes. Contudo, embora diante do exposto, alguns participantes revelaram que atualmente não seguem as orientações recomendadas, com falhas principalmente no que tange à dieta alimentar, destacando o consumo de doces. Desta forma, a dieta alimentar revelou-se como um fator dificultador da gestão do regime terapêutico.

Não, agora não tenho dúvidas. Há quantos anos estou fazendo tratamento! Agora não vejo nada novo, sempre a mesma coisa. (P1 – 68 anos – masculino)

Não, sempre fui esclarecida. E eu tendo essa experiência... Só que é aquela coisa, a gente, na hora, leva um susto, fica preocupada, depois passa, esquece um pouquinho e vai abusando um pouco, no doce. A médica sempre fala: a senhora tem que se cuidar! Eu procuro fazer exercício, fazer as coisas. E é assim, por deixar de saber, não. A gente não deixa de saber nunca, a gente é bem informada das coisas. (P3 – 66 anos – feminino)

Não. [...] Eu como normal, mas eu como pouco e como doce. Por quê? Porque o doce é energia, o doce que nos ajuda na massa muscular e na parte cerebral também. Claro, não em excesso, mas eu como doce todos os dias e eu sempre digo: diabético tem que comer doce todos os dias! E não é comer muito doce, é comer um docinho e tal, tem que comer. Por quê? Porque senão ele tem aquela fissura pelo doce, então, a dificuldade é que ele fica como dependente químico, dependente do doce, e se não come, o emocional dele desaba e o açúcar sobe e se come doce, normaliza. Eu te digo isso porque eu sinto, entendeste? (P4 – 71 anos – masculino)

Não tenho dúvidas. Às vezes, eu saio da dieta, porque eu abuso. (P5 – 72 anos – feminino)

Não, estou bem esclarecida. (P8 – 62 anos – feminino)

Não, nada. Até hoje, meus exames, tudo direitinho. O meu tratamento direitinho, sem problema nenhum. (P10 – 75 anos – feminino)

A dificuldade na aderência às recomendações alimentares foi evidenciada em 55,78% das mulheres de estudo que objetivou conhecer o perfil de mulheres com DMT2, enfocando fatores sociodemográficos, biométricos e de saúde (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2012). O exposto contrapõe estudo realizado com idosos com DMT2, em que a maioria afirmou não consumir açúcar, doces e gordura animal (CARDOZO; MARTINS, 2012).

Uma pesquisa realizada com 146 idosos, que teve como objetivo

caracterizar a gestão do regime terapêutico das pessoas com DMT2 de uma Unidade de Saúde Familiar do norte de Portugal revelou que mais de 1/3 apresentou mau controle metabólico (DIREITO, 2012). Os déficits na gestão do regime terapêutico implicam em picos elevados de glicemia que acarretarão em complicações futuras, comprometendo a QV das pessoas idosas.

4.4 PERFIL CLÍNICO DA PESSOA IDOSA E A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DO DMT2

No que diz respeito às comorbidades, a hipertensão arterial foi referida pela maioria dos participantes (oito), metade destes também revelaram os problemas osteomusculares (cinco), como a artrose, a osteoporose e o reumatismo. Outras patologias como gastrite (um), hipotireoidismo (um) e Mal-de-Parkinson (um) foram igualmente mencionadas.

Tenho problema de pressão e desgaste no fêmur esquerdo. (P2 - 75 anos – masculino)

Hipotireoidismo, Parkinson, hipertensão, diabetes, artrose. (P3 – 66 anos – feminino)

Hipertensão e disfunção erétil. (P4 – 71 anos – masculino)

A minha coluna [...] criou uma lesão no pescoço, mas não sei o nome, só sei que é na 3ª vértebra. (P5 – 72 anos – feminino)

Reumatismo, osteoporose, pressão alta, gastrite com úlceras. (P8 – 62 anos – feminino)

Problema na coluna cervical e também tomo remédio para a pressão. (P10 – 75 anos – feminino)

A presença de uma ou mais doenças crônicas foi maior entre os idosos com DM na pesquisa com 842 idosos, no qual 17.6% eram diabéticos (MENDES *et.al.*, 2011). A hipertensão arterial e a obesidade, juntamente com a hipercolesterolemia foram enfermidades relatadas como concomitantes ao DMT2 em estudo (DIREITO, 2012). Outra pesquisa que objetivou descrever as características sociodemográficas e clínicas, bem como analisar o conhecimento de pacientes com DM sobre o tratamento após cinco anos do término de um programa educativo, no qual entrevistou 40 pacientes com DM, demonstrou, quanto às comorbidades, que 75%

referiram hipertensão arterial, 57,5% obesidade, 27,5% dislipidemia e 35% outras patologias (CHAGAS *et. al*, 2013).

No que diz respeito às complicações, a maioria dos participantes do estudo referiu a retinopatia diabética (seis), seguida pela catarata (cinco), pelos problemas vasculares (três), como o acidente vascular cerebral, o infarto e a angina, pelo glaucoma (dois), pela nefropatia diabética (um) e pela disfunção erétil (um).

Estou fazendo tratamento para a visão, no olho esquerdo descolou a retina e não enxergo mais, e, no olho direito, estou fazendo tratamento, vou ter que operar a catarata, mas o doutor está com medo de operar, porque posso perder a visão. Do olho esquerdo não enxergo mais e do olho direito enxergo pouco. (P1 – 68 anos – masculino)

Disfunção erétil, insuficiência renal, diminuição da visão e cardiopatia. (P4 – 71 anos – masculino)

Glaucoma, catarata, problemas nos olhos. Fiquei cega dos dois olhos, quer dizer, via vultos, coisas assim. Eles fizeram cirurgia em Porto Alegre nos dois olhos, porque eu tenho glaucoma e tenho catarata no olho que eu enxergo. (P5 – 72 anos – feminino)

Tenho problema de coração. Eu tive um infarto em 2010, há 5 anos. (P7- 65 anos – feminino)

Tive três infartos, três isquemias, tenho problemas nos olhos, tudo porque subiu o açúcar e subiu a pressão junto (P8 – 62 anos – feminino)

A prevalência de complicações microvasculares foi elevada em estudo realizado com 318 pessoas com DMT2, com maior frequência nos indivíduos com maior idade, estado nutricional inadequado, maior tempo de diagnóstico e que faziam uso de insulina isolada ou combinada com antidiabéticos orais (SANTOS *et.al.*, 2015). Em estudo com 116 pessoas com DM, no qual 92,2% possuíam DMT2, 62,2% dos indivíduos com 10 anos ou mais de doença estabelecida referiram ter complicações microvasculares (56,5%), complicações macrovasculares (17,4%) e complicações microvasculares e macrovasculares simultaneamente (26,1%) (SANTOS *et.al.*, 2015).

Em outra pesquisa, 90% referiu pelo menos uma complicação do DM, 22,5% retinopatia, 22,5% problemas nos pés, 22,5% problemas no coração, 20% neuropatia e 12,5% nefropatia (CHAGAS *et.al.*, 2013). Outro estudo, no qual 57,9% tinham idade de 60-79 anos, que abordou acerca dos comportamentos e comorbidades associadas às complicações microvasculares do DM, explicitou que 42,8% possuíam complicações oftalmológicas, 14,5% vasculares e 12,9% renais

(CECILIO *et.al*, 2015). A retinopatia, a nefropatia e a neuropatia são complicações com grande potencial para afetar a QV e a funcionalidade das pessoas (FREITAS, 2011).

No que diz respeito aos problemas oftalmológicos, a gestão inadequada do regime terapêutico do DM acarreta em diminuição da visão como a retinopatia, a catarata e o glaucoma. Estes últimos são doenças oculares encontradas com maior frequência nos pacientes diabéticos (BRASIL, 2013).

A retinopatia diabética é umas das principais complicações do DM e a principal causa de cegueira em pessoas com idade entre 20 e 74 anos. Após 20 anos de doença, mais de 60% das pessoas com DMT2 apresentarão algum grau de retinopatia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

A catarata e o glaucoma são outras manifestações oculares importantes do DM. No que tange à catarata, nas pessoas com DMT2 comparado aos não-diabéticos, há o agravamento da catarata senil e o aparecimento mais precoce, assim como há particularidades oculares no que se refere à cirurgia de correção, com alterações que podem comprometer a recuperação, agravar a retinopatia, dificultar cicatrização, além de maior risco de inflamação e infecção pós-operatória. Já em relação ao glaucoma há um risco maior em diabéticos, decorrente de crise hiperglicêmica aguda e exacerba a neuropatia óptica glaucomatosa (HENRIQUES *et. al.*, 2015).

Ainda no que se refere às complicações microvasculares, a nefropatia, também destacada pelos participantes do estudo, é uma das mais comuns no DM, causa de insuficiência renal. A associação do DM com a HAS não controlada é forte predisponente para o aparecimento. A hiperglicemia crônica está associada a alterações hemodinâmicas que irão acarretar em mau funcionamento renal. A disfunção erétil, outra complicação microvascular, relaciona-se com a neuropatia autonômica. É causada pelo comprometimento dos nervos que controlam a ereção e alterações nos vasos que realizam o aporte sanguíneo (LIMA; ARAÚJO, 2012).

As complicações macrovasculares, referidas pelos participantes do estudo, incluem o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Acometem as pessoas com DM com mau controle metabólico e são causas de óbitos, especialmente no DMT2. A doença cardiovascular é responsável por 75% das mortes em indivíduos com DMT2, 50% dessas por doença arterial coronariana.

A causa da doença macrovascular é a aterosclerose, doença que é agravada pelo DM, HAS e dislipidemia (LIMA; ARAÚJO, 2012).

Algumas pessoas idosas referiram ainda episódios de hipoglicemia, contudo não atrelado à pergunta que se refere às “complicações”. Seguem os relatos:

Volta e meia, eu tenho hipoglicemia. Agora, graças à Deus, parou. Mas eu baixei, rompi o ano aqui dentro (hospital), porque eu saí em braços de dentro de casa, não podia nem parar em pé com hipoglicemia. (P5 – 72 anos – feminino)

Quando sinto, de noite, sinais de hipoglicemia, com mal-estar, suando, eu levanto e verifico a glicemia. Mas não é frequente. (P6 – 65 anos – feminino)

Estava indisposta, verifiquei e estava até baixa demais. Aí eu comi uma coisa doce e já normaliza em 124. (P7 – 65 anos – feminino)

Sabe-se que a hipoglicemia é uma complicação aguda do DM, frequentemente experimentada por pessoas que, dentre outras situações, omitem refeições ou erram a administração de insulina ou de hipoglicemiantes orais. É importante a detectar a hipoglicemia, através de sinais precoces como sudorese, cefaleia, palpitação, tremores ou uma sensação desagradável de apreensão. O tratamento precisa ser imediato, com pequena dose de carboidrato simples (10g a 20g), repetindo-a em 15 minutos, se necessário. Em geral, 10g de carboidrato simples estão presentes em duas colheres de chá de açúcar, 100 ml de suco de fruta ou duas balas (BRASIL, 2013). As hipoglicemias no idoso são mais frequentes e de maior gravidade do que em indivíduos mais novos. Portanto, deve-se evitar controle alimentar rigoroso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

Tanto as comorbidades, quanto as complicações crônicas e agudas apresentam-se como fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DMT2. Atuam como dificultadores já que interferem ou impossibilitam a realização das atividades de autocuidado. Intervenções de enfermagem com o intuito de minimizar os agravos existentes, assim como prevenir o surgimento de novos constituem-se estratégias fundamentais no cuidado à pessoa idosa.

No que se refere à gestão do regime terapêutico do DMT2, este inclui condutas não-farmacológicas e condutas farmacológicas. O tratamento é pautado na dieta alimentar, na realização de atividade física, na utilização de medicamentos

orais, na insulinoterapia, na monitorização da glicemia capilar e no cuidado com os pés.

Em relação ao tratamento do DMT2, a maioria das pessoas idosas participantes do estudo referiu questões ligadas à dieta alimentar, atividade física, medicamentos e insulinoterapia. O cuidado com os pés, como parte do tratamento, foi citado apenas por um participante, e a monitorização da glicemia foi referida por três pessoas, ênfase naquelas que utilizam insulinoterapia.

A dieta alimentar foi frequentemente mencionada como a principal conduta para o tratamento da doença. Contudo, embora relatos demonstrem a existência de algum empenho na sua realização de forma efetiva, muitas pessoas idosas referiram cometer abusos.

Eu controlo o consumo de massas, mas sou meio abusada no arroz, na alimentação geral. Às vezes, me descontrolo um pouco. Não posso dizer que sou radical na alimentação para o Diabetes. E no caso de doce, como te falei... Refrigerantes, não sou muito. Frutas e legumes eu gosto muito de comer. Eu procuro utilizar. (P3 – 66 anos – feminino)

Eu roubo doce, eu como muito, às vezes, porque eu vivo sozinha. Eu tenho o vidrinho das bolachinhas no meu lado, eu compro esses docinhos, essas coisinhas que existe diet que é para não estar roubando o doce dos outros! (P5 – 72 anos – feminino)

Não que eu mantenha a dieta rigorosamente, mas eu procuro manter. Claro que eu dou uma escapada ali, outra escapada aqui, mas eu procuro manter. (P8 – 62 anos – feminino)

De vez quando eu abuso, eu vou dizer, eu tenho medo de fazer esses regimes, já estou com 65 anos, se a gente vai começar a não comer, não come isso, não come aquilo. Ah! Eu não ligo. (P9 – 65 anos – feminino)

Pesquisa com mulheres com DMT2 evidenciou que 55,78% referiram não seguir adequadamente as recomendações alimentares (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2012). Outra pesquisa com pessoas com DMT2 demonstrou que 70,8% não fazem o número adequado de refeições diárias, 23,6% utilizam bebida alcoólica, 11,9% tem padrão alimentar inadequado, 10,7% utilizam tabaco e 6,9% adicionam sal à comida pronta (CECILIO *et.al.*, 2015).

Médicos e enfermeiros devem salientar a importância de uma alimentação saudável, juntamente com o incentivo à perda de peso e às modificações de hábitos não-saudáveis de vida, além da realização de atividade física associada. A recomendação é que haja restrição ou redução de alimentos ricos em carboidratos, uma vez que apresenta benefícios na redução da glicemia, na perda de peso, na redução do uso de medicações e nos fatores de risco como no aumento do HDL-

colesterol. A ingestão de gordura saturada e de gorduras trans deve ser mínima (BRASIL, 2013).

Os profissionais responsáveis devem ser treinados em DM e em educação em saúde/nutrição. As técnicas educativas devem considerar a individualidade, a idade, a escolaridade e o tempo de diagnóstico. É um processo contínuo e tem como objetivos: adesão ao plano alimentar prescrito; independência quanto a trocas alimentares; atitudes e decisões em situações não rotineiras e conscientização da influência das escolhas alimentares no controle glicêmico e na prevenção de complicações agudas e crônicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

Quanto às atividades físicas, alguns participantes referiram prática cotidiana de 3 a 5 vezes por semana, como caminhadas. Outros referiram exercitar-se nas atividades diárias, como as do lar, a visitação aos familiares, os compromissos religiosos, contudo a maioria dos participantes referiu não realizar atividades físicas. As limitações e restrições foram justificadas pelos acometimentos de saúde, como os problemas osteomusculares e oftalmológicos.

Eu caminho três vezes por semana, 20 minutos, de minha casa ao centro. (P1 – 68 anos – masculino)

Não consigo realizar atividade física, porque tenho problema em uma perna, desgaste, operei o fêmur e fica mais difícil. (P2 – 75 anos - masculino)

Eu procuro fazer exercício, mas o que me atrapalha é a artrose. Mas faço caminhada, só não abuso, nas minhas atividades da igreja. Eu vou e volto de carro porque é à noite. Faço 3x na semana, mas depende, não é regra, é dentro das possibilidades físicas e de tempo. E a gente procura não fazer caminhadas muito longes, eles facilitam para gente. Fora essas caminhadas, eu ando muito na minha filha, que mora em uma distância, eu faço as compras, eu vou ao centro, arrumo a casa. (P3 – 66 anos – feminino)

Atividade física eu fazia muito, mas como agora eu crio dois netos, então, eu não paro um segundo. A minha atividade é: leva para o colégio, traz do colégio, e vai aqui e vai ali, leva a neta para atividades... Então, eu não paro um segundo. Minha atividade é no próprio lar. (P6 – 65 anos – feminino)

Eu caminhava, aí começou uma dor no joelho. Consultei, o médico disse que meu joelho gastou, mas me deu tratamento e tal, melhorou, voltei a caminhar. Agora, é a dor nas pernas. É dor mesmo, dói, mas dói tudo, dói o osso. E aí não posso caminhar, tenho que ficar em casa, presa, o dia todo. Desço escada 3-4 vezes ao dia, moro no 4º andar. Eu digo pra doutora, eu subo e desço, são 45 degraus, dois lances de escada, 15 cada um. Fico sozinha em casa, preciso de uma coisa, lá vou eu, outra coisa, lá vou eu, e assim eu fico. É uma atividade! Porque descer essas escadas, não é mole! (P10 – 75 anos – feminino)

Estudo demonstrou quanto à atividade física que 56% referiram caminhar, 14% realizam academia, 10% pedalam, 6% fazem hidroginástica e 16% realizam atividades associadas (SILVA *et.al.*, 2015). Em outra pesquisa com diabéticos, cuja maioria dos participantes tinha 61 anos ou mais, 58,30% referiu a prática regularmente, 29,20% às vezes e 12,50% nunca realizam. Dos participantes, 62,5% referiram não ter recebido orientações quanto aos exercícios físicos por parte do profissional médico. Possuem crença de que isso ocorreu em virtude de possuírem doenças ósseas, o que dificultaria a prática (TESSER; BITENCOURT, 2015).

Metade dos participantes de pesquisa, em que um dos objetivos consistiu em avaliar as principais dificuldades para a adesão ao tratamento, referiu ser sedentários. Estes alegam desconforto ao praticar exercícios físicos e falta de disposição (ROCHA; MAIA FILHO, 2015).

As comorbidades e as complicações acarretam em diminuição da QV por exigir maiores cuidados, além dos já necessários para o controle do DM, como introdução de mais medicamentos e, muitas vezes, o convívio com a sensação de dor contínua. Provocam, muitas vezes, limitações extras, que interferem na gestão do regime terapêutico do DMT2. A exemplo disso, pode-se citar os agravos osteomusculares, bem como os problemas oftalmológicos, como catarata e glaucoma, que dificultam as ações de autocuidado, principalmente no que tange à realização de atividade física e participação em grupos de apoio, já que exigem deambulação.

Coloquei uma prótese, mas sinto dificuldade de caminhar. Eu sinto que a perna não ficou boa. O médico que operou disse que não ficou 100% minha operação, só refazendo, mas que é melhor deixar assim. Vamos deixar assim, porque estou caminhando. (P2 - 75 anos – masculino)

Eu tive catarata, operei os dois olhos, embora a segunda cirurgia tenha ficado melhor que a primeira. A primeira que eu fiz parece que tenho mais dificuldade para enxergar, parece que a visão ficou nublada. [...] Eu procuro fazer exercício, mas o que me atrapalha é a artrose. (P3 – 66 anos – feminino)

No olho esquerdo, tenho 80-90% de visão. Eu não posso ficar sem óculos. Às vezes, não identifico certas coisas na rua, tenho que andar devagar porque eu caio muito, tropeço. (S5 – 72 anos – feminino)

Porque quando eu ando parece que tem um garfo espetado na coluna de tanta dor, sabe? Então para agachar, para dobrar, para virar, qualquer movimento é um horror de tanta dor. (P8 – 62 anos – feminino)

A atividade física é parte integrante no tratamento do DMT2, associada às demais medidas de controle. Isto se deve aos efeitos benéficos, não só pela

diminuição da glicemia a partir de diversos mecanismos, como também pela sensação de bem-estar que proporciona.

A caminhada mostra-se eficiente, pois é uma atividade segura e não oferece riscos cardiovasculares, constituindo-se como a melhor atividade para diabéticos, desde que não haja contraindicações como insuficiência vascular periférica e lesões abertas nos pés. Salienta-se que praticar atividade física não está atrelada à prática de esportes. Caminhar, dançar, pedalar, dentre outras atividades, alternadas em blocos de 10-15 minutos, três vezes ao dia, pode ser uma opção para quem alega falta de tempo. As atividades do dia-a-dia como ir caminhando à padaria, quitanda, jornaleiro, açougue, varrer o quintal, limpar a casa também se constituem em opções (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009).

Em relação ao tratamento farmacológico, constatou-se a existência de polifarmácia, relatada por dois participantes, que referiram a utilização de nove e doze medicamentos respectivamente. Os medicamentos são para o tratamento do DMT2 e das complicações, além das comorbidades.

Eu tomo Metformina para o açúcar, Sinvascor para o colesterol, Atenolol que é para o coração e para a pressão, Enalapril para a pressão também, o Hidroclorotiazida, o Clonazepam para os nervos, o Meloxicam para o reumatismo, mas se toma um mês e para dois. Aquele outro que tomo também, o Revanche. E tomo também uma vitamina, porque estou com um pouco de anemia. É uma coleção! Cloridrato de betaistina para as tonturas, labirintite. Lanzoprazol para a gastrite. Ah! Ainda tomo Lut 10 (Luteína), um medicamento para os olhos. (P8 – 62 anos – feminino)

Em estudo, 87,07% faziam uso de outros medicamentos para tratamento de patologias associadas ao DM (LESSMANN, SILVA, NASSAR, 2012). Outro estudo com diabéticos demonstrou que 90% utilizavam outros medicamentos associados ao DM para patologias como HAS, dislipidemia, dentre outras (CHAGAS *et.al.*, 2013).

Pesquisa realizada com idosos institucionalizados acerca dos medicamentos demonstrou que os mais utilizados foram: anti-hipertensivos, 16,8%; diuréticos, 9,1%; antianginosos 4,9%, medicamentos relacionados ao sistema nervoso central, 17,5%; medicamentos que atuam no sistema digestório e metabolismo, 10,5%, e os antiagregantes plaquetários do sistema hematopoiético, 9,1% (GAUTÉRIO *et al.*, 2012). Diante do exposto, verifica-se que as pessoas idosas com DMT2, em geral, apresentam comorbidades e complicações associadas, com utilização de

medicamentos diversos, o que torna necessário haver conhecimentos referentes não apenas aos fármacos e seu uso consciente, mas à terapêutica recomendada.

Quanto à insulino terapia, seis participantes referiram a utilização, cinco pessoas fazem uso associado aos hipoglicemiantes orais, e um faz uso de insulina isolada. A monitorização da glicemia capilar foi mencionada como parte do tratamento por quatro participantes; dos que realizavam, apenas um não utilizava insulino terapia. O rodízio nos locais de aplicação também foi relatado.

Remédios eu tomo muitos. Eu faço insulina, tomo Glifage, Sinvastatina e como eu sofro da coluna, eu tomo remédio para isso também. Faço insulina de manhã e de noite. São 26 unidades pela manhã e 15 unidades à noite. E eu que me aplico, na barriga, assim nessa região (braço), mas onde eu mais aplico é na barriga, porque tem mais carne e não dói tanto! (P5 – 72 anos – feminino)

Eu tomo a insulina, eu mesma me aplico ali, aqui, quatro dedos do umbigo. Verifico minha glicose 3x ao dia. Eu já nem sinto mais as pontas dos dedos. Eu faço de manhã, faço duas horas após o almoço e depois à noite. (P6 – 65 anos – feminino)

Quanto ao tipo de tratamento utilizado por pessoas com DM, estudo explicitou que 63% utilizam hipoglicemiantes orais, 12% insulina, 17,2% hipoglicemiantes orais mais insulina e 8,6% realizam tratamento não medicamentoso (SILVA *et.al.*, 2015). O idoso frequentemente possui insuficiência renal, hepática, respiratória, circulatória e cardíaca, limitando a prescrição de antidiabéticos orais e restando a insulina como única opção terapêutica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

A necessidade de introdução da insulino terapia acontece quando as medidas não farmacológicas associada ao uso de hipoglicemiantes orais não se mostram mais eficientes. É utilizada também em situações de estresse, infecções, traumas, procedimentos cirúrgicos, cetoacidose, coma diabético, coma hiperosmolar não cetótico e após infarto agudo do miocárdio. Ao iniciar o tratamento, o profissional de saúde deve avaliar as funções cognitivas das pessoas idosas, para instrumentalização do seu manejo adequado, uma vez que seu uso pode ser perigoso. Para evitar possíveis danos, é importante que a verificação da glicemia preceda a administração do hormônio (FREITAS, 2011).

Houve relato de interrupção do tratamento medicamentoso devido a efeitos colaterais, e também por efeito esperado do próprio medicamento. Outrossim há modificações dos horários prescritos para a tomada do medicamento, a fim de

ajustar as necessidades cotidianas individuais, o que modifica a ação esperada do fármaco. Diante disso, os efeitos colaterais se apresentam como fator dificultador que influencia a gestão do regime terapêutico, já que pode haver comprometimento do tratamento para o DMT2 e demais comorbidades, o que poderá gerar agravos à saúde.

Inclusive com o Glifage, andei meio parada, devido ao problema intestinal que, às vezes, me dava [...] É bom, porque me sinto bem! Só que se eu tenho que sair de manhã, fico preocupada, porque é uma coisa estranha! E eu urino bastante, porque uso diurético. Também tem esse problema, o dia que eu saio, e que eu vejo que não vai ter um banheiro, que vou caminhar muito, demorar muito, já não tomo o diurético. Eu incho muito, não posso ficar sem tomar o diurético. O Sinvastatina para o colesterol, que também eu tinha parado, relaxei, meu colesterol subiu um pouco e agora tenho que retomar. (P3 – 66 anos – feminino)

Durante as consultas de enfermagem, o profissional precisa investigar a ocorrência de efeitos colaterais e orientar a necessidade da não interrupção do tratamento medicamentoso, obedecendo aos horários corretos de administração dos fármacos. Em pesquisa com diabéticos, 62,5% afirmaram que possuem efeitos colaterais dos medicamentos, dentre estes: náuseas, vômitos, azia, diarreia e dor de estômago (TESSER; BITENCOURT, 2015).

Outra pesquisa com o objetivo de identificar as dificuldades vivenciadas por pessoas com DM, residentes em distrito rural, no qual todos participantes possuíam DMT2, os entrevistados demonstram suas dificuldades no tratamento medicamentoso, devido ao uso da insulina e de hipoglicemiantes orais. Essas dificuldades estão relacionadas, principalmente, ao uso contínuo das medicações e seus efeitos colaterais (VALENTIM; HADDAD; ROSSANEIS, 2015).

É sabido que a percepção que a pessoa diabética tem de sua condição de saúde pode influenciar positiva ou negativamente a gestão do regime terapêutico. Em relação ao questionamento de “como é ser uma pessoa diabética, como se sente”, os relatos demonstram que, para algumas pessoas, o ser diabético se apresenta como uma condição normal, a doença como parte da vida, que necessita de cuidados, que acarreta em limitações, mas que deve ser aceita.

A aceitação foi explicitada por alguns participantes como associada à funcionalidade, por não afetar a execução das atividades diárias, não representa uma ameaça. Outros relatos explicitam que a condição de saúde é algo difícil de ser aceita, em virtude de sua condição crônica e necessidade de administração de medicamentos sem perspectiva de cura. Além disso, a restrição de alguns alimentos,

principalmente os doces, é encarada como situação que provoca pesar. Diante disso, a percepção de limitação é fator dificultador da gestão do regime terapêutico.

Ah, é chato, é ruim. A pessoa fica desacorçada, com tanto tempo tomando isso aí e não resolve nada. (P1 – 68 anos – masculino)

Pra ser sincero, é claro, qualquer doença no corpo da gente, a gente não se sente bem. Mas pelo controle que a gente faz, eu posso dizer que me sinto bem, porque é só ter o controle. (P2 – 75 anos – masculino)

Sabendo que tem que ter os cuidados, né? Prevenção, estar atenta, saber se controlar. Às vezes, se torna um pouco difícil, e a gente se sente privada. Mas eu não analiso isso aí, eu parto para outra, eu deixo. Eu ocupo muito meu tempo e não paro muito para analisar sobre o Diabetes, mas a gente sabe que vai tendo as limitações por causa da idade, por causa de outros problemas. A Diabetes é uma doença que a gente vai ter que conviver, saber lidar, porque a gente vê pessoas que vivem anos com ela, e vivem bem. Eu quero fazer isso para viver bem com a minha saúde, comigo mesma. (P3 – 66 anos – feminino)

Pra mim, é quase normal, porque a sequela que a doença deixou foi a cegueira nos olhos, mas um olho eu recuperei. Fora isso, eu caminho na rua, faço meus afazeres de casa, consigo ler, mal, mas leio, se precisar escrever um bilhete, eu deixo. Normal, como outra doença qualquer, que a gente trata e tem uma vida normal. (P5 – 72 anos – feminino)

Ah, eu só me sinto um pouco limitada, porque eu adoro comer, principalmente doce, e para mim é um castigo. Eu não poder comer um quindim, um bom bocado, um olho de sogra, um negrinho, isso aí é um castigo. (P8 – 62 anos – feminino)

O que a gente vai fazer? Tem que aceitar. Não adianta a gente brigar se a gente sabe que essa doença não tem cura. O Diabetes não tem cura, então, a gente tem que se cuidar. (P9 – 65 anos – feminino)

Sentimentos como o de estar doente, a negação da doença, a ansiedade e a tristeza são geradas por essa condição. A mudança nos hábitos alimentares é requisito para o controle da doença, porém a restrição de alimentos que se gosta e na quantidade desejada repercute na vida da pessoa com DM. A angústia e revolta também é associada ao uso de medicação por tempo indefinido. A condição de possuir o DM traz consigo a renúncia dos prazeres, a autodisciplina, a responsabilidade permanente para com a própria vida e as práticas de autocuidado (VALENTIM; HADDAD; ROSSANEIS, 2015).

Quanto à rede de apoio para a gestão do regime terapêutico do DMT2, em geral, as pessoas idosas referiram ser independentes na atividade de gerir seu tratamento, porém, relatos explicitam o apoio de familiares, por parte do cônjuge, filhos(a) ou netos(as). O apoio está associado à proximidade das residências ou

coabitação com o(s) ente(s), o que possibilita que a pessoa idosa sinta-se amparada em alguma necessidade eventual.

A demonstração de preocupação advinda de intervenções verbais realizadas pelos familiares faz com que a pessoa idosa sinta-se cuidada. O auxílio financeiro, advindo dos filhos(as), foi mencionado como elementar para o tratamento, principalmente no que tange à aquisição de alimentos e de medicamentos. A família mostrou-se, desse modo, como fator facilitador da gestão do regime terapêutico.

Moro há mais de 30 anos sozinha. Tem uma das filhas que me ajuda nos remédios. Ela compra os que eu não posso, os que são muito caros, porque tem a manutenção do olho que eu perdi. O colírio que eu uso, nesse olho, custa R\$ 130,00. Ajuda financeira, a comprar remédios, alimentação, me ajuda no que pode, porque todo mundo é pobre. (P5 – 72 anos – feminino)

Eu moro com meu esposo e minha filha mora nos fundos. Ela sabe tudo que eu tomo, a medicação toda. Sabe quando eu estou bem e quando não estou. Mas ele não participa muito, porque é homem, e não entende de remédios, essas coisas, não é muito ligado. Eu tenho ela que me acompanha sempre em tudo. (P7 – 65 anos – feminino)

Meu marido me apoia. Me dá os remédios sempre, nunca me deixa esquecer, e me alcança nas mãos, se possível me põe os comprimidos na boca! Não me deixa esquecer de maneira nenhuma. (P8 – 62 anos – feminino)

Faço tudo sozinha. Os remédios eu ganho do governo, e os que são mais caros, eu compro, minha filha me ajuda. A neta que está fazendo Enfermagem fica em cima de mim, ela diz assim: Quando perder a perna, não vem chorar para o meu lado, hein? Vó, tu não pode comer isso! (P10 – 75 anos – feminino)

Em relação ao apoio familiar, pesquisa realizada com o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico, o tratamento e o acesso ao serviço dos usuários com DM tipo II descompensada, reincidentes, atendidos no PA Municipal de Araçariguama, os participantes referiram que podem sempre recorrer à sua família em busca de ajuda. Contudo, nenhum usuário referiu que está sempre satisfeito com o apoio da família em suas decisões, e com o tempo que compartilha com os entes. Quando questionados sobre o auxílio familiar para seguir o tratamento prescrito, 38,0% referiram não receber nenhum auxílio. Entre os usuários que recebem auxílio, a maioria recebe dos cônjuges, 50,0%, e filhos (as), 37,5% (FERNANDES; HENRIQUES, AMENDOLAS, 2014).

A pessoa idosa com DM pode enfrentar prejuízos de ordem financeira, pessoal e social. A não disponibilização de alguns medicamentos pelo SUS, embora a Lei 11.347 garanta medicamentos e insumos gratuitamente à pessoa com DM

(BRASIL, 2006), faz com que as famílias mobilizem esforços para possibilitar o tratamento da doença, acarretando prejuízos financeiros.

Os serviços de saúde, atenção básica e serviço especializado, também foram mencionados como fonte de apoio para a realização do tratamento, uma vez que possibilitam o acompanhamento do DMT2 e da terapêutica medicamentosa, bem como informações sobre a doença, dentre outras questões. Com isso, os serviços de saúde são fatores que influenciam na gestão do regime terapêutico.

Meu apoio no tratamento é só no posto. No dia-a-dia é tudo comigo, sem ninguém mais. A doutora (do CID) que nos ajuda. Agora que eu vou me tratar com especialista, foi a primeira vez que fui lá (CID), antes eram só médicos do postinho, que me davam remédios que eu tomo, os que eu tenho na receita. (P2- 75 anos – masculino)

O apoio da equipe multiprofissional da atenção primária, destacando a Estratégia Saúde da Família, ao favorecer o conhecimento e incentivar atitudes que garantam o manejo adequado do DM, pode auxiliar prevenindo as manifestações crônicas e incapacitantes da doença (VALENTIM; HADDAD; ROSSANEIS, 2015). Em pesquisa, no que concerne à procura pelos serviços de saúde/médico, 37,4% referiram não achar necessário, 7,4% não utilizam devido à dificuldade financeira, 6,6% pela falta de tempo e 3,3% pela dificuldade de acesso geográfico. Em relação aos benefícios da utilização dos serviços de saúde, constatou-se que aqueles que utilizam aderem mais à dieta alimentar (MENDES *et.al.*, 2011).

A religiosidade/espiritualidade mostrou-se de grande valia, já que auxilia a pessoa idosa a manter-se bem diante do complexo regime terapêutico do DMT2. Os relatos demonstram que a religiosidade é fator facilitador da gestão do regime terapêutico, uma vez que auxilia a partir do momento que permite a socialização com demais pessoas, possibilita conhecer outras realidades e confortar-se com sua situação, vislumbra compreender que as dificuldades são existentes, e que se deve encontrar meios para entendimento.

Além disso, auxilia a encarar a vida como uma oportunidade que precisa ser aproveitada, a aceitar a doença como vontade que independe de nosso querer e procurar realizar o melhor para si. Outra questão que se apresentou importante, no que tange à religiosidade, foi o estímulo ao porte de cartão de identificação das enfermidades, alergias e opções religiosas pela pessoa idosa, o que geraria

benefícios a partir do momento que facilita a conduta dos profissionais de saúde frente as intercorrências oriundas dessas pessoas idosas com DMT2.

Eu sou Testemunha de Jeová, já faz 40 anos. Eu tenho um grupo de amigas, fazemos um trabalho de casa em casa, para levar instrução bíblica, e a gente encontra pessoas em pior situação, e isso já nos deixa melhor conosco. As dificuldades são para todos, não se está isenta por ser religiosa, mas a gente tem um jeito melhor de lidar com as situações, modo melhor de encarar e solucionar problemas [...] Eu tenho até um cartãozinho que eu porto, se acontece alguma coisa comigo, e eu precisar ser medicada, e não tenho como falar. Aquele cartãozinho uso junto com a identidade para todo lado que eu vou. Tem ali que sou hipertensa, diabética, tenho hipotireoidismo e Parkinson e que sou alérgica. Esse cartão é da própria congregação que eu frequento. E tem a questão do sangue, que já serve para orientar, é uma escolha que a pessoa faz, não é regra, vai até em cartório registrado. (P3 – 66 anos – feminino)

Sou espírita. [...] Eu acredito que nós temos um tempo, e esse tempo temos que aproveitar. Como me deram essa oportunidade de aproveitar, estou aproveitando. (P4 – 71 anos – masculino)

Eu estou na igreja evangélica, acompanho a filha. Eu acho que é uma coisa que a gente aprende a aceitar a doença e ter fé em Deus para seguir, porque sem fé não dá. E eu aceito como uma coisa de Deus mesmo, então, a gente tem que fazer a nossa parte, para Deus nos ajudar! Acho eu que é assim! (P5 – 72 anos – feminino)

Sou católica e freqüento a igreja. A minha fé é muito grande, não deixo esmorecer. Às vezes, eu estou louca de dor, estou chorando de dor, e começo a rezar. Rezo e, quando eu vejo, eu não estou mais chorando e nem com dor. Tanta fé! Eu costume mexer: uns tem fé demais, outros tem fé de menos! Eu quase perdi a visão, e voltei a enxergar novamente, isso tudo é através de muita oração e muita fé. Eu sou devota de Santa Rita de Cássia, nasci no dia dela, então isso, para mim, é muito importante. (P8 – 62 anos – feminino)

A fé para os idosos apresenta-se como um alicerce para amenizar suas aflições e para a busca incessante pela cura, acreditando, assim, receber alguma força superior e proteção para enfrentar o cotidiano com o DM. As pessoas procuram o resgate da fé para dar sentido à vida, principalmente os idosos que vivem em situação de risco iminente representado pela doença. Os profissionais de saúde devem rever sua escuta, que tem de ser voltada aos aspectos sociais e culturais. Essa necessidade é explícita ao constatar a procura por pessoas que promovam a fé em detrimento do aspecto patológico (SOUZA *et.al.*, 2012).

Outra fonte de apoio à pessoa com DMT2 é o grupo de pessoas com DM, que se reúne no CID, serviço especializado do hospital. Dentre as pessoas idosas da pesquisa, apenas uma participante frequenta o grupo esporadicamente, isto ocorre devido à sua situação de saúde e a dificuldade de locomoção. Refere ser

uma atividade de valia por acrescentar novos conhecimentos.

Outro integrante do estudo mencionou que sua participação no grupo de apoio não foi válida, uma vez que as temáticas abordadas não colaboram com seu conhecimento pré-existente, adquirido ao longo dos anos portando o DM. Alguns participantes referiram serem conhecedores da existência do grupo através de outras pessoas, porém não frequentam por motivos diversos, dentre eles, a falta de tempo. Ainda, outros mencionaram não conhecer o grupo de apoio e uma pessoa referiu não ter frequentado, mas saber da existência através de terceiros, que teceram boas referências em relação ao mesmo.

Já frequentei, duas vezes. O que eles falavam lá, eu já sabia sobre a doença. Eu não achei interessante o grupo. O que as outras pessoas falavam, que tomavam refrigerante, isso eu já sei há muito tempo. Eu tomava um litro. Acho que isso para eles, de que não pode tomar, é novidade. Para mim, não era mais, que não poderia fazer essas coisas. (P1 – 68 anos – masculino)

Conheço. O CID existe há trinta e poucos anos, mas eu nem faço mais parte do grupo. Eu tive apoio em um grupo desses que existia na época. Tinha psicólogo. Quando descobri, tinha esse apoio todo, explicações. Aprendi a fazer as injeções em mim, quer dizer, tudo sempre tem apoio. Esse grupo ainda não frequento, porque quando eu fui fazer a cirurgia do olho, eu fiquei cinco anos afastada. Eu me afastei do sistema e fui cortada. Quer dizer que para voltar para o sistema de novo, demorei, não conseguia, foi muito difícil. Alguém me disse: Vai no postinho, consulta com um clínico geral para ele te encaminhar. Foi como eu consegui voltar. (P5 – 72 anos – feminino)

Não, não frequento, mas já ouvi falar. Fazem atividades físicas, tem palestras. Não tenho interesse em participar, porque não tenho muito tempo. Cuido uma neta que estuda, me dedico à igreja também. Mas sei que é bom, porque conheço pessoas que participam e gostam bastante. (P7 – 65 anos – feminino)

Eu já fui, um dia. Até ontem tinha que ter ido, ia ter uma espécie de ginástica, uma zumba, e uma festinha de Dias das Mães, aí eu não quis ir. Eu disse: Ah, vou chegar lá e vou ter que dançar. Para agachar, para dobrar, para virar, qualquer movimento é um horror de tanta dor na minha coluna. Tem que pegar ônibus, tem que caminhar duas ou três quadras, pegar o elevador. Só para olhar? Eu achei melhor não ir! Eu aprendi muitas coisas. Elas mostraram plantas medicinais que ajudam a baixar o Diabetes, até guardei as folhas. Eu achei muito legal! Contribuiu bem! Se eu não tivesse com dor, eu teria ido, mas louca de dor... (P8 – 62 anos – feminino)

Os grupos de apoio atuam como facilitadores da gestão do regime terapêutico a partir do momento que favorecem a aquisição de conhecimentos e a interação entre as pessoas diabéticas e entre estas e os profissionais de saúde. Um estudo realizado com pacientes diabéticos que haviam participado de programa educativo há 5 anos em um serviço de atenção primária, com duração de 12 meses, revelou

que em relação aos conhecimentos, 76,8% demonstrou conhecimentos quanto às complicações crônicas, 76,3% quanto aos cuidados com os pés, 72,5% quanto à automonitorização da glicemia capilar e 72% quanto ao conceito, fisiopatologia e tratamento (CHAGAS *et.al.*, 2013). Desta forma, observa-se que as ações educativas, que ocorrem nas atividades nos grupos de apoio, podem constituir-se de grande valia, já que os participantes, mesmo após um longo período de tempo, demonstram conhecimentos acerca de sua patologia.

Os profissionais de saúde necessitam ocupar um espaço de orientação e diálogo, que não se limitem a informações do que não se deve fazer, e isto é referido pelos participantes do estudo (FRANCIONI; SILVA, 2007). Os grupos de apoio visam contribuir com conhecimentos quanto às exigências do DMT2 e para isto é indispensável compreender as expectativas, as necessidades, a cultura, os hábitos de vida, o grau de instrução dos participantes. Ou seja, é necessário conhecer e compreender o contexto no qual a pessoa idosa está inserida e suas demandas individuais e específicas. O conhecimento que as pessoas idosas com DMT2 e seus familiares possuem em relação à doença pode influenciar na gestão do regime terapêutico e, conseqüentemente, na manutenção da QV.

Quanto ao sucesso do tratamento, condições/fatores foram elencados como determinantes para o alcance, como: agir corretamente, cuidar da alimentação e de ferimentos, ter pensamento positivo e fé, ter paz interior, ter medo das conseqüências, frequentar o médico, estar informada, fazer exercício físico, tomar medicação e fazer dieta associada à atividade física.

É fazer as coisas corretas, o máximo corretas que eu possa fazer. (P2 – 75 anos – masculino)

O cuidado com a alimentação, cuidar ferimentos. Fazer o tratamento como tem que ser, e, principalmente, ter o pensamento positivo, a gente se gostar. E a fé. O cultivo da fé faz a gente ter um pensamento positivo, e pensamento positivo traz benefícios para o corpo. (P3 – 66 anos – feminino)

O que eu considero importante é a minha paz interior. (P4 – 71 anos – masculino)

Eu acho que sem o tratamento a gente não vive. Tu queres durar mais um tempo, tu não queres que venham outras conseqüências, porque se tu não te cuidar, não fizer o tratamento, aí começa a vir. O medo das conseqüências de não cuidar. Uma coisa que é importante é estar informada. Esses são os cuidados que eu tenho. O médico, ir nos dias que tenho consulta. Então, é isso aí. (P6 – 65 anos – feminino)

A medicação, os exercícios físicos, a dedicação em tomar os remédios, porque há pessoas que não tomam. Acho que fazendo tudo direitinho se tem uma vida saudável. (P7 – 65 anos – feminino)

A dieta. A dieta é o principal. E fazer algum esforço físico quando a gente pode fazer, quando tem condições. (P8 – 62 anos – feminino)

Percebe-se que a maioria das pessoas do estudo compreende que, para o sucesso do tratamento, é necessário uma boa adesão à terapêutica recomendada, ou seja, uma gestão adequada do regime terapêutico. Salienta-se ainda que foi mencionado que os fatores emocionais também exercem influência, sejam os sentimentos de paz ou de medo, conforme os relatos já descritos.

Pesquisa realizada com 84 pacientes com DM, com o objetivo de conhecer o significado da doença na óptica de adultos atendidos pela rede básica de saúde, corroborou com os achados, ao demonstrar que os participantes atribuem os seguintes significados ao DM: devem aderir a uma terapia nutricional mediante restrição alimentar; ter consciência sobre a relevância da atividade física para o controle dos níveis glicêmicos; utilizar corretamente as medicações para o controle da doença; evitar o estresse para minimizar os riscos de complicações; prevenir as neuropatias periféricas, visto que os mesmos enfatizam os cuidados com os pés; saber que o diabetes é uma doença passível de controle, embora seja uma doença incurável por ser de natureza crônica (OLIVEIRA *et.al.*, 2015).

Quanto aos obstáculos encontrados no tratamento do DM2, a maioria dos participantes referiu dificuldades no que tange à aquisição de medicamentos e insumos, em virtude da carência ou não padronização no SUS, gerando gastos extras às pessoas com a doença, comprometendo o orçamento familiar, e acarretando em interrupções no tratamento medicamentoso pela dificuldade financeira. A dificuldade para a aquisição de alimentos próprios para consumo, decorrente dos elevados preços, foi outra questão mencionada, que gera gastos e é fator que dificulta a terapêutica. Além disso, a dificuldade na marcação de consultas no serviço especializado, o espaçamento entre as consultas e as regras e burocracias envolvendo encaminhamentos necessários para o acompanhamento das comorbidades, também foram relatados como fatores dificultadores.

No atendimento. É que de primeiro era mais facilitado na FURG, as consultas eram mais próximas. Claro que, se houver uma emergência, que eles veem que tem algum problema, tem que agendar uma consulta mais próxima, eles agendam. Gostaria de ter um atendimento mais próximo um do outro, é como muitos estão achando lá, não sou só eu. A gente vê os comentários no CID. Outro obstáculo são os agendamentos com especialistas, que tem que ser agendados pelo posto. O que também é uma regra do SUS, não é com eles. (P3 – 66 anos – feminino)

O obstáculo está em dar cobertura para o tratamento, estou sem assistência médica, praticamente há quase um ano. Eu venho aqui, e foi estabelecido para tal data. Às vezes, não é porque acaba o número de fichas, é porque os médicos estão de férias. A orientação médica é muito importante, então, o abandono é pior ainda. Eu acho que cada caso deveria ter uma atenção, uma prioridade. A dificuldade é de ter contato com o médico, porque o prazo é muito longo. A doença se propaga a qualquer momento, é muito complicado. O prazo para muita gente pode ser o princípio para o desligamento da vida. (P4 – 71 anos – masculino)

A coisa mais difícil é a dieta, por eu ser pobre, porque está tudo muito caro. Os produtos dietéticos que a gente tem que usar é muito fora do alcance. Algumas medicações eu consigo na farmácia popular. A minha filha me ajuda nessas dos olhos, porque não faz parte. A pomada no olho cego e colírio, já estão em R\$ 140,00 e R\$ 150,00. A minha filha quando vê que eu preciso das coisas, já fica... (P5 – 72 anos – feminino)

Os obstáculos são os remédios que são muito caros, não é sempre que o INPS tem, e eu tomo muitos. Tem épocas que não dá para comprar. Falta e tem que comprar, e cadê o dinheiro? Aí eu trabalho, faço tricô, faço crochê, faço bordado, mas eu não cobro caro, senão não tenho fregueses. Faço muita costurinha, muita bainha, muita coisinha, que é o que me rende mais, tem que fazer dez bainhas para conseguir um dinheirinho bom que é para comprar um remedinho. A fruta mesmo, o diabético é na base da fruta. A fruta está caríssima! Com um salário mínimo, de que jeito comprar fruta? Tu compras essa semana, mas semana que vem, tu já não compra. (P8 – 62 anos – feminino)

A insulina que eu uso o governo não dá. Antes, a insulina era em um vidrinho. Às vezes, eu conseguia, outras, não tinha no INPS. Custa R\$ 70,00. E tem as agulhas, porque na caneta vem uma só. Enalapril e Metformina consigo pelo INPS, mas o Cilostazol, a Sinvastatina e a insulina, não. Eu verifico a glicose dia sim dia não, porque as fitinhas são muito caras. Aí resolvi trocar agora. Mês passado a minha filha foi comprar as fitinhas, comprou outra marca, com aparelho, são mais baratas. (P10 – 75 anos – feminino)

No que diz respeito à dificuldade em realizar consultas com profissionais de saúde, estudo realizado também demonstrou demora, uma vez que o tempo médio da última consulta médica foi de 2,2 meses (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2012).

No que tange à satisfação quanto à terapia medicamentosa oferecida pelo SUS, em estudo conduzido, 70, 80% referiram estar satisfeitos, 12,50% insatisfeitos e 16,70% não utilizam. Assim, aqueles que não conseguem obter todos os medicamentos recomendados recorrem às farmácias privadas (TESSER; BITENCOURT, 2015). É garantido por lei o fornecimento de medicamentos e de

insumos, contudo estes ainda são ofertados de forma insuficiente (CASTRO; GROSSI, 2008). Além disso, os alimentos adequados para consumo das pessoas diabéticas possuem elevados custos.

Os gastos não se limitam à aquisição dos medicamentos e alimentos, mas também com as tecnologias para controle glicêmico, como as fitas de hemoglicotestes; insumos, como seringas, agulhas; gastos com consultas de saúde; dentre outros. A família compromete parte de seu orçamento mensal para garantir a continuidade do tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DM apresenta-se como enfermidade que leva ao aumento da glicemia, podendo acarretar sérios danos à saúde das pessoas. Constitui-se como doença crônica não transmissível mais comum nas pessoas idosas. Seu impacto relaciona-se com o complexo regime terapêutico exigido para o tratamento e a possibilidade de complicações microvasculares e macrovasculares que poderão comprometer a autonomia, a independência e a qualidade de vida (QV). Diversos fatores atuam como facilitadores e dificultadores da gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DMT2. A educação em saúde norteia o cuidado de enfermagem a essas pessoas.

O objetivo do estudo consistiu em identificar os fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DMT2. A análise dos dados permitiu a caracterização dos participantes do estudo, além do conhecimento acerca da descoberta da doença, da aquisição dos conhecimentos e do perfil clínico e da gestão do regime terapêutico.

Quanto à caracterização das pessoas idosas, neste estudo, a maioria era do sexo feminino, com idade média de 68,5 anos, natural do Rio Grande/RS, com ensino fundamental incompleto, casados, aposentados, católicos, com renda familiar de três salários mínimos e residentes com cônjuge/companheiro(a). Em relação à descoberta do DMT2, constatou-se a ocorrência na faixa etária dos 40 anos de idade, através de exame de glicemia de rotina. O principal sintoma que culminou na descoberta foi a polidipsia, os participantes tinham histórico familiar, e a maioria dos participantes apresentou tempo de diagnóstico superior a 10 anos.

O processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências aconteceu a partir do momento do diagnóstico em consulta no serviço especializado, e foi possibilitado pelo profissional que acolheu/assistiu a pessoa com a enfermidade, o médico. Profissionais de saúde, como enfermeiros e nutricionistas, e multiplicadores de informações/conhecimentos em DM também atuaram como meios de formação de conhecimentos, com contribuições para a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DMT2.

A instrumentalização para a gestão do regime terapêutico ocorreu tão logo deu-se a descoberta da doença. A prática educativa foi pautada: nos aspectos conceituais da doença, nos cuidados no que se refere à alimentação, nos cuidados

com os pés, no incentivo à atividade física, na informação quanto aos sinais e sintomas das descompensações, nas complicações crônicas do DMT2 e seus riscos à saúde e à QV e na importância da adesão à terapêutica medicamentosa. A prática educativa mostrou-se efetiva, uma vez que os participantes demonstraram conhecimentos acerca dos cuidados necessários para a gestão do regime terapêutico do DMT2.

Constatou-se que as pessoas idosas buscam constantemente informações sobre a doença. Para isso, realizam leituras de folhetos informativos e acompanham reportagens televisivas sobre a temática, o que demonstra a ânsia por novos conhecimentos que as auxiliem a gerir seus regimes terapêuticos. A experiência prévia e atual com a doença através do convívio com familiares/amigos com DMT2 mostrou-se como fator que possibilitou o conhecimento da patologia, dos fatores de risco, do tratamento, das modificações necessárias para o viver e conviver com a doença e das consequências da má gestão. Os participantes referiram não possuir dúvidas acerca da doença, atribuindo tal fato ao longo período portando o DMT2, ou seja, pelo conhecimento já adquirido. Contudo, constataram-se falhas na gestão do regime terapêutico, destacando os cuidados pertinentes à dieta alimentar.

Quanto ao perfil clínico das pessoas idosas do estudo, no que diz respeito às comorbidades, a hipertensão arterial e os problemas osteomusculares foram os agravos mais referidas pelos participantes. No que tange às complicações, destacaram-se a retinopatia diabética, a catarata, os problemas vasculares, o glaucoma, a nefropatia diabética, a disfunção erétil e a hipoglicemia.

Em relação à gestão do regime terapêutico do DMT2, a maioria referiu questões relacionadas à dieta alimentar, à atividade física, aos medicamentos e à insulina. A dieta alimentar destacou-se como a principal conduta para o tratamento da doença, no entanto, os participantes referiram abusos. As atividades físicas não são realizadas pela maioria das pessoas idosas, que alegam a ocorrência de problemas osteomusculares e oftalmológicos. Os praticam optam por caminhadas, realizadas de 3 a 5 vezes por semana.

As comorbidades e complicações mostraram-se como fatores que dificultam a gestão do regime terapêutico, já que exigem introdução de maior número de medicamentos, além de ocasionar um convívio com a sensação de dor contínua, decorrente de determinadas patologias. Os problemas osteomusculares e os oftalmológicos mostraram-se como dificultadores das ações de autocuidado,

principalmente em relação à prática de atividade física e a participação em grupos de apoio.

No que diz respeito às medidas farmacológicas, verificou-se a existência de polifarmácia. A insulinoterapia foi referida como medida de controle da glicemia pela maioria das pessoas idosas com DMT2, associada ao uso dos hipoglicemiantes orais. A monitorização da glicemia capilar mostrou-se relacionada ao uso da insulinoterapia. Os efeitos colaterais representaram o principal motivo que leva à interrupção da terapia farmacológica, bem como à modificação dos horários de tomada de medicação por conta própria.

Em relação à percepção de ser uma pessoa diabética, os participantes elencaram ser uma condição normal, ser parte da vida, que requer cuidados, que acarreta em limitações e que deve ser aceita. A aceitação está relacionada à manutenção da funcionalidade, a limitação é associada à restrição alimentar, principalmente o consumo de doces.

No que concerne à rede de apoio, foi demonstrado que é constituída pelos familiares, serviços de saúde, grupos de apoio e religiosidade/espiritualidade. A família auxilia através da proximidade/coabitação com a pessoa com DMT2, por meio de intervenções verbais, pela presença no cotidiano e pela ajuda financeira. Os serviços de saúde colaboram através do acompanhamento da doença e seu tratamento. Os grupos de apoio contribuem com conhecimentos e oportunidade de socialização. A religiosidade/espiritualidade destacou-se por proporcionar bem-estar, socialização, conforto, aceitação e estímulo ao autocuidado. A fé mostrou-se como um fator facilitador da gestão do regime terapêutico.

Quanto ao sucesso do tratamento, os participantes acreditam ser importante: agir corretamente, cuidar da alimentação e de ferimentos, ter pensamento positivo e fé, ter paz interior, ter medo das consequências, frequentar o médico, estar informado, fazer exercício físico, tomar medicação e fazer dieta e exercício físico associado, quando possível. Em relação aos obstáculos encontrados, foi referido: a falta ou ausência de padronização de medicamentos no SUS, o elevado preço dos alimentos próprios para consumo, a dificuldade em realizar consulta com profissional de saúde especializado, o espaçamento entre as consultas e as regras e burocracia envolvendo encaminhamentos necessários para o acompanhamento das comorbidades.

A pesquisa vislumbrou identificar os fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DMT2. A metodologia adotada possibilitou o desenvolvimento do estudo e alcance do objetivo. As limitações do estudo estão relacionadas à amostra, constituída por 10 participantes, cadastrados no CID, não possibilitando conhecer as realidades de outros serviços.

Acredita-se que a pesquisa possa corroborar na qualificação do cuidado de enfermagem, uma vez que permitiu identificar questões/fatores pertinentes à gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DMT2. Espera-se compartilhar com os demais profissionais de saúde na elaboração de estratégias viáveis e efetivas e que possa contribuir para a melhor QV, autonomia e independência das pessoas idosas com DMT2. Espera-se, igualmente, que o trabalho possa vir a colaborar com subsídios para a assistência oferecida pelo CID, e também para o ensino, pesquisa e extensão por meio de embasamento teórico e estímulo a novos estudos acerca da temática.

REFERÊNCIAS

ALBORGHETTI, K. T.; OLIVEIRA, M. A. da S.; SILVÉRIO, M. R. Diabetes mellitus tipo II em pessoas idosas: estratégias utilizadas pelos usuários da rede pública de saúde em um município do Sul de Santa Catarina. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 200-212, maio/ago. 2012.

ALCÂNTARA, A. M.; VESCE, G. E. P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. In: VIII Congresso Nacional de Educação da PUCPR - EDUCERE e III Congresso Ibero-Americano sobre violências nas escolas - CIAVE, 2008, Curitiba. **Anais do VIII Congresso Nacional de Educação da PUCPR - EDUCERE e do III Congresso Ibero-Americano sobre violências nas escolas** - CIAVE. Curitiba: Champagnat, 2008. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.

ALENCAR, L.L. de; TORRES, M. V; SANTOS, M. B. *et al.* Perfil epidemiológico de idosos com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Saúde do Idoso, p. 2972-89, 2014.

BACKES, V. M. S.; LINO, M. M.; PRADO, M. L. *et al.* Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.6, p. 858-65, nov/dez, 2008.

BORBA, A. K. de O. T. *et al.* Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. **Rev. Rene**, v.14, n.2, p. 394-404, 2013.

BRASIL. Lei 11.347 de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 27 set., 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei_N_11347.pdf> Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012, 12p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Caderno de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, n.36. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf> Acesso em: 29 jun. 2014.

CARDOZO, A. C. O.; MARTINS, Correlação entre o envelhecimento e a hereditariedade no desenvolvimento de Diabetes Mellitus Tipo 2: um estudo transversal analítico. **Revista de Divulgação Científica Sena**. Aires, v.2, p. 133-140, jul./dez., 2012.

CASTRO, A. D. R. V; GROSSI, S. A. A. Custo do tratamento do diabetes mellitus tipo 1: dificuldades das famílias. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 21, n.4, p. 624-8, 2008.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica**. 12 ed. São Paulo: Artmed, 2007.

CECILIO, H. P. M; ARRUDA, G. O; TESTON, E. F. *et al.* Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. **Acta Paul Enferm**, v.28, n.2, p. 113-9, 2015.

CINTRA, F. A; GUARIENTO, M. E; MIYASAKI, L. A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência e saúde coletiva** [online], v.15, n3, p. 3507-3515, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358 de outubro de 2009**: dispõe sobre a sistematização da assistência e implementação do processo de enfermagem [página da internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 2010. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html> Acesso em: 01 nov. 2014.

COSTA, A. A.; ALMEIDA NETO, J. S. de. **Manual de Diabetes: educação, alimentação, medicamentos, atividades físicas**. 5.ed. São Paulo: Sarvier, 2009.

CHAGAS, I. A. das; CAMILO, J; SANTOS, M. A. dos *et al.* Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.47, n.5, p. 1141-6, 2013.

DAIONE, A.; TAVARES, F. *O diabetes no mundo do direito*. *In*: COSTA, A. A.; NETO, J. S. de A. (Org.). **Manual de Diabetes: educação, alimentação, medicamentos, atividades físicas**. 5 ed. São Paulo: Sarvier, 2009.

DIAS, A. M. *et al.* Adesão ao regime terapêutico na doença cônica: revisão de literatura. **Revista Millenium**, 40, p. 201-209, 2011.

DIEHL, L. A. Diabetes: hora de rever as metas? *Arq Bras Endocrinol Metab*. **Revista Brasileira Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v.57, n.7, Oct., 2013.

DIREITO, R. M. P. C. **Gestão do regime terapêutico nas pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 numa Unidade de Saúde Familiar**. 2012. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo, 2012.

DONINI FILHO, L. A.; DONINI, F. A.; RESTINI, C. B. A. Impacto de um modelo de tratamento não farmacológico para diabetes e hipertensão no município de Rincão: projeto saúde e vida. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.8, n. 6, p. 509-12, 2010.

FARIA, H. T. G. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 47, n.2, p. 348-54, 2013.

FEIJÓ, A. M. *et al.* Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v.14, n.1, p. 50-56, 2012.

FERNANDES; A. M. T.; HENRIQUES, E. L. V.; AMENDOLAS, F. Características de usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo II com glicemia capilar alterada em um pronto atendimento municipal. **Revista Saúde** v.8, n. 1/2, 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FURG, **Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior**. Disponível em: <<http://www.hu.furg.br>> Acesso em: 20 jun. 2014.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. da. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. **Texto e contexto - enferm.** v.16, n.1, p. 105-111, 2007.

FREITAS, E. V. Diabetes mellito. In: FREITAS, E. V. de; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.1, p. 188-193, 2009.

GAUTÉRIO, D. P. *et al.* Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.46, n.6, p. 1394-9, 2012.

GIMENIS, H. T.; ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M.; TEIXEIRA, C. R. S. O Conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. **Ciência Cuidado & Saúde**. Maringá, v.5, n.3, p. 317-325, set./dez., 2006.

GROSSI, S. A. A. Manejo do Diabetes Mellitus sob a perspectiva da mudança comportamental. In; GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P. M. **Cuidados de enfermagem em Diabetes Mellitus**. Sociedade Brasileira de Diabetes, São Paulo, 2009.

GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P. M. **Cuidados de enfermagem em Diabetes Mellitus**. Sociedade Brasileira de Diabetes, São Paulo, 2009.

HAMMERSCHMIDT, K. S. de A.; LENARDT, M. H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n.2, p. 358-65, 2010.

HENRIQUES, J. *et. al.* Doença ocular diabética. **Acta Med Port** 2015 Jan - Feb;28(1):107-113.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas**. 6th edition. Brussels, Belgium, 2013. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

KOCH, R.M. *et al.* **Técnicas básicas de enfermagem**. Curitiba: Martinari, 2002.

LALLI, C. A.; TSUKUMO, D. M. L. Conceito, diagnóstico, classificação e complicações crônicas do Diabetes Mellitus. In: LIMA, M. H. de M.; ARAÚJO, E. P.. **Paciente diabético: cuidados em enfermagem**. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

LENARDT, Maria Helena *et al.* O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. **Texto Contexto Enfermagem**. v.17, n.2, p.313-20, 2008.

LESSMANN, J. C.; SILVA, D. M. G. V. da; NASSAR, S. M. Mulheres com Diabetes mellitus tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. **Acta Paul Enfermagem**, v. 25, n.1, p.81-6, 2012.

LIMA, M. H. de M.; ARAÚJO, E. P. **Paciente diabético: cuidados em enfermagem**. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

LYRA, R.; OLIVEIRA, M.; CAVALCANTI, N. Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.50, n.2, abri., 2006.

MARQUES, M. B. *et al.* .Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v.47, n.2, p. 415-420, 2013.

MATKSUDO, V. K. R. Atividades e exercícios físicos. *In*: COSTA; A. A.; NETO, J. S. de A. **Manual de Diabetes: educação, alimentação, medicamentos, atividades físicas**. 5 ed. São Paulo: Sarvier, 2009.

MELO, M. C. de *et al.* A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl.1), p. 1579-1586, 2009.

MENDES, T. de A. B. *et al.* Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. v.27, n.6, p. 1233-1243, 2011.

MILHOMEM, A. C. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em pessoas com diabetes tipo 2 mediante abordagem baseada no Modelo de Orem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.2, p.321-336, 2008.

MINAYO, M. C. de S.(org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MONIZ, J. M. N. Cuidar de pessoas idosas: as práticas de cuidados de enfermagem como experiências formadoras. **Revista Kairós**, São Paulo, v.11, n.1, p. 39-57, jun., 2008.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. do C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. Rev. Ijuí: Ed. Unijuí; 2013.

NASCIMENTO, A. B. do *et al.* A relação entre polifarmácia, complicações crônicas e depressão em portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.1, p. 40-6, 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA).

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2012.

OLIVEIRA, K. C. S. de; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.45, n.4, p. 862-8, 2011.

OLIVEIRA, G. K. da S.; OLIVEIRA, E. R. de. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. **VEREDAS FAVIP-Revista Eletrônica de Ciências**, v.3, n.2, jul-dez, 2010.

OLIVEIRA, J. S.; DIAS, J. A. A.; NERY, A. A. et.al. Diabetes Mellitus na óptica de adultos atendidos pela rede básica de saúde. **Revista de enfermagem UFPE**. Recife, 9 (Supl. 3), p. 7625-35, abr., 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Doenças Transmissíveis e Não-Transmissíveis**, 2014. Disponível em:

<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=463&limitstart=305> Acesso em: 20 nov. 2014.

PADILHA, J. M. dos S. C.; OLIVEIRA, M. F. dos S.; CAMPOS, M. J. A. Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.44, n.4, p. 1129-34, 2010.

PÉRES, D. S.; SANTOS, M. A. dos; ZANETTI, M. L. *et al.* Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-americano de Enfermagem**, v.15, n.6, nov/dez, nov./dez., 2007.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. de F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, v.19, n.5, [9telas], 2011.

POLIT D. F.; BECK C. T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADA, P. de O. **Cuidados nutricionais ao paciente com Diabete Melito**. In: LIMA, M. H. de M.; ARAÚJO, E. P. **Paciente diabético: cuidados em enfermagem**. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

RIBEIRO, J. P.; ROCHA, S. A.; POPIM, R. C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Esc. Anna Nery**. v.14, n.4, p. 765-771, 2010.

ROCHA, K. S. C.; FILHO, A. M. Diabetes mellitus: o conhecimento dos pacientes acerca do autocuidado. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 1, p. 98-106, jan./fev./mar., 2015.

SÁNCHEZ, B. M. V. Nível de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. **Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos**, v.8, n.6, p. 21-27, 2010.

SANTOS, L. B. dos. **Intervenções de enfermagem para pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 em consulta ambulatorial**. 2009. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SANTOS, J. C. dos; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.46, n.5, p.1125-1132, 2012.

SANTOS, E. A. dos. *et al.* Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. **Revista da Escola de Enfermagem**, v.47, n.2, p.393-400, 2013.

SANTOS, A. de L.; CECILIO, H. P. M.; TESTON, E. F. et al. Complicações microvasculares em diabéticos Tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20. n.3, p. 761-770, 2015

SILVA, D. M. G. V. da; HEGADOREN, K. L. G. As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, v.20, n.3, [9 telas], 2012.

SILVA, L. M. C. da. et al. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.44, n.2, p. 462-8, 2010.

SILVA, P. L.; REZENDE, M. P.; FERREIRA, L. A. Cuidados com os pés: o conhecimento de indivíduos com diabetes mellitus cadastrados no programa saúde da família. **Enfermería Global**, n. 37, p.1-13, Enero, 2015.

SOUSA, L. X. M. de; CARVALHAIS, M. D.; CARVALHAIS, L. D. O cuidado em enfermagem a pessoas idosas dependentes: cuidados domiciliares, hospitalares e continuados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.3, p. 644-53, jul/set, 2012.

SOUZA, N. M. G. et al. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes Mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.1, p. 139-146, 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014a**. Disponível em:

<<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>>.

Acesso em: 29 nov. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Conduta terapêutica no Diabetes Tipo 2: algoritmo 2014**, nº 1, 2014b. Disponível em: <<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/349-->

[CondutaTerapeuticaDM_SBD2014.pdf](#)>. Acesso em: 30 nov. 2014.

TAVARES, D. M. dos S.; DRUMOND, F. R.; PEREIRA, G. de A. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. **Texto e contexto Enfermagem**, v.17, n.2, p. 342-349, 2008.

TESSER, J.; BITENCOURT, R. M. de. Perfil dos pacientes diabéticos tratados pelo Sistema Único de Saúde no posto central do Município de Campos Novos, SC. **Unoesc & Ciência - ACBS Joaçaba**, v. 6, n. 1, p. 97-104, jan./jun., 2015 .

VASCONCELOS, F. de F. *et al.* Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza - CE. **Acta paul. Enfermagem**, v.18, n.2, p. 178-183, 2005.

VALENTIM, S. A.; HADDAD, M. C. L.; ROSSANEIS, M. A. dificuldades vivenciadas pelo portador de Diabetes Mellitus residente em distrito rural. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v.9, n.4, p. 7330-7, abr., 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Meu nome é Sheila Silveira Costa, sou enfermeira, discente do Curso de Mestrado em Enfermagem da FURG e responsável por esta pesquisa, sob a orientação da Profª Drª Enfª Marlene Teda Pelzer. Convido você a participar desde estudo, que tem como objetivo: identificar os fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com Diabetes Mellitus Tipo 2. Para tal, solicito que o(a) Senhor(a) me conceda uma entrevista que será voluntária e sem encargos financeiros.

A entrevista será gravada em aparelho MP4 e, posteriormente, transcrita para um papel, para que possa ser analisada. Informo que não é necessária sua identificação e será preservado seu anonimato. O material utilizado nesta entrevista será arquivado, em local seguro, por um período de cinco anos, no qual o(a) Senhor(a) poderá ter acesso sempre que solicitar. Após transcorrido este período, a entrevista será apagada e o material impresso destruído. Salienta-se que informações desta pesquisa poderão ser publicadas em eventos e publicações científicas. O(a) Senhor(a) poderá desistir da entrevista em qualquer momento sem que isso lhe traga algum prejuízo. Em caso de dúvidas, poderá contactar pelo endereço eletrônico e/ou telefones abaixo. Desde já agradeço sua colaboração.

Pesquisadoras responsáveis:

Sheila Silveira Costa

Marlene Teda Pelzer

Tel: (53) 32322287

Tel (53) 32330315

Email: sheilasilco@hotmail.com

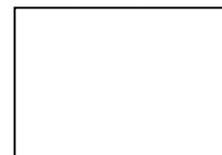
Email: pmarleneteda@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS/FURG

Telefone: (53) 32330235

Declaro que aceito participar da pesquisa, sem que tenha sofrido qualquer pressão para tanto.

Assinatura ou digital do participante: _____



Assinatura do Pesquisador Responsável: _____.

Rio Grande, RS, ____ de _____ 2015.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROJETO DE DISSERTAÇÃO DO CURSO DE MESTRADO EM
ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data:

Nº. da entrevista:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome (Iniciais):

Data de Nascimento:

Sexo:

Naturalidade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Renda familiar:

- 1) Fale-me sobre o momento em que descobriu a doença, como foi, de que forma foi sua descoberta? Há quanto tempo é diabético?
- 2) Na sua família já aconteceu de outras pessoas terem esse problema de saúde e o Senhor(a) acompanhar de perto ou conviver com esse familiar? Como foi essa experiência?

- 3) Fale-me sobre as informações que recebeu sobre o DM, como ficou sabendo sobre os cuidados e o tratamento? De onde vieram as informações? Quem foram os profissionais que falaram sobre isso?
- 4) Fale-me como é o seu tratamento para o DM?
- 5) Possui dúvidas sobre a doença e o tratamento?
- 6) O que é para o Senhor(a) ser uma pessoa diabética? Como se sente?
- 7) Mora sozinho, com cuidador, familiares? Alguém lhe apoia/auxilia no tratamento?
- 8) O Senhor(a) possui outros problemas de saúde além do DM? Qual/Quais?
- 9) Possui alguma complicação do DM? Qual/Quais?
- 10) O senhor(a) conhece o grupo de apoio ao diabético do CID, já frequentou ou frequenta? Se frequenta, como isso lhe auxilia no tratamento do DM?
- 11) Possui alguma crença religiosa?
- 12) O que o Senhor(a) considera importante para o sucesso de seu tratamento?
- 13) Fale-me dos obstáculos que o Senhor(a) encontra em seu tratamento?

Agradeço a colaboração!

Assinatura do entrevistador: _____

Assinatura do entrevistado (casos específicos): _____

Impressão digital do entrevistado (casos específicos):





APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA IDOSA PORTADORA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Meu nome é Sheila Silveira Costa, sou enfermeira, discente do Curso de Mestrado em Enfermagem da FURG e responsável por esta pesquisa, sob a orientação da Profª Drª Enfª Marlene Teda Pelzer. Convido você a participar desde estudo, que tem como objetivo: identificar os fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2 e propor ações de enfermagem que auxiliem a pessoa idosa portadora de Diabetes Tipo 2 a gerir seu regime terapêutico. Para tal, solicito que o(a) Senhor(a) me conceda uma entrevista que será voluntária e sem encargos financeiros.

A entrevista será gravada em aparelho MP4 e, posteriormente, transcrita para um papel, para que possa ser analisada. Informo que não é necessária sua identificação e será preservado seu anonimato. O material utilizado nesta entrevista será arquivado, em local seguro, por um período de cinco anos, no qual o(a) Senhor(a) poderá ter acesso sempre que solicitar. Após transcorrido este período, a entrevista será apagada e o material impresso destruído. Saliencia-se que informações desta pesquisa poderão ser publicadas em eventos e publicações científicas. O(a) Senhor(a) poderá desistir da entrevista em qualquer momento sem que isso lhe traga algum prejuízo. Em caso de dúvidas, poderá contactar pelo endereço eletrônico e/ou telefones abaixo. Desde já agradeço sua colaboração.

Pesquisadoras responsáveis:

Sheila Silveira Costa

Tel: (53) 32322287

Email: sheilasilco@hotmail.com

Marlene Teda Pelzer

Tel (53) 32330315

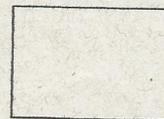
Email: pmarleneteda@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS/FURG

Telefone: (53) 32330235

Declaro que aceito participar da pesquisa, sem que tenha sofrido qualquer pressão para tanto.

Assinatura ou digital do participante: _____



Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Rio Grande, RS, _____ de _____ 2014. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG

Eli Sinnott Silva
Profª. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde CEPAS

Aprovado no CEPAS/FURG em 02/04/15.



CEPAs / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 35/2015

CEPAS 07/2015

23116.008770/2014-11

CAAE: 41766914.0.0000.5324

Título da Pesquisa: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA IDOSA PORTADORA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Pesquisador: Sheila Silveira Costa

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 21/2015, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA IDOSA PORTADORA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final:** 01/09/2015

Rio Grande, RS, 02 de abril de 2015.

Eli Sinnott Silva

Prof^a. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG