

Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado

Elderly diabetics: the reasons for the self-care in elderly with diabetes

Paula Akemi Nagai
Rosa Yuka Sato Chubaci
Anita Liberalesso Neri

RESUMO: Diante do envelhecimento populacional, o *Diabetes mellitus* ganha uma nova dimensão, já que a prevalência entre idosos é alta. Como a presença de comorbidades e da polifarmácia é comum, nessa faixa etária, as consequências do *Diabetes mellitus* nos idosos que podem ser mais severas que nos jovens. Portanto, este estudo teve como objetivos: 1) investigar o conhecimento dos idosos diabéticos em relação ao *Diabetes mellitus* e 2) identificar as motivações dos idosos no autocuidado em relação ao *Diabetes mellitus*. Fizeram parte da pesquisa vinte pessoas de ambos os sexos, com idades a partir dos 60 anos, residentes no bairro de Ermelino Matarazzo, na zona leste do município de São Paulo, que participaram da Rede Fibra “Perfis de fragilidade em idosos brasileiros” e que se declararam diabéticos. Os depoimentos foram analisados de forma qualitativa, segundo o referencial da Fenomenologia Social, de Alfred Schütz. O conhecimento das complicações da doença, muitas vezes por intermédio de familiares e amigos que as vivenciaram, constitui o principal “motivo por quê” eles realizam o autocuidado. Dentre os “motivos para” realizarem o autocuidado, destaca-se a expectativa de viver bem, sem as complicações da doença. A partir dessas informações, será possível elaborar estratégias de intervenções apropriadas a este grupo social.

Palavras-chave: *Diabetes mellitus*; Autocuidado; Idosos; Fenomenologia Social.

ABSTRACT: *Due to the population aging, diabetes mellitus gains a new dimension, since the prevalence is high among the elderly. Comorbidities and polypharmacy are very common in this age group, so the consequences of diabetes mellitus in the elderly may be more severe than in the young. Therefore, this study aimed to: 1) investigate the knowledge of elderly diabetics in relation to diabetes mellitus and 2) identify the motivations of older people to self-care in relation to diabetes mellitus. Twenty persons participated, men and women, aged from 60 years living in the neighborhood of Ermelino Matarazzo, in the east of the city of São Paulo who participated in the “Rede Fibra”, a Brazilian study about the profile of fragility elderly who were auto-declared diabetics. The interviews were analyzed qualitatively according to the Social Phenomenology of Alfred Schütz. The main factor of motivation to their self-care was the knowledge of complications of the disease that they learned from their relatives and friends. Among the “reasons for” performing self-care, there is the expectation of living well, without the complications of the disease. From this information, one can develop intervention strategies appropriated to this social group.*

Keywords: *Diabetes mellitus; Self-Care; Elderly; Social Phenomenology.*

Introdução

A população idosa vem se tornando cada vez mais representativa no Brasil. De acordo com dados do IBGE (2008), a parcela da população com 60 anos e mais, que representava 6,07% da população total brasileira em 1980, aumentou para 9,49% em 2008 e estima-se que essa população venha a representar 29,75% do total em 2050, o que equivaleria a 64 milhões de idosos no país. Este envelhecimento populacional deve-se principalmente à queda nas taxas de fecundidade e de mortalidade e ao aumento da expectativa de vida.

A taxa de fecundidade total (TFT) diminuiu significativamente se compararmos os dados atuais aos da década de 60 (Carvalho & Garcia, 2003). Dados da PNAD revelam que a TFT caiu de 6,3 filhos por mulher em 1960 para 1,83 filhos por mulher em 2007 (PNAD, 2007). Por outro lado, a expectativa de vida do brasileiro ao nascer subiu significativamente, de 54,6 anos em 1960, para 72,6 anos em 2007 (IBGE, 2007).

Assim, a alta fecundidade que prevaleceu no passado e a redução da mortalidade nas idades avançadas resultaram em um envelhecimento populacional, isto é, em um crescimento relativamente mais elevado da população idosa, se comparado aos demais grupos etários (Camarano, 2002). Além disso, a melhoria nas condições de saneamento e infra-estrutura básica e os avanços da medicina e da tecnologia também são os principais determinantes do envelhecimento da população brasileira (Rodrigues & Rauth, 2006).

O envelhecimento populacional traz vários desafios para a sociedade. Dentre eles, destaca-se o aumento da incidência e da prevalência das chamadas *doenças crônicas não transmissíveis* (DCNT). Essas doenças são caracterizadas por um longo período de latência, por um tempo de evolução prolongado e por complicações diversas, que podem acarretar em graus variáveis de incapacidade e até mesmo levar a óbito (Lebrão & Duarte, 1007). Grande parte da carga dessas doenças pode ser evitada, uma vez que a causa principal não se encontra em fatores genéticos, mas em fatores modificáveis, relacionados ao ambiente e ao comportamento (Lebrão & Duarte, 2007).

Na maioria das vezes, estas condições crônicas são coexistentes nos idosos e, mesmo que não sejam necessariamente responsáveis pela sua morte, podem interferir em sua qualidade de vida quando não são devidamente acompanhadas, pois comprometem a independência e a autonomia das pessoas acometidas (Duarte & Lebrão, 2005). Portanto, os serviços de promoção da saúde devem ser desenvolvidos de forma que não somente prolonguem a expectativa de vida dos indivíduos, como também sejam voltados à melhoria e manutenção da qualidade do tempo restante de vida (Murphi & Cicilline, 2001).

O estudo SABE (2005) aponta o *Diabetes mellitus* (DM) como a terceira doença crônica mais frequente entre os idosos (17,9%) (Lebrão & Laurenti, 2005). O DM é um grupo de desordens metabólicas decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos, sendo caracterizado por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial (SBD, 2003).

O diagnóstico de DM é estabelecido a partir da identificação dos sintomas clássicos (poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso) e da análise de exames laboratoriais, como glicemia casual maior que 200 mg/dl, glicemia de jejum maior que 126 mg/dl e teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g) maior que 200 mg/dl (Brasil, 2006; SBD, 2007).

Por outro lado, muitas pessoas com DM são assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico e a adesão ao tratamento. No entanto, mesmo em indivíduos assintomáticos poderá haver hiperglicemia discreta, porém em grau suficiente para causar alterações funcionais ou morfológicas (SBD, 2003).

Atualmente, o DM é classificado de acordo com sua etiologia em quatro principais tipos:

1. O *DM tipo I* é caracterizado pela deficiência absoluta de secreção de insulina, devido, principalmente, à destruição autoimune das células beta pancreáticas (Silverthorn, 2003);

2. O *DM tipo II*, mais comum, abrange 85% a 90% do total de casos de diabetes e, geralmente, é diagnosticado após os 40 anos de idade, principalmente em indivíduos obesos. Neste caso, os pacientes apresentam uma redução na resposta à insulina nos tecidos periféricos (resistência à insulina) e, posteriormente, disfunção das células beta, que se manifesta pela secreção inadequada da insulina diante da resistência à mesma e à hiperglicemia (Maitra & Abbas, 2007).

3. O *DM gestacional* é caracterizado por hiperglicemia, de magnitude variável, quando diagnosticada pela primeira vez durante o período gestacional, que pode ou não persistir após o parto (Brasil, 2006);

4. Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos e infecções (SBD, 2007).

A hiperglicemia, quando não controlada, pode gerar complicações agudas e crônicas. A hiperglicemia aguda pode levar à cetoacidose diabética, ao coma hiperosmolar, à desidratação, infecções e ao aumento da adesividade plaquetária (Nasri, 2002). Em longo prazo, o DM pode levar à disfunção e até mesmo à falência de vários órgãos. Dentre as complicações crônicas, podemos citar a nefropatia – que pode evoluir para uma insuficiência renal – a retinopatia – que pode originar a cegueira – e a neuropatia – que pode estar associada a úlceras nos pés, amputações, artropatia de Charcot e manifestações de disfunção autonômica, como a disfunção sexual (SBD, 2003).

O número de adultos com diabetes no mundo aumentou significativamente, de 30 milhões, em 1985, para 173 milhões, em 2002; e ainda há projeções de que esse número atinja

300 milhões, em 2030 (SBD, 2007). No Brasil, a prevalência de indivíduos diabéticos era de 6 milhões, em 2005, com estimativas de que alcance 10 milhões de pessoas, em 2010 (Brasil, 2006).

Esse aumento ocorre como consequência do crescimento populacional, do aumento da população idosa, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência dos pacientes com diabetes (Brasil, 2006; SBD, 2007).

Para agravar ainda mais a situação, estima-se que cerca de 50% da população com diabetes não sabem que são portadores da doença (Brasil, 2006), e 20,2% dos diabéticos já diagnosticados não controlam a glicemia ou não sabem referi-la (Duarte & Lebrão, 2005). Como consequência, a diabetes se torna uma doença extremamente onerosa para os sistemas de saúde, para o próprio indivíduo diabético e para a sociedade, especialmente quando mal-controlada. A maior parte dos custos diretos de seu tratamento se relaciona as suas complicações, que muitas vezes podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas (Lebrão & Duarte, 2007; McLellan *et al.*, 2006).

Cerca de 4 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a diabetes e suas complicações, o que representa 9% da mortalidade mundial total – e muitas dessas ocorrências são prematuras (Brasil, 2006).

O risco de desenvolver diabetes tipo II aumenta com o avanço da idade, especialmente nos indivíduos com mais de 45 anos que apresentam hipertensão, taxas elevadas de colesterol e triglicérides, excesso de peso e sedentarismo (McLellan *et al.*, 2007). No Brasil, a prevalência de DM é de 17,4% na população com faixa etária entre 60 e 69 anos, o que representa cerca de seis vezes mais do que a prevalência na população entre 30 e 39 anos¹⁶.

Sabe-se que ocorre um declínio da tolerância aos carboidratos com o avanço da idade^{19,16} – fato este que pode estar relacionado a diversos fatores associados ao processo de envelhecimento, como aumento da massa adiposa, diminuição da massa magra, diminuição da atividade física, doenças coexistentes, maior ingestão de carboidratos e polifarmácia¹⁶. Por outro lado, a diabetes é frequentemente assintomático no idoso, devido a alterações nos rins e nos mecanismos clássicos da sede¹⁶.

As consequências do DM nos idosos podem ser mais severas que nos jovens, uma vez que a presença de comorbidades e da polifarmácia é comum nessa faixa etária²⁰. Doses elevadas de anti-inflamatórios corticosteroides, diuréticos tiazídicos e furosemida podem induzir o diabetes do tipo II¹⁹.

Os pacientes idosos apresentam maior risco de desenvolver as complicações da diabetes, tais como problemas renais, oftalmológicos (cegueira), perda da sensibilidade nas extremidades – que aumenta o risco de queda, fato este já tão frequente e tão preocupante no paciente idoso –, disfunção sexual (impotência), problemas cardiovasculares (infarto do miocárdio, angina e derrame cerebral), dentre outros, que muitas vezes já estão presentes por ocasião do diagnóstico da diabetes (Galhardo & Ávila, 2004).

O controle da glicemia requer cuidados que duram a vida toda e envolvem várias mudanças comportamentais do próprio indivíduo: uma nutrição adequada, medicações diárias, exercícios físicos programados, a automonitorização da glicemia, cuidados com o próprio corpo e uma educação permanente (Gil, Hadad & Guariente, 2008), perda ou manutenção de peso, não fumar, controle das dislipidemias e da pressão arterial (Brasil, 2006). Assim, pode-se dizer que o tratamento medicamentoso e não medicamentoso depende, principalmente, da atitude do próprio indivíduo frente ao autocuidado. O autocuidado pode ser definido como um conjunto de atividades que é iniciado e executado pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Foster, Janssens & Dorothea, 2000).

No entanto, o diagnóstico de *Diabetes mellitus*, o convívio e o manejo da doença podem desencadear reações emocionais comuns e frequentes, como sentimentos de ansiedade, angústia, raiva, revolta, medo, tristeza, culpa e depressão, que interferem, direta ou indiretamente, no desempenho do autocuidado (Santos-Filho, Rodrigues & Santos, 2008), afetando, assim, doentes e suas famílias (Brasil, 2006).

Vários estudos (Barsaglini, 2006; Welfer & Leite, 2005; Péres, Magna & viana, 2003; Merighi, 2000) documentaram dificuldades e resistências por parte dos pacientes diabéticos, principalmente com relação à restrição alimentar, à dosagem dos medicamentos, à atividade física e com relação à administração da insulina.

Estes estudos mostram, portanto, que não é suficiente apenas decidir quais intervenções preventivas de saúde serão implantadas; deve-se ter a preocupação de assegurar como essas recomendações serão de fato levadas adiante (Lebrão & Laurenti, 2005). Dessa forma, compreender as vivências dos idosos diabéticos no enfrentamento da doença pode ser crucial para assegurar o autocuidado, a fim de evitar futuras complicações e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Justificativa

Diante da alta prevalência do *Diabetes mellitus* na população idosa, e considerando-se as peculiaridades desta faixa etária, torna-se importante investigar o conhecimento dos idosos diabéticos sobre a doença, bem como compreender o significado que eles atribuem à mesma. Assim, ao identificar as motivações e dificuldades no autocuidado em relação ao diabetes, será possível propor uma atenção mais adequada a este grupo de idosos diabéticos.

Objetivos

1. Investigar o conhecimento dos idosos diabéticos em relação ao *Diabetes mellitus*;
2. Identificar as motivações e dificuldades dos idosos no autocuidado em relação ao *Diabetes mellitus*.

Método

Realizou-se um estudo qualitativo com vinte idosos diabéticos, residentes em Ermelino Matarazzo, na cidade de São Paulo, e que participaram previamente de um Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), realizado no mesmo bairro. Fizeram parte da amostra, 384 idosos de 65 anos. Esta amostra foi recrutada em domicílio e submetida a uma única sessão de coleta de dados em ambiente comunitário, com protocolo que incluiu variáveis sociodemográficas, medidas antropométricas e variáveis para obtenção dos critérios de fragilidade.

Para este estudo, o número de pessoas entrevistadas ($n = 20$) foi considerado suficiente, a partir do momento em que os depoimentos se tornaram repetitivos em seu conteúdo.

Os idosos que preencheram os critérios de inclusão (diabetes autorreferido, sem sintomas depressivos e de declínio cognitivo), para esta pesquisa, foram inicialmente contatados por telefone ou carta. Nesta ocasião, foram explicados os objetivos do estudo e os

procedimentos da coleta de dados. Os idosos – do sexo masculino e feminino – que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados na associação de amigos do bairro ou na própria residência, em data e horário conveniente a eles. Após a assinatura do Termo de Consentimento pelo idoso ou parente responsável (quando o idoso declarou-se analfabeto), a entrevista foi gravada e posteriormente transcrita para análise. Durante a entrevista, utilizou-se um gravador (áudio) e questões norteadoras.

Os princípios éticos desta pesquisa estão fundamentados na Resolução 196/96 sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (CNS, 1996).

Antes de iniciar a pesquisa, os idosos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre os procedimentos de coleta de dados, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e foi aprovada por meio do processo n.º 826/2009/CEP/EEUSP, porque atende às exigências da Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

As variáveis sociodemográficas e de saúde foram analisadas de forma quantitativa, por meio da análise estatística descritiva, com o auxílio dos *softwares* Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 7.0 e Microsoft Office Excel 2007.

Os depoimentos foram analisados de forma qualitativa. Foi utilizada a redução fenomenológica para a organização e categorização dos depoimentos obtidos. Para tanto, seguiu-se as indicações de pesquisadores em Fenomenologia Social (Parga, 1976; Jesus, 1998), Fustinoni (2000), Merighi, 2000), quanto à organização e categorização do material obtido.

De acordo com a abordagem fenomenológica, para compreender as ações sociais e suas significações, é necessário investigar os motivos que orientam essas ações. O “motivo para” é a orientação para a ação futura, de caráter subjetivo, e o “motivo por quê” está relacionado às vivências e conhecimentos consolidados no passado, sendo, portanto, objetivo (Schütz, 1974).

Buscamos investigar não somente o comportamento individual de cada pessoa, mas aquilo que pode constituir-se como uma característica típica de um grupo social que compartilha uma situação de vida semelhante, pois, segundo Schütz, vivemos e atribuímos significados aos fenômenos a partir de tipos que se estabelecem em nossa relação (Schütz,

1974). Assim, o “tipo vivido” surge da convergência nas intenções dos sujeitos em relação aos “motivos para” e “motivos por quê” (Schütz, 1974).

Resultados e Discussão

Os sujeitos desta pesquisa foram, em sua maioria, mulheres (75%). A idade dos participantes variou entre 63 e 85 anos, com média de idade de 71,5 anos. A maioria dos idosos declararam ser casados (45%); a seguir, os viúvos (25%); os divorciados (20%); e os solteiros (10%). Dentre os participantes do estudo, 80% dos idosos entrevistados relataram morar com algum familiar, sugerindo uma convivência intergeracional na própria residência. Dentre aqueles que relataram morar sozinhos, três idosos moram próximo à casa dos filhos ou sobrinhos (na casa de fundos), o que sugere que a maioria dos idosos entrevistados recebam algum tipo de apoio familiar, seja ele financeiro, social ou emocional.

A ajuda proporcionada pela família representa compromisso e contribui para a prevenção de danos gerados pela interrupção do tratamento farmacológico, além de constituir a primeira rede social de apoio ao indivíduo e exercer uma função protetora diante das tensões geradas pela vida cotidiana (Ataíde & Damasceno, 2006). A família pode influenciar na condução do tratamento ao motivar o autocuidado e ao demonstrar sentimentos de afeto, cooperação e solidariedade (Merighi, 2000).

Quanto à escolaridade, 85% não concluíram o ensino fundamental, 10% concluíram o ensino médio e 5% declararam-se analfabetos. Quanto à ocupação, 80% dos idosos entrevistados encontram-se aposentados, 15% referiram se dedicar apenas às tarefas do lar e 5% trabalham. Segundo dados do IBGE, entre os 13,8 milhões de idosos com 65 anos ou mais, 84,4% recebiam aposentadoria e/ou pensão; entre os idosos que continuavam trabalhando, a grande maioria (74,7%) era aposentada.

Entre os sujeitos da pesquisa, houve grande variação quanto ao tempo de diagnóstico do *Diabetes mellitus*; 35% descobriram há menos de 5 anos; 45%, de 5 a 10 anos; 10%, de 10 a 20 anos; e 10% descobriram há mais de 20 anos. Os pacientes com *Diabetes mellitus* tipo II geralmente são diagnosticados entre os 40 e 50 anos, e envelheceram com a patologia (Nasri, 2002).

Com relação ao tratamento medicamentoso, 65% dos idosos entrevistados utilizaram apenas hipoglicemiante oral; 10% utilizaram terapia combinada com hipoglicemiante oral e insulina; e 10% utilizaram apenas insulina. Os hipoglicemiantes orais mais citados foram a metformina e a glibenclamida. A glibenclamida é uma das sulfonilureias mais prescritas em nosso país, e a metformina é a principal biguanida em uso atualmente, indicada para pacientes com excesso de peso (Nasri, 2002).

Três idosos relataram que não utilizavam medicamento para o controle do *Diabetes mellitus*, porque não receberam orientação médica ou porque o médico suspendeu a medicação. Por outro lado, três idosos não se lembraram do nome do medicamento, no momento da entrevista.

Com relação à prática de exercícios físicos regulares, apenas 30% dos idosos entrevistados relataram fazer algum tipo de exercício. Apesar de as pessoas idosas disporem de mais tempo, a baixa adesão à atividade física pode ser explicada pelas condições de saúde, pela redução da renda e pelas restrições sociais que lhes dificultaram o acesso (Doll, 2007).

Entre os idosos entrevistados, 70% relataram apresentar história familiar de *Diabetes mellitus*. Um paciente com histórico familiar de diabetes tem possibilidade de desenvolver a doença na proporção de 5 a 10 vezes mais em relação à população geral (Ortiz & Zanetti, 2000). Por outro lado, a presença de história familiar da doença pode favorecer o autocuidado dos pacientes diabéticos, uma vez que sinaliza a busca de diagnóstico (Goldenberg, Schenkman & Franco, 2003).

1 Conhecimento sobre o *Diabetes mellitus*

De acordo com Schütz (1972), o indivíduo se baseia nos conhecimentos disponíveis, ou seja, em sua bagagem de conhecimentos, em experiências vividas ou transmitidas por contemporâneos, a fim de agir de maneira semelhante – uma tipificação já existente. Portanto, para compreender as motivações que levam os idosos diabéticos a realizarem o autocuidado, é necessário compreender os conhecimentos prévios deste grupo social sobre a doença. Assim, após analisar os depoimentos, foram obtidas as seguintes categorias:



Figura 1: Categorias obtidas a partir do discurso dos sujeitos da pesquisa sobre o conhecimento do *Diabetes mellitus*

A maioria dos idosos, ao serem questionados sobre o que entendem por diabetes, definiram-na apenas como “açúcar no sangue”, o que caracteriza o senso comum dos indivíduos de baixa escolaridade.

Vários idosos relataram que as pessoas diabéticas precisam estar atentas a sua alimentação, pois há uma quantidade certa para cada alimento e que a adaptação à dieta depende de cada indivíduo. Por conta disso, alguns idosos relataram que há cobrança por parte dos familiares quanto à alimentação das pessoas diabéticas. Há aqueles que acreditam que alimentos gordurosos e doces são estritamente proibidos para aqueles que têm diabetes. Alguns participantes, no entanto, fizeram uma ressalva, dizendo que certa quantidade de glicose, proveniente dos doces, pode ser incluída na alimentação das pessoas diabéticas, mas sem excessos. Alguns idosos entrevistados relataram também que os diabéticos devem consumir moderadamente as diversas fontes de glicose além dos doces, como arroz, massas, bebidas alcoólicas, carnes e comidas gordurosas, uma vez que a hipoglicemia pode levar ao coma diabético.

De forma geral, os idosos entrevistados têm ciência de que o *Diabetes mellitus* não tem cura, mas sabem que a glicemia pode ser controlada por meio de medicamentos e da alimentação. Apesar disso, alguns idosos acreditam na possibilidade de cura divina. Uma idosa acredita que a diabetes não seja hereditário, pois nenhum de seus parentes mais

próximos teve diabetes. Outra explicação para o aparecimento do diabetes, para alguns idosos entrevistados, estaria relacionada a sentimentos, como nervosismo e tristeza.

Dentre as complicações crônicas associadas ao *Diabetes mellitus*, foram citadas a perda gradativa da visão, que pode levar à cegueira do indivíduo, e a amputação de membros. Uma idosa declarou que a doença a faz sentir muito cansaço ao realizar as atividades do dia a dia.

Alguns idosos ainda têm dúvidas e incertezas com relação ao *Diabetes mellitus*, suas causas e complicações. Uma idosa relatou não saber o porquê do aparecimento da doença (se é devido à medicação) e tampouco de que modo ela afeta sua saúde. Outra idosa declarou que não sabe exatamente o que é o *Diabetes mellitus*, atribuindo sua falta de conhecimento aos profissionais de saúde, que não lhe explicaram claramente sobre o assunto. Por outro lado, uma idosa relatou que prefere nem saber a fundo sobre o *Diabetes mellitus*, a fim de evitar mais preocupações.

2 Categorias concretas do vivido – motivações relacionadas ao autocuidado de idosos diabéticos

A análise dos depoimentos nos permitiu identificar as categorias do vivido, que constituem os “motivos por quê” e os “motivos para” os idosos com *Diabetes mellitus* cuidarem ou não de sua saúde.

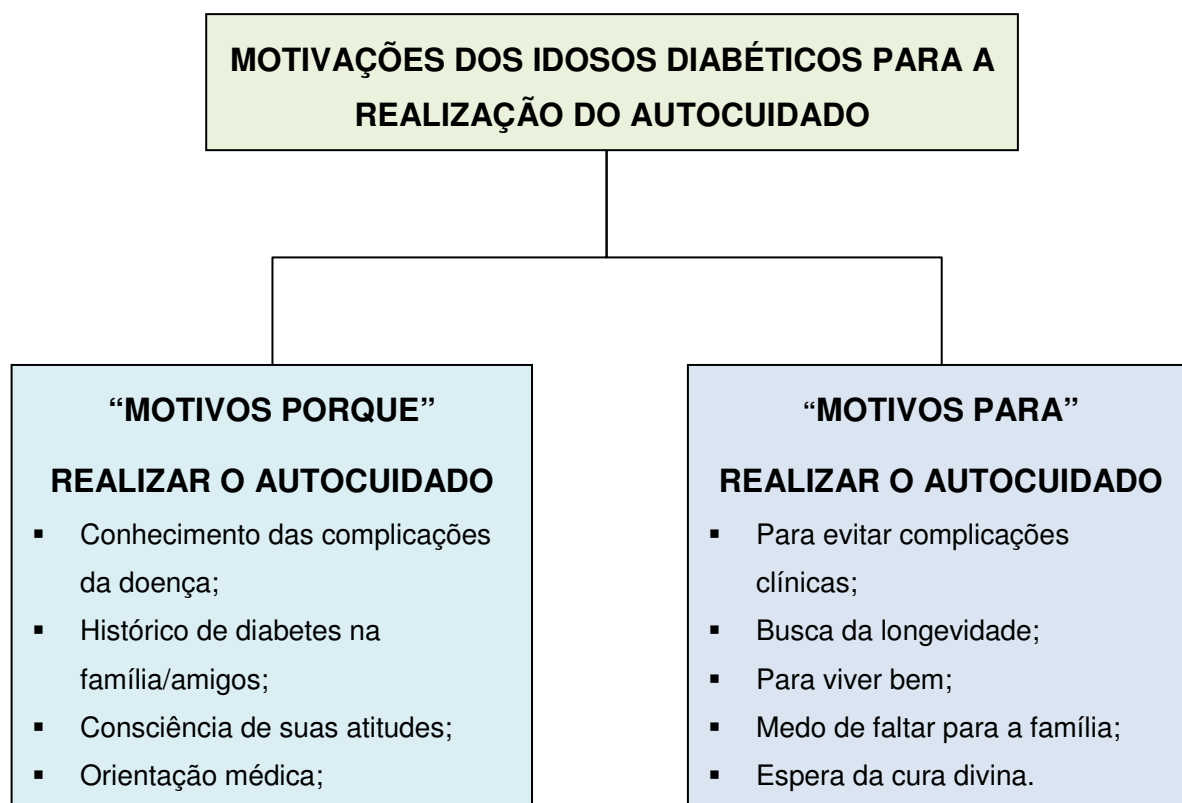


Figura 2. Motivações dos idosos diabéticos para a realização do autocuidado

2.1 “Motivos por quê” realizar o autocuidado

Schütz (1974) aponta que os homens têm razões que explicam as suas ações, que estão enraizadas em experiências passadas, na personalidade que a pessoa desenvolveu durante sua vida e que são chamadas de “motivos por quê”. A “motivação por quê” decorre de uma espécie de acúmulo de conhecimentos sociais, que são transmitidos por nossos predecessores como herança cultural e pelo depósito de conhecimento advindo da experiência pessoal.

A seguir, apresentaremos cada categoria e o trecho mais representativo dos depoimentos. Para a apresentação dos relatos, os idosos entrevistados foram numerados de forma aleatória e seus depoimentos (D) são identificados por algarismos romanos.

2.1.1 Consciência de suas atitudes

O autocuidado de pacientes com doenças crônicas depende, muitas vezes, da consciência do próprio indivíduo quanto à importância da adesão ao tratamento. Isso pode ser observado no depoimento abaixo:

“Se eles falam ‘a senhora não pode usar isso aí porque isso aí faz mal’, eu vou fazer? Porque é pior pra mim se eu fizer.” (D-XVIII)

Neste aspecto, a automonitoração da glicemia pode auxiliar no autocuidado.

“Como eu acompanho todo dia, então eu sei como é que está a minha diabetes, então dá pra eu equilibrar.” (D-XV)

2.1.2 Conhecimento das complicações agudas e crônicas

A educação de pacientes diabéticos pode ser fundamental para garantir que estes deem continuidade ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Assim, ao conhecer as complicações agudas e crônicas da doença, os idosos podem adotar medidas de cuidado em curto e longo prazos.

“[...] porque a diabetes é perigosa, né, é uma doença quietinha. Quando a pessoa tem diabetes mesmo, que é de família, a pessoa vai ficando cega, depois vai tomando insulina, aí vai ficando com a vista ruim, tudo essas coisas.” (D-XIV)

O autocuidado pode ser motivado por experiências passadas, tais como episódios de coma hipoglicêmicos.

“[...] a minha, só uma vez, chegou a 26 o açúcar no sangue, aí eu fiquei desacordada no sofá. Meu filho me pôs dentro do carro e me levou pro hospital lá, e eu vi assim que tava tudo em volta assim chorando; ‘o que é que está acontecendo aqui?’ E aí falou ‘aí, mãe, a senhora tava morta, desacordada e nós trouxemos pra cá achando que a senhora morreu’; ‘que

eu não vi nada`, aí desse dia em diante eu fiquei com medo, agora eu vou ter que me cuidar.” (D-X)

2.1.3 História de diabetes na família/amigos

O conhecimento das complicações do *Diabetes mellitus* adquire outra dimensão, quando um parente ou amigo as vivencia.

“[...] porque eu tenho uma prima que tem diabetes e ela tem tantos problemas, nossa! Acarretou tantos problemas por causa da diabetes... ela operou do coração, está na fila de transplante do coração, mas agora ela faz regime, mas ela nunca fez regime não. A diabetes dela chega a 600.” (D-XII)

Observa-se que os idosos reconhecem a importância do diagnóstico precoce do *Diabetes mellitus*:

“Eu tenho um sobrinho que ele deu a diabetes de tanto beber refrigerante, morreu aos 35 anos. Ela mata, né? Mas ele não sabia, porque se não descobre a diabetes, ela mata, né?” (D-XX)

2.1.4 Orientação médica

Muitas vezes, a orientação médica é suficiente para que o indivíduo diabético adquira uma postura de autocuidado.

“Se a pessoa sabe que tem, o que o médico manda, a pessoa tem que fazer. Se o médico fala ‘você não pode comer isso, isso e isso e tem que fazer assim`, a pessoa tem de fazer. Porque o médico não vai falar pro mal, é pro bem, né? O médico dá conselho pra gente pro bem.” (D-XVIII)

Dessa forma, é importante se estabelecer uma relação horizontal entre paciente e profissional de saúde, criando um laço de confiança entre as partes, sanando dúvidas de forma

satisfatória e fornecendo informações claras e corretas sobre o tratamento (Brunello *et al.*, 2009).

2.1.5 Fé em Deus

Observa-se, no depoimento a seguir, que a fé e a crença religiosa podem ser decisivas para o enfrentamento das doenças crônicas:

“É só por Deus mesmo... porque o dia que eu cismar eu paro de vez de tomar insulina, aí eu morro logo ou... sei lá o que pode acontecer.” (D-XIII)

“As práticas espirituais são procuradas como um apoio, que os auxiliam nos momentos de tensão durante o curso da doença e tradicionalmente converge para um Deus que é superior e poderoso a todo ser humano” (Mattosinho & Silva, s/d.).

A fé religiosa auxilia no enfrentamento de doenças crônicas, pois gera esperança, equilíbrio, fortalecimento, propiciando a luta pela vida e a serenidade para aceitar a doença (Teixeira & Lafèvre, 2008).

2.2 “Motivos para” realizar o autocuidado

Os sujeitos do estudo possuem as motivações para realizar o autocuidado em relação ao *Diabetes mellitus*. O “motivo para” é a orientação para a ação futura, é uma categoria que se refere ao processo de ação em curso, que ainda está se fazendo e que, portanto, aparece na perspectiva de tempo futuro. Esta categoria é essencialmente subjetiva, que só é revelada ao observador se ele pergunta qual é o significado que o ator atribui a sua ação, pois somente a própria pessoa pode definir seu projeto de ação e seu desempenho social (Barsaglini, 2006).

Os depoimentos mostraram que a realização do autocuidado está repleta de significados. A seguir, cada categoria será discutida e evidenciada com depoimentos.

2.2.1 Para evitar complicações clínicas

Um dos “motivos para” os idosos realizarem o autocuidado é a preocupação com a saúde ao longo da vida. Desta forma, podem evitar futuras complicações advindas do não controle da glicemia, conforme evidencia o depoimento a seguir:

“Pra eu não ficar aí em cima de uma cama, desmaiar toda vez, e a gente fazendo tudo direitinho a gente evita isso, né? Se a gente fica comendo demais, fazendo as coisas que não deve, a gente sai por aí e desmaia no caminho, não dá.” (D-XIX)

Alguns idosos relataram que eles não temem a morte, mas sim a perda da autonomia. Dependendo dos outros para a realização de atividades de vida diária pode gerar mais sofrimento do que as complicações clínicas em si. Nota-se, no depoimento abaixo, a preocupação com a perda da autonomia por parte dos idosos:

“Eu não tenho medo de morrer, vou logo falando, eu não tenho, hoje em dia não, mas tenho medo de ficar em cima de uma cama, depender dos outros, aí é difícil, né, pra gente, não é mesmo? Pelo amor de Jesus! Eu vejo, às vezes, na televisão, aquele sofrimento daquelas pessoas idosas... dá uma tristeza... a gente pensa, puxa, eu era tão moça, eu andava, fazia meu serviço, hoje estar numa cama...” (D-XVIII)

2.2.2 Para viver bem

O prazer de viver bem e a expectativa de melhora da saúde podem ser determinantes para o autocuidado. Neste sentido, a postura do indivíduo perante à vida, o modo como este enfrenta as adversidades pode influenciar na atitude da pessoa diabética perante o enfrentamento da doença crônica e o tratamento. Os depoimentos adiante revelam esta postura perante a vida:

“Porque eu tenho vontade de viver.” (D-X)

“[...] eu acho que a saúde da gente é essencial, pra vida, pra viver melhor.” (D-XIV)

2.2.3 Busca da longevidade

Outro motivo para se cuidar é a busca da longevidade. A vontade de viver um pouco mais faz com que cuidem da sua saúde, como ilustra o depoimento abaixo:

“Eu faço, né, porque quero viver um pouco mais.” (D-XVI)

2.2.4 Medo de faltar para a família

Uma idosa relatou que um dos principais “motivos para” ela realizar o autocuidado é a preocupação com a família, pois tem medo de morrer precocemente e não poder ajudar os seus:

“Eu tenho meu esposo, eu tenho essa minha neta que está com 15 anos agora, eu crio ela. Tenho outros meus filhos que são casados, né, e eu amo muito minha família. Eu tenho medo de faltar, sabe, porque chega um ‘Mãe!’, eu dou um jeito, né, então eu tenho medo de faltar. É por isso que eu procuro me tratar.” (D-X)

2.2.5 Espera pela cura divina

Novamente, a fé religiosa se mostra importante no autocuidado dos idosos diabéticos. Conforme pode ser observado nos depoimentos abaixo, alguns idosos acreditam na possibilidade de cura divina do *Diabetes mellitus*:

“Tomo por tomar, mas sei que é uma coisa provisória. Eu espero ouvir que não tenho mais, eu sei que é coisa de Deus.” (D-IV)

“E... é só por Deus mesmo... até cure essa doença aí... é só por Deus. Que remédios tem pra remediar. É uma doença amaldiçoada, porque segundo,

Nagai, P.A., Chubaci, R.Y.S. & Neri, A.L. (2012, dezembro). Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”, pp. 407-434. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

segundo cientificamente falando, não tem cura, por isso que eu estou falando que é só na mão de Deus mesmo, ser curado.” (D-XIII)

2.3 Motivos que dificultam o autocuidado dos idosos diabéticos

2.3.1 Dificuldade em seguir as dietas recomendadas

Apesar de reconhecerem a importância da dieta no controle metabólico, os idosos podem apresentar dificuldade de colocá-la em prática, pois isso requer uma mudança em hábitos alimentares praticados há vários anos, que podem estar relacionados a uma herança cultural (Nasri, 2002). Isso se evidencia nos depoimentos a seguir:

“[...] só que eu não faço do jeito que os nutricionistas mandam... comer pouquinho, comer mais fruta, e é diferente do que a gente está acostumada. Eu faço alguma coisa, mas não tudo.” (D-XVI)

Alguns idosos, por sua vez, não concordam com a recomendação nutricional:

“Meu filho puxou lá uma lista, uma página sobre diabetes, que pode comer tudo, desde que não abuse, né, um pouquinho, uma coisinha. Só que não tem cabimento eu comer metade de uma fruta, metade de uma banana, metade de sei lá o quê que estava lá na lista, mas eu não fazia aquela coisa: ou eu como ou eu não como. Eu vou almoçar eu vou chupar é duas laranjas mesmo.” (D-VIII)

Outro fator que dificulta a manutenção da dieta é o alto custo dos alimentos recomendados.

“Só que comida, assim, pra quem tem diabete, as coisas são mais caras, né?” (D-XIX)

Mulheres diabéticas, muitas vezes fora do mercado de trabalho, dependem do cônjuge e de familiares para a compra de alimentos indicados (Ataíde & Damasceno, 2006). Assim, enfatiza-se que os profissionais de saúde devem orientar uma dieta compatível com o padrão

social dos pacientes, mediante um planejamento compartilhado e rediscutido de tal forma que os próprios pacientes encontrem soluções para as suas adversidades.

Se por um lado os alimentos indicados são de difícil acesso para os indivíduos de baixa renda, os alimentos ricos em carboidratos têm um baixo custo, são de rápido preparo e fácil ingestão (Nasri, 2002).

Um idoso relatou que não consegue controlar a glicemia, mesmo adotando a dieta:

“[...] não tem a alimentação pra balancear, que eu faço regime e tudo mais, mas não adianta nada.” (D-XIII)

2.3.2 Falta de atenção quanto a horários de medicamentos

Outro fator limitante para o seguimento do tratamento é a falta de atenção quanto aos horários dos medicamentos, como se observa no discurso abaixo:

“De tomar remédio às vezes eu esqueço. Quando eu vou perceber, Deus, já passou da hora de tomar o remédio!” (D-XVIII)

No estudo de Marin *et al.*, realizado em 2008, com 301 idosos atendidos pelo PSF de uma cidade do interior paulista, 14,3% idosos afirmaram que não estavam fazendo uso de medicamentos e 14,9% relataram que, às vezes, esquecem de tomar a medicação prescrita.

Além da falta de atenção quanto aos horários dos medicamentos, outros fatores podem comprometer o seguimento fidedigno em relação à terapêutica prescrita: a baixa escolaridade, a polifarmácia, as múltiplas doenças crônicas associadas, o pouco conhecimento da doença e do tratamento, a ausência de sintomas, o mau entendimento da prescrição, a falta de apoio da família, entre outros (Reiners, Azevedo, Vieira & Arruda, 2008).

Assim, para evitar riscos à saúde, principalmente no caso de medicamentos essenciais no controle de doenças e prevenção de complicações, torna-se necessário o apoio e supervisão (Marin *et al.*, 2008), tanto da equipe de saúde quanto da família e da comunidade.

2.3.3 Limitações físicas que dificultam a prática de exercícios físicos

A atividade física, quando praticada regularmente, está relacionada com a melhora da saúde e com a redução da morbidade e mortalidade, além de proporcionar melhoras nos aspectos psicológicos e sociais, uma vez que promove a socialização, melhora a autoestima e a autoimagem (Rolim & Forti, 2004).

No entanto, quando interrogados quanto à prática de exercícios físicos regulares, apesar de reconhecerem os benefícios da atividade física para a saúde, vários idosos relataram que não realizavam, atribuindo a não realização a limitações físicas, como dores nas articulações, dispneia e sintomas hipoglicêmicos.

“Eu não faço porque tenho artrose, pra andar é difícil. Eu ando, né, mas dói muito as minhas pernas. Artrose já faz um tempão que eu tenho... tenho esporão... ainda mais que sou gorda, né, pesa mais ainda.” (D-XIV)

‘Era pra eu estar fazendo caminhada, mas nesses dias não estou fazendo não. Eu comecei a fazer passei muito mal, me sufocava, sufocava, aí depois que eu fui no médico, que ele pediu muitos exames, aí deu que eu tinha tireoide também, então pode ser que seja isso, né. Aí eu fazia aqui com a minha filha, que ela tem esteira elétrica, mas não ando mais que quinze minutos, porque canso muito.’ (D-XVI)

“Não. Eu fazia, mas eu parei. Eu parei porque a última vez que eu fui fazer, né, eu desmaiei lá mesmo, tava fazendo ginástica, na frente do hospital do Ermelino. Ah, eu parei, não vou mais não.” (D-XIX)

Para realizar o planejamento e a prescrição de exercícios físicos para idosos, deve-se sempre considerar as particularidades deste público, uma vez que podem apresentar imobilidade ou algum tipo de dificuldade para a realização de certos movimentos (Teixeira & Batista, 2009).

3 Tipo vivido

Cada indivíduo, como ser social, vive simultaneamente com outros indivíduos e se relaciona com seus contemporâneos. A partir destas relações e conforme o contexto social, o indivíduo tipifica o mundo para compreendê-lo e comunicar-se com seus semelhantes. Para a Fenomenologia Social, é importante investigar o que pode constituir a característica típica dos grupos sociais.

Dessa forma, o tipo vivido dos idosos diabéticos, no que diz respeito à motivação para a realização do autocuidado, constitui uma característica desse grupo social específico, ou seja, de pessoas com 60 anos ou mais que estão vivenciando o autocuidado do *Diabetes mellitus*. Portanto, as tipificações em relação ao autocuidado são construídas pelos próprios idosos diabéticos, de acordo com suas relevâncias, e representam o mundo cotidiano deste grupo social em relação à motivação para a realização do autocuidado.

O tipo vivido do idoso diabético em relação à motivação para a realização do autocuidado foi construído com base nas categorias que mais se evidenciaram por meio dos discursos e consiste em idosos que, apesar de apresentarem algumas dificuldades para seguir as dietas recomendadas, procuram controlar a glicemia. Eles não realizam atividades físicas porque apresentam limitações físicas. Os idosos têm consciência de suas atitudes, têm conhecimento das complicações da diabetes, uma vez que seus familiares e amigos as vivenciaram. Eles se cuidam para evitar as complicações da diabetes e viver bem.

No esquema a seguir, são apresentadas as categorias concretas e o tipo vivido deste estudo, obtidos a partir da análise dos discursos dos idosos diabéticos em relação ao autocuidado.

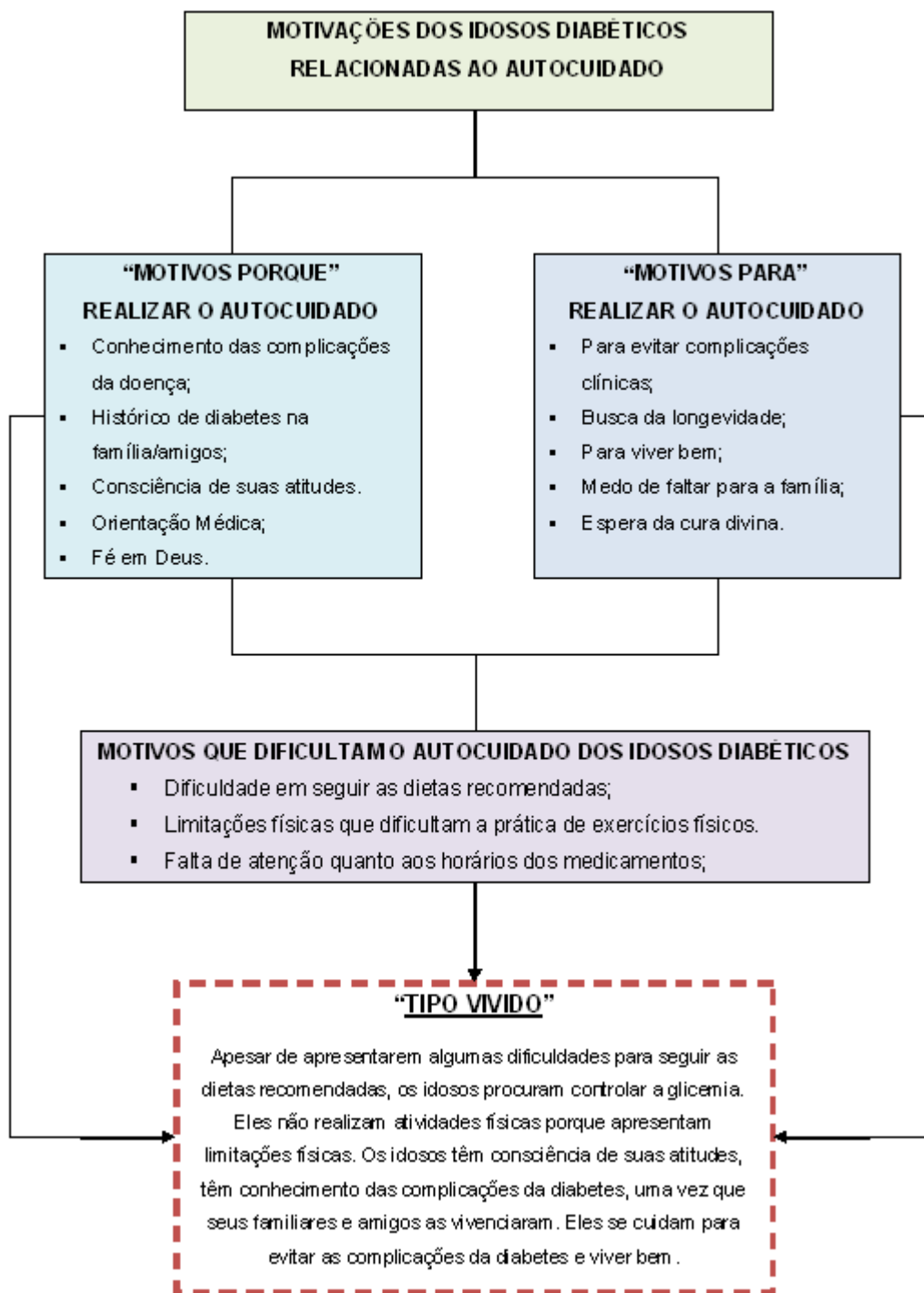


Figura 3; Construção do tipo vivido dos idosos diabéticos em relação ao autocuidado

Considerações Finais

Na amostra da Rede Fibra, a prevalência de *Diabetes mellitus* autorreferido foi de 25,06%; no entanto, 10,20% dos idosos diabéticos não utilizam tratamento medicamentoso para o controle da glicemia.

Os idosos entrevistados no presente estudo apresentaram baixa renda e escolaridade, além de fatores de risco como sobrepeso, hipertensão arterial, história familiar de *Diabetes mellitus* e sedentarismo. De forma geral, os idosos conseguem manter a glicemia sob controle, por meio de medicamentos, dieta e fitoterápicos. Os idosos que não utilizam medicamentos relataram que não receberam orientação médica para tal. A não realização de atividades físicas foi atribuída a limitações físicas associadas à diabetes e ao envelhecimento.

Apesar de referirem algumas limitações físicas, os idosos demonstram satisfação com a vida, principalmente porque apresentam a capacidade funcional preservada, que os permitem realizar as atividades diárias com autonomia. Aposentados, os idosos dispõem de tempo e liberdade para fazer aquilo que gostam. A família é uma importante fonte de apoio para os idosos.

Os idosos consideram o *Diabetes mellitus* uma doença ruim, indesejada, que requer cuidados, principalmente com a alimentação. No entanto, têm consciência de que a diabetes pode ser controlada.

O conhecimento das complicações da doença, muitas vezes por intermédio de familiares e amigos que as vivenciaram, constitui o principal “motivo porque” eles realizam o autocuidado. Dentre os “motivos para” realizarem o autocuidado, destacam-se a expectativa de viver bem, sem as complicações da doença. Verificou-se, também, a influência da fé religiosa no seguimento do tratamento.

Este estudo permitiu conhecer mais detalhadamente o perfil dos idosos diabéticos residentes em Ermelino Matarazzo; possibilitou verificar o conhecimento que eles adquiriram sobre a doença, os motivos que os levavam a realizarem o autocuidado, bem como as dificuldades no manejo da doença. A partir dessas informações, será possível elaborar e propor estratégias de intervenções apropriadas a este grupo social.

A ação educativa, com respeito mútuo cliente-profissional de saúde, é um importante passo para que os idosos compreendam a importância do autocuidado e sintam-se motivados a realizá-lo. Esse relacionamento interpessoal, por meio de uma comunicação efetiva, é

primordial para que eles tenham confiança no profissional de saúde, em especial do gerontólogo, e supere as eventuais dificuldades, como as identificadas neste estudo.

Dessa forma, planejamos dar uma devolutiva aos idosos que participaram da pesquisa, a fim de apresentar-lhes os resultados de forma interativa, discutindo sobre os temas que apareceram nos depoimentos e assim, desenvolver junto com eles estratégias para aperfeiçoar o autocuidado, de forma que possam viver bem, sem as complicações agudas e crônicas.

Apesar da alta prevalência de diabetes na população idosa, ainda são poucos os estudos que investigam o autocuidado de idosos diabéticos. Além disso, diante da baixa escolaridade da amostra da Rede Fibra, torna-se interessante investigar, por exemplo, como os idosos analfabetos desempenham o autocuidado, visto que a falta de escolaridade pode dificultar o manuseio de medicamentos, o seguimento de dietas e a compreensão das prescrições (Saintrain & Lima, 2008).

Assim, o desenvolvimento de outras pesquisas com este tema e esta população específica poderá auxiliar no planejamento de intervenções educativas, de forma a garantir o controle metabólico e prevenir complicações da doença, possibilitando aos idosos diabéticos envelhecerem com autonomia e qualidade de vida.

Referências

- Ataíde, M.B.C. & Damasceno, M.M.C. (2006, out.-dez.). Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. Rio de Janeiro: UERJ. *R Enferm*, 14(4), 518-523.
- Barsaglini, R.A. (2006). Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes. Tese de doutorado. Campinas (SP): PPG em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Brunello, M.E.F. *et al.* (2009). Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. São Paulo (SP): *Acta paul.enferm.*, 22(2).
- Camarano, A.A. (2002). *Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. Texto para discussão, n.º 858*. Rio de Janeiro (RJ), 1-31.
- Carvalho, J.A.M. & Garcia, R.A. (2003, mai.-jun.). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 725-733.

- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (1996). Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Davis, P.J. & Davis, F.B. (2002). Desordens Endócrinas. In: Duthie, E.H. & Katz, P.R. *Geriatría Prática*. (3ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Revinter.
- Doll, J. (2007). Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida. In: Neri, A.L. et al. (Orgs.). *Idosos no Brasil: Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade*. São Paulo (SP): Editora Fundação Perseu Abramo (Edições SESC SP).
- Duarte, Y.A.O. & Lebrão, M.L.O. (2005, out.-dez.). Cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em Gerontologia. São Paulo (SP): *O Mundo da Saúde*, 29(4). (Ano 29).
- Foster, P.C., Janssens, N.P. & Dorothea, E.O. (2000). In: George, J.B. *Teorias de Enfermagem: dos Fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
- Freitas, E.V. (2006). Diabetes Mellitus. In: Freitas, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Fustinoni, S.M. (2000). As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social. Tese de doutorado. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Galhardo, V.A.C. & Ávila, D. (2004). Diabete *Mellitus* no Idoso. In: Saldanha, A.L. & Caldas, C.P. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*, 221-224. Rio de Janeiro (RJ): Interciência.
- Gil, G.P., Haddad, M.C.L. & Guariente, M.H.D.M. (2008, jul.-dez.). Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. Londrina (PR): *Semina-Ciências Biológicas e da Saúde*, 29(2), 141-154.
- Goldenberg, P., Schenkman, S. & Franco, L.J. (2003, apr.). Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev. bras. epidemiol.*, 6(1). São Paulo (SP).
- IBGE (2008). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 - Revisão 2008*.
- IBGE. (2007). *Tábua completa de mortalidade, ambos os sexos*.
- IBGE. (2008). *Síntese de Indicadores Sociais*. Recuperado em 15 novembro, 2009, de: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&id_pagina=1.
- Jesus, M.C.P.A. (1998). *Educação sexual na vida cotidiana de pais e adolescentes: uma abordagem compreensiva da ação social*. Tese de doutorado. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Lebrão, M.L. & Duarte, Y.A.O. (2007). Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas? In: Neri, A.L. et al. (Orgs.). *Idosos no Brasil: Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade*, 191-207. São Paulo (SP): Fundação Perseu Abramo, Edições SESCSP.
- Lebrão, M.L. & Laurenti, R. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 8(2), 127-141.

- Maitra, A. & Abbas, A.K. (2007). Sistema Endócrino. *In: Mitchell, R.N., Kumar, V., Abbas, A.K. & Fausto, N. Fundamentos de Robbins & Cotran Patologia.* (7ª ed.). São Paulo (SP): Elsevier.
- Marin, M.J.S. *et al.* (2008, jan.-jul.). Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro (RJ): *Cad.Saúde Pública*,24(7).
- Mattosinho, M.M.S. & Silva, D.M.G. (s.d.). *Itinerário Terapêutico do Adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1 e Seus Familiares.* (mimeo).
- McLellan, K.C.P., Motta, D.G.da, Lerario, A.C. & Campino, A.C.C.. (2006). Custo do Atendimento Ambulatorial e Gasto Hospitalar do Diabetes *mellitus* tipo 2. Piracicaba (SP): *Saúde em Revista*, 8(20), 37-45.
- Merighi, M.A.B. (2000). Enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização e trajetória profissional. Tese de doutorado. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Merighi, M.A.B. (2000). Enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização e trajetória profissional. Tese de doutorado. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Murphy, J.B. & Cicilline, M. (2001). Medidas Preventivas para os idosos. *In: Gallo, J.G., Busby-Whitehead, J., Rabins, P.V., Silliman, R.A. & Murphy, J.B.R. (2001). Assistência ao idoso: Aspectos Clínicos do Envelhecimento,* 30-38. (5ªed.) São Paulo (SP): Guanabara Koogan.
- Nasri, F. (2002). Diabetes Mellitus no Idoso. *In: Freitas, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia,* 496-501. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan.
- Ortiz, M.C.A. & Zanetti, M.L. (2000, dec.). Diabetes Mellitus: Fatores de risco em uma instituição de ensino na área da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* 8(6). Ribeirão Preto (SP).
- Parga, N.L. (1976). *Estudo das informações não estruturadas do ENDEF e de sua integração com os dados quantificados.* Rio de Janeiro (RJ): IBGE.
- Péres, D.S., Magna, J.M. & Viana, L.A. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev. Saúde Pública,* 37(5), 635-642.
- PNAD (2007). *Primeiras análises - Demografia e gênero. Comunicado da Presidência n.º 11.*
- Reiners, A.A.O., Azevedo, R.C.S., Vieira, MA. & Arruda, A.L.G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva,* 13(supl.2), 2299-2306. (ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232008000900034).
- Rodrigues, N.C. & Rauth, J. (2006). Os desafios do envelhecimento no Brasil. *In: Freitas, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia,* 186-192. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan.
- Rolim, F.S. & Forti, V.A.M. (2004). Envelhecimento e atividade física: Auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. *In: Diogo, M.J.D., Neri, A.L. & Cachioni, M. (Orgs.). Saúde e Qualidade de Vida na Velhice.* Campinas (SP): Alínea.

- Saintrain, M.V.L. & Lima, P.M.S. (2008). Idoso portador de diabetes mellitus: relevância epidemiológica para a atenção em Odontologia. *Rev.Bras.Geriatr. Gerontol.*, 11(3), 379-389.
- Santos-Filho, C.V., Rodrigues, W.H.C. & Santos, R.B. (2008, mar.). Papéis de autocuidado: Subsídios para Enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12(1), 125-129.
- Schütz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires (Argentina): Amorrortu.
- Schütz, A. (1972). *Fenomenologia del mundo social*. Buenos Aires (Argentina): Paidós.
- Silverthorn, D.U. (2003). *Fisiologia Humana: Uma Abordagem Integrada*. Barueri (SP): Manole.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (SBD). (2003). *Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2*. Rio de Janeiro (RJ): Diagraphic.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (SBD). (2007). *Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Diretrizes da SBD 2007*.
- Teixeira, J.J.V. & Lefèvre, F. (2008, jul.-ag.). Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 13(4). Rio de Janeiro (RJ).
- Teixeira, T.G. & Batista, A.C. (2009, out.-dez.). Treinamento físico para idosos vulneráveis: uma revisão sobre as estratégias de intervenção. Rio Claro (SP): *Motriz*, 15(4), 964-975.
- Welfer, M. & Leite, MT. (2005, jul.-set.). Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para continuar vivendo. *Scientia Medica*, 15(3). Porto Alegre (RS): PUCRS.

Recebido em 02/12/2012

Aceito em 12/12/2012

Paula Akemi Nagai

Rosa Yuka Sato Chubaci - Bacharelado em Gerontologia. Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – USP

E-mail: rchubaci@usp.br

Anita Liberalesso Neri - Universidade Estadual de Campinas – Unicamp

E-mail: anitalbn@uol.com.br