

## Percepção do idoso diabético sobre o papel da família no tratamento

*Perception of elderly patients with diabetes about the role of the family in the treatment*

*Percepción del anciano diabético sobre el papel de la familia en el tratamiento*

Renata Borsaro Monteiro de Souza  
Sergio Henrique de Souza Alves

**RESUMO:** O objetivo da pesquisa foi conhecer a percepção dos idosos diabéticos acerca da participação da família em seu tratamento. Participaram seis idosos que responderam a uma entrevista semiestruturada. Constataram-se maiores dificuldades em relação à adesão alimentar e ao exercício físico. Foi observada a importância do envolvimento familiar no alcance do controle glicêmico e na qualidade de vida dos entrevistados, e que a família necessita ser apoiada para que consiga desempenhar o papel de diligente.

**Palavras-chave:** Diabetes tipo 2; Tratamento; Família.

**ABSTRACT:** *The objective was to know the perception of elderly diabetics about family participation in treatment. Participants were six elderly who answered a semi-structured interview. It found major difficulties in relation to food and exercise adherence. It was observed the importance of family involvement in achieving glycemic control and quality of life of respondents and that the family needs to be supported so you can play the role of diligent.*

**Keywords:** *Type 2 diabetes; Treatment; Family.*

**RESUMEN:** *El objetivo de la investigación fue conocer la percepción de los ancianos diabéticos acerca de la participación de la familia en su tratamiento. Participaron seis ancianos que respondieron a una entrevista semiestructurada. Se constataron mayores dificultades en relación a la adhesión alimenticia y al ejercicio físico. Se observó la importancia de la participación familiar en el alcance del control glucémico y en la calidad de vida de los entrevistados y que la familia necesita ser apoyada para que pueda desempeñar el papel de diligente.*

**Palabras clave:** *Diabetes tipo 2; Tratamiento; Familia.*

## **Introdução**

Com o aumento da expectativa de vida, os brasileiros estão vivendo mais e, conseqüentemente, o número de idosos tem aumentado significativamente (Burlá, & Azevedo, 2011). De acordo com o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) para ser reconhecido legalmente como idoso é preciso ter idade igual ou superior a 60 anos, embora a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) situe como idoso aquele que tem 65 anos ou mais.

O envelhecimento não tem sido encarado com tanta naturalidade, embora faça parte da vida. Pesquisas indicam que, para muitos, a velhice é percebida apenas como uma fase de perdas, inatividade e isolamento (Silva, 2009). Em contrapartida, muitas pessoas idosas alegam que “a morte não assusta, pois sabemos que faz parte da vida. No entanto, tememos a dependência, a perda da dignidade, a solidão e o sofrimento que, sabemos, podem anteceder a morte”. Tal afirmação representa a opinião de oitenta por cento dos idosos (Neri, 2007, p. 33). Considerando essa realidade, pode-se ressaltar a importância de se conhecerem melhor as características dessa fase da vida, com o intuito de investir na superação de mitos e preconceitos (Oliveira, & Cótica, 2009).

As pessoas idosas tendem a serem hospitalizadas com mais frequência e o tempo de internação costuma ser mais expressivo, se comparadas às demais faixas etárias da população (Veras, 2009). Vem diminuindo a ocorrência de doenças infecciosas em virtude de ações preventivas e o aumento de doenças crônicas que requerem um tratamento contínuo e prolongado, como o Diabetes Mellitus (Burlá, & Azevedo, 2011).

Pesquisas apontam um aumento expressivo no número de pessoas com essa doença nas últimas décadas, configurando-se atualmente como uma epidemia mundial. Estima-se que, em 2030, a doença alcançará mais de quatrocentos milhões de pessoas, representando um problema grave, devido ao ônus econômico, importante para o diabético e para a sociedade, principalmente quando fora de controle, resultando em maiores custos com tratamento e medicação, dependência familiar e inatividade laboral (Grillo, & Gorini, 2007).

Esse tipo de diabetes está entre as doenças mais graves que afetam o homem contemporâneo. Em 2010, o diabetes atingiu mais de 20% das pessoas com 65 anos ou acima dessa idade (Brasil, 2011). É uma doença multifatorial caracterizada por um quadro de “hiperglicemia”, em decorrência da ausência de insulina e /ou da impossibilidade desse hormônio desempenhar de forma adequada seus efeitos (Espírito Santo, Souza, Souza, Ferreira, Silva, & Taitson, 2012).

O diabetes *mellitus* tipo 2 é o tipo mais comum, representando a maioria dos casos da doença no mundo. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, o diabetes *mellitus* tipo 2 é a “forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina” (SBD, 2014, p. 5). Sabe-se que, a pessoa idosa costuma ser mais acometida pelo diabetes tipo 2, e o fator hereditário tem grande importância na manifestação desse distúrbio (Malaman, 2006; Waldman, 2006; Ribeiro, Rocha, & Popim, 2010; Oliveira, M.S.S., Oliveira, I.C.C, Amorim, Otton, & Nogueira, 2014), assim como a adoção de um modo de vida pouco saudável, como inatividade física, obesidade e alimentação inadequada (Ribeiro, Rocha, & Popim, 2010).

A meta principal para o tratamento é manter a glicose na corrente sanguínea o mais perto do nível de normalidade. O tratamento engloba seguir um plano alimentar, praticar exercício físico, e fazer o uso correto dos medicamentos. A alimentação favorece o aumento da glicose no sangue, já a insulina e o exercício físico a reduzem. E o controle da doença requer o equilíbrio entre tais fatores (Lamounier, Leite, Minicucci, & Nascimento, 2011).

Ao ser diagnosticada com uma doença, cuja característica é a cronicidade, a pessoa se depara com uma situação inesperada que poderá lhe causar temor, insegurança e choque emocional.

Diferentemente da doença aguda que costuma exigir apenas um enfrentamento temporário, cabe ao paciente com uma doença crônica conviver com uma enfermidade sem cura que trará restrições e exigirá certa disciplina em relação ao autocuidado e tratamento (Lebrão, & Duarte, 2007; Nagai, Chubaci, & Neri, 2012).

Um estudo sobre os sentimentos de mulheres com diabetes tipo 2 demonstrou que o recebimento da “notícia” de ter uma doença como essa vem acompanhada de experiências desagradáveis repletas de sentimentos como “tristeza”, “raiva”, “revolta”, “choque” e “susto” (Péres, Franco, & Santos, 2008, p. 104). Já em outro estudo, os entrevistados citaram a “abstenção do prazer” como um sentimento vivenciado por eles no decorrer do tratamento (Torres, Souza, Lima, & Bodstein, 2011). De acordo com depoimentos, a doença crônica traz vários prejuízos: “perdas nas relações sociais, perdas financeiras, perdas da capacidade física, limitações nas atividades de lazer e no prazer de fumar e beber” (Pérez, Franco, & Santos, 2008, p. 106). Diante desse impacto emocional, a pessoa pode passar a isolar-se socialmente, ou pode experimentar sentimentos positivos, e maior vinculação com aqueles que a cercam, estreitando laços e se beneficiando da ajuda de parentes, amigos e até de pessoas desconhecidas (Pérez, Franco, & Santos, 2008).

Geralmente a confirmação da doença abala muito a pessoa, em função das restrições significativas impostas pela doença; exigindo mudanças que abrangem dieta alimentar balanceada, realização regular e disciplinada de exercício físico, e o uso diário e ininterrupto de medicação, o que pode tornar a adesão ao tratamento uma meta difícil de ser atingida em todas as suas dimensões (Santos, E.C.B., Zanetti, Otero, & Santos, M.A., 2005).

Dados de uma pesquisa sobre a prática alimentar de diabéticos sugerem que os participantes reconhecem a importância de uma alimentação balanceada como condição para uma vida com mais saúde e qualidade, e não unicamente para o controle da doença. Ainda assim, de acordo com os dados dessa pesquisa, todos os participantes demonstraram dificuldades em seguir de forma integral a dieta alimentar prescrita. Alguns adotaram a dieta de forma rigorosa até que o alcance do nível glicêmico desejado, abandonando a dieta logo em seguida e, retomando-a com o retorno dos sintomas desagradáveis. Outros chegaram a seguir a dieta de forma regular, porém, parcialmente (Santos, & Araújo, 2011).

Além do cuidado com a dieta alimentar, a prática regular de exercício físico tem sido reconhecida como “um importante aliado ao plano terapêutico do idoso com diabetes tipo 2”, já que pode favorecer a manutenção do peso, o controle do metabolismo, a diminuição da necessidade do uso de fármacos orais ou insulina, além de contribuir para uma vida mais longa e de qualidade (Alborghetti, Oliveira, & Silvério, 2012, p. 207). As pessoas, de maneira geral, entendem bem a relação existente entre diabetes, dieta alimentar desregrada, e ausência de exercício físico (Oliveira, & Zanetti, 2011). Uma pesquisa revelou que o conhecimento relativo ao efeito do exercício físico como forma de prevenção e tratamento foi mais considerável em hipertensos (82%) do que em diabéticos (47,2%) (Knuth, Bielemann, Silva, Borges, Del Duca, Kremer, Hallal, Rombaldi, & Azevedo, 2009).

Adaptar-se a uma doença complexa envolve alteração de costumes já arraigados e difíceis de serem alterados. No entanto, acredita-se que o envolvimento e a participação da família no enfrentamento e na convivência com o diabetes pode tornar menos penosa, para o diabético, essa mudança de hábitos e estilo de vida (Salbego, Silveira, Ramos, Pez, & Hammerschidt, 2013).

A família pode vivenciar diferentes sentimentos e emoções diante da necessidade de gerenciar o cuidado ao idoso pois, com a evolução da doença, aumentam as necessidades de atenção e acompanhamento, assim como torna a vida daquele que realiza tais cuidados mais desgastante e difícil (Hiller, Bellato, & Araújo, 2011).

Em contrapartida, alguns autores declaram que, apesar dessa sobrecarga, os familiares podem também vivenciar sentimentos positivos ao gerenciarem esse cuidado, sobretudo, ao perceberem os ganhos de sua atuação no tocante à saúde do idoso. O familiar também pode encarar esse período de cuidado como uma etapa de preparação e sensibilização para o enfrentamento do próprio processo de envelhecimento e da própria morte; evidenciando um processo recíproco em que tanto aquele que é cuidado quanto aquele que cuida são beneficiados (Caldas, & Moreira, 2007).

Sabe-se que, em qualquer etapa da vida, o adoecimento crônico pode impor ao doente limitações na capacidade de gerenciar o próprio cuidado. Contudo, com o avançar da idade, essa capacidade pode se revelar prejudicada, especialmente em função da presença de outras enfermidades.

Apesar disso, é essencial que os idosos com diabetes se percebam e sejam percebidos pelos familiares e pelos profissionais de saúde como participantes ativos em seu tratamento, além de autônomos e responsáveis por suas vidas (Borba, 2012).

Nesse sentido, o objetivo da pesquisa foi recuperar os sentidos e os significados que o idoso com diabetes *mellitus* tipo 2 atribui à sua família, na adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não. Além disso, refletir acerca da contribuição dos familiares nessa adesão, bem como, identificar dificuldades enfrentadas nesse processo

## **Método**

### **Participantes**

A amostra foi constituída por 6 (seis) pessoas com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, três do sexo feminino e três do sexo masculino, residentes no Distrito Federal, com idade igual ou superior a 60 anos. Foram atribuídos numerais (1, 2, 3, 4, 5 e 6) aos participantes, como forma de assegurar o sigilo e anonimato.

### **Local**

Os participantes foram entrevistados em suas respectivas residências, em um ambiente privativo e tranquilo, objetivando respeitar a individualidade e a privacidade de cada participante.

### **Instrumentos**

Para a aquisição das informações foi realizada uma entrevista semiestruturada orientada por um roteiro de entrevista, contendo 15 questões com o intuito de compreender o ponto de vista das pessoas entrevistadas acerca dos seguintes temas: o papel da família no tratamento do diabetes tipo 2, adesão à dieta, ao exercício físico e à medicação para o manejo e controle da doença nessa fase da vida.

## **Procedimento**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, com o código CAAE 38312514.2.0000.0023. Inicialmente, o pesquisador fez contato, via telefone, com pessoas conhecidas com diabetes tipo 2, para convidá-las a participarem da pesquisa. Mediante a confirmação do interesse de um, o pesquisador providenciou o agendamento das visitas domiciliares. Antes de dar início à entrevista semiestruturada, o entrevistador apresentou de forma clara e sucinta os objetivos da pesquisa e esclareceu sobre o sigilo e anonimato dos participantes, bem como sobre a não obrigatoriedade da participação. Os participantes foram orientados sobre a importância e a necessidade de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, confirmando o interesse em participar da pesquisa. As entrevistas foram feitas individualmente e tiveram duração aproximada de 50 minutos.

## **Análise das informações**

Para a análise das entrevistas, utilizou-se a técnica Análise de Conteúdo, por se tratar de um procedimento que permite interpretar o conteúdo expresso ou implícito da comunicação. Dentre as diferentes modalidades de Análise do Conteúdo existentes, optou-se, neste estudo, pelo emprego da Análise Temática. De acordo com Minayo (2007), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (p. 316). As análises dos dados seguiram as seguintes etapas: “Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação” (Minayo, 2007, pp. 316-319).

Após a transcrição e a leitura cuidadosa das entrevistas, foram identificados temas comuns dando origem às seguintes categorias de análise: diagnóstico da doença, adesão ao tratamento medicamentoso e papel da família no tratamento do idoso com diabetes tipo 2.

## Discussão e Resultados

### Categoria 1: Diagnóstico da doença

Apesar de o idoso que acaba de descobrir que está com diabetes ainda não estar experimentando os efeitos e as complicações que costumam surgir após alguns anos de convivência com a doença, comumente as pessoas sentem-se abaladas e com certas dificuldades em aceitar a doença (Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2006). Enfrentar o processo de adoecimento de maneira conjunta com a família pode auxiliar o idoso diabético a aceitar o diagnóstico e a investir em ações de autocuidado (Santos, 2014). Nesse sentido, todos os entrevistados afirmaram perceber a importância e o valor do apoio familiar nesse momento inesperado de suas vidas. Ao serem questionados quanto ao papel da família nessa fase da doença, disseram:

*“Demonstraram muita preocupação e me apoiaram bastante. Me sinto apoiado até agora. Mudou para eles também, pois eles passaram a ter cuidado dobrado no preparo da minha alimentação e cuidado com o horário. Não deixam passar do horário.” (4)*

*“Eles ficaram preocupados, pois é muito difícil seguir à risca essa dieta. A rotina deles mudou um pouco. Aboliram o açúcar e passaram a comer comida sem sal.” (1)*

*“Uma das minhas filhas tem muito cuidado comigo, ela me ajuda muito. Os outros também ajudam, pedem refrigerante diet para mim e estão sempre me supervisionando.” (3)*

*“A minha esposa é muito boa, meus filhos também. Eles tentam me proteger. Eles ficam magoados comigo, porque eu faço extravagância.” (2)*

Pelos relatos, é possível inferir que, para alguns, as mudanças implementadas ganharam uma conotação mais favorável, uma vez que, foram percebidas como uma demonstração de suporte e proximidade com os familiares. Nota-se, também o predomínio do sentimento de preocupação por parte dos familiares em relação ao idoso com diabetes.

Um dos motivos para tal sentimento pode ser a presença de certa resistência por parte do idoso em adotar um novo estilo de vida, pois este pode estar vinculado, de certa forma, a abstenção de prazer e a presença de limitações (Pérez, Franco, & Santos, 2008).

O adoecimento crônico tem prejudicado a independência e autonomia dos idosos, chegando a impor mudanças significativas em suas vidas, como, por exemplo, quando a pessoa adoecida se vê impedida de continuar trabalhando, em função das complicações e agravos da doença. Tal fato costuma ser considerado, principalmente para os idosos ativos profissionalmente, como uma das restrições que comprometem a qualidade de vida, tendo em vista que a renda familiar reduz e os gastos aumentam (Busnello, *et al.*, 2012).

## **Categoria 2: Adesão ao tratamento medicamentoso**

Aderir ao tratamento em seus múltiplos aspectos torna-se fundamental, especialmente para os idosos, pois geralmente já lutam contra outras doenças, e apresentam certo decréscimo na capacidade funcional para a realização de determinadas atividades (Borba, 2012). Na maioria das vezes, o tratamento medicamentoso é introduzido após a tentativa de manejar e controlar a doença apenas a partir da dieta e do exercício físico. Estudos sobre esse tema revelam uma maior adesão ao tratamento medicamentoso quando comparado aos demais tratamentos.

A partir da análise das entrevistas, foi possível constatar uma boa adesão dos idosos em relação ao uso do medicamento para o controle do diabetes, quando a maioria dos participantes respondeu que faz uso de antidiabéticos orais, como Metformina, e declarou receber ajuda por parte de seus familiares, conforme pode ser verificado nos relatos abaixo:

*“Sim, Metformina, duas vezes ao dia. Eles participam indo buscar a medicação para mim. Me adaptei bem aos horários do remédio e não preciso de ajuda nesse sentido. O que dificulta é o fato de ter que tomar vários remédios por dia, pois tomo remédio para colesterol, tireoide, pressão e labirintite.” (3)*

*“Sim, tomo Metformina e Trayenta. Meu esposo me ajuda, todas as vezes que levanto de manhã os remédios estão arrumadinhos na mesa do café e à noite também. Ele costuma me lembrar de tomar o remédio, me traz copo de água para tomar o remédio.” (6)*

*“Tomo 2 vezes por dia o Glimpirida e o Janumet. Tomo remédio para pressão e para o colesterol.” (1)*

Cumprir os horários dos medicamentos prescritos é uma barreira a ser transposta ao se tratar de qualquer doença, pois provoca alteração nos hábitos e na reorganização da rotina diária da pessoa, especialmente num tratamento medicamentoso de uso permanente, como no caso do diabetes. Um dos participantes revelou encontrar dificuldades em seguir o tratamento medicamentoso e não dispor de suporte familiar nesse aspecto do tratamento:

*“Sim. Eu tomo o Cloridrato de Metformina duas vezes ao dia e também tomo o Atenolol para a pressão. A minha família não participa dessa parte, eu tenho que me cuidar sozinho. Quando faço uma extravagância (ingerir bebida de dose) fico alguns dias sem tomar o comprimido. Fico esperando o álcool sair do corpo. O cigarro também é um veneno, mas não consegui parar de fumar, embora saiba que não deveria. Passo até 60 dias sem beber, mas quando vem aquela vontade, o nervoso ataca, ninguém pode me olhar, o cachorro late, e eu fico louco, daí eu bebo e me acalmo.” (2)*

O desconhecimento da finalidade do uso contínuo da medicação pode repercutir na adesão ao tratamento medicamentoso, resultando em descontrole da glicemia e na sintomatologia aguda ou crônica; daí, a necessidade de o diabético conhecer mais sobre a própria doença.

Estudos demonstram que o idoso pode se sentir menos estimulado a promover seu autocuidado quando não percebe o envolvimento e a participação da família em seu tratamento (Santos, & Marcon, 2014). Sendo assim, presume-se que aderir ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não, requer muito mais do que apenas uma tomada de decisão por parte do diabético (Espírito Santo, Souza, Ferreira, Silva, & Taitson, 2012).

O participante 2, que sinalizou não dispor do apoio familiar em seu tratamento, é o mesmo que alegou estar com dificuldades em abandonar hábitos antigos, como ingerir bebida alcoólica e fumar cigarros, ainda que tenha informações sobre os perigos desses hábitos para a sua saúde, tanto em curto, como em longo prazo, o que nos leva a deduzir que apenas a informação isolada pode ser pouco eficiente para o cumprimento das prescrições médicas (Torres, Fernandez, & Cruz, 2007).

Dois idosos fazem uso de antidiabéticos orais e também de insulina como parte do tratamento. Estes apresentam idade acima de 70 anos e convivem com o diabetes há mais tempo do que os demais participantes. Destacam-se também pelo fato de apresentarem maior dependência de ajuda familiar, como mostrado nos relatos a seguir:

*“Sim, Metformina (3 vezes ao dia) e Diamicron. A minha filha participa me dando os medicamentos, pois perdi a visão. Atualmente, ela também me aplica insulina, quando necessário. Primeiro, tive uma catarata e depois tive glaucoma, por conta da diabetes. Deu rápido. Estou cego do olho esquerdo e tenho só 20% de visão da vista direita. O médico que passou a insulina para mim, mandou eu tomar só quando estiver muito alta. Só uso quando a glicose sobe muito. Atualmente a minha filha é quem aplica em mim.” (4)*

*“Sim, 2 vezes por dia. Uma de curta e uma de longa duração. Uso desde 2008. Antes eu controlava só com medicação e alimentação. É ela quem aplica a insulina (a filha). Se vou a um restaurante ela aplica, se estou sozinha em casa eu mesma aplico a insulina na barriga. Ela também faz a contagem de carboidrato para mim.” (5)*

A perda considerável da visão de um dos idosos leva-nos a refletir sobre a importância da adesão adequada ao tratamento como forma de evitar as possíveis complicações que podem provocar a incapacitação e/ ou a morte prematura do idoso (Lebrão, & Duarte, 2007). Estudos divulgam que a falta de controle da glicemia em longo prazo pode ser muito prejudicial para a independência e qualidade de vida dos idosos, já que pode intensificar e agravar o adoecimento do diabético (Antão, Dantas, & Martins, 2013). Portanto, os idosos com diabetes merecem atenção especial por parte de todos nessa jornada de convivência e enfrentamento diário com a doença.

### **Categoria 3: Participação da família no tratamento**

Nenhum dos entrevistados mora sozinho, dois deles moram apenas com o cônjuge, três moram com o cônjuge/filhos, e outro mora apenas com uma filha. Dos seis idosos entrevistados, cinco contam com a colaboração e cuidados realizados por uma pessoa do sexo feminino, o que corresponde com pesquisas que indicam a prevalência das mulheres no papel de cuidadora de idosos da família, embora atualmente já existam netos, filhos, maridos mais envolvidos com a tarefa de cuidar (Gonçalves, Alvarez, Sena, & Vicente, 2006).

Pesquisas indicam que fica menos problemático para os idosos diabéticos adotarem um novo estilo de vida quando se sentem amparados e incentivados por membros de sua família (Rossi, Pace, & Hayashida, 2009). Diante da pergunta, na sua opinião, existe alguma relação entre o seu nível de adesão ao tratamento e a participação de sua família, os idosos responderam:

*“Sim, sem a ajuda deles, seria mais difícil. Acho que é um conjunto que tem que caminhar junto. A gente precisa aderir a novas ideias e se não tiver ajuda da família, fica mais complicado.” (3)*

*“Sim, pois vejo o cuidado da minha família em balancear a minha comida, obedecendo um pouco à dieta, me ajudando a tomar os comprimidos.” (4)*

*“Tem tudo a ver. Tenho aqui em casa apoio total, estão sempre me lembrando daquilo que não posso comer.” (1)*

*“Se sigo o tratamento direito é por causa da ajuda dela; se ela (filha) não colaborasse comigo, mesmo que eu tentasse eu não conseguiria. Vejo muitas pessoas sem esse apoio, acho muito difícil me tratar sem esse apoio.” (5)*

Os comportamentos dos familiares em relação ao tratamento podem representar uma demonstração de cuidado, como se pode observar pelos relatos dos idosos que são lembrados de tomar os remédios.

As demais percepções dos idosos confirmam os achados da literatura que apontam a família como importante aliado do diabético, tanto na aceitação dos novos hábitos necessários para a melhoria das condições de saúde, como na motivação para comportamentos de autocuidado (Santos, Alves, Oliveira, Ribas, Teixeira, & Zanetti, 2011).

A maioria dos entrevistados colocou a família numa posição de controle e vigilância, uma vez que, estes monitoram e, às vezes, procuram evitar que cometam excessos, principalmente em relação à alimentação. Em oposição a estudos que sugerem que uma postura desse tipo por parte dos familiares pode interferir negativamente na adesão à dieta alimentar, os idosos entrevistados demonstraram boa aceitação em relação a essa vigilância e declararam se beneficiarem disso (Pérez, Santos, Zanetti, & Ferronato, 2007):

*“Com a ajuda da família fica mais fácil, pois preciso ter alguém me monitorando. No início eu reclamava das cobranças dos familiares, mas agora não. Divido um pouco a responsabilidade com a minha esposa, às vezes quero comer um bolo e ela diz que hoje não.” (1)*

*“Às vezes eles me dizem que não devo comer algo, vejo isso como positivo, pois sei que é para me ajudar. Não gosto, mas acho bom. Acho importante a participação deles nessa parte do controle.” (4)*

*Ela (filha) me ajuda na alimentação, especialmente na vigilância e no meu repouso. Se eu quero comer uma tapioca e a glicose está alta, ela não deixa. Tenho esse apoio e vigilância por parte dela. Que muitas mães possam encontrar uma filha igual à minha...” (5)*

Apreende-se dos relatos acima que os idosos têm dado um outro sentido à vigilância e ao controle realizado pelos familiares: cuidado, preocupação e zelo. Uma idosa (5) ficou emocionada ao falar sobre a atenção e o cuidado dispensado a ela por sua filha, repercutindo no vínculo, na motivação, e no sentimento de gratidão vivenciado por ela (Santos, 2014). No entanto, nem todos têm suas demandas de suporte familiar plenamente atendidas, como mostra o relato a seguir:

*“Acho que eles poderiam ajudar mais, se o meu esposo aderisse eu acharia ótimo, pois ajudaria mais. Às vezes sou obrigada a mudar a minha dieta em alguns aspectos por causa da dele. O cheiro da comida deles me dá tonteira enjojo no estômago. Às vezes, quando eu faço comida para eles não consigo nem almoçar.” (6)*

Assim como a idosa acima se vê em dificuldades diante da necessidade de preparar comida para seu esposo, pesquisas indicam que outras pessoas passam por situações semelhantes ao terem que preparar determinadas refeições para seus familiares, o que pode acabar interferindo no seguimento da dieta específica da pessoa com diabetes (Péres, Franco, & Santos, 2008). Portanto, a dificuldade em adotar uma alimentação mais adequada ao tratamento a ser seguido pode estar atrelada, em alguns casos, a um suporte familiar insatisfatório, especialmente quando os familiares cuidadores assumem uma postura demasiadamente crítica ou controladora, ou mantêm hábitos de vida muito discrepantes aos do diabético.

Sendo assim, estabelecer uma parceria com a família nesse processo de enfrentamento da doença é fundamental e indispensável para o idoso diabético, pois cria condições para que a adesão ao tratamento se dê mais facilmente, podendo ocorrer a partir da percepção de pequenas atitudes que transpareça o comprometimento da família:

*“Às vezes, tem um bolo em casa para ser servido às visitas, a minha filha compra um bolo separado para mim.” (5)*

*“Com a intenção de me ajudar, quando o meu marido sente a necessidade de comer algo que eu não posso comer, ao invés de pedir para eu fazer, ele sai e come na rua.” (3)*

*“A minha filha traz vários doces diet pra mim. E a minha nora também faz muita sobremesa diet para mim. Todo mundo começou a aprender a fazer receitas para mim. O meu filho é muito preocupado comigo, cuida muito de mim, já me mandou fazer caminhada mais de dez mil vezes.” (1)*

Verificar o nível de adesão ao tratamento de doenças crônicas não é uma tarefa simples, principalmente pelo fato de se considerar a fala e a percepção subjetiva do doente, tanto sobre sua enfermidade e tratamento, como pelo processo de saúde e doença (Torres, Fernandes, & Cruz, 2007).

Ao final da entrevista, cada participante foi convidado a pensar em seu envolvimento com o tratamento e também sobre o envolvimento de sua família nesse processo. E posteriormente, incentivado a eleger uma nota tanto para ele, quanto para sua família. Diante dessa proposta os participantes responderam:

*“Daria nota 8, porque tem hora que eu saio do trilho. Para a minha família dou nota 9, porque eles se preocupam muito comigo.” (1)*

*“Eu daria nota 8 para mim, porque ainda sou relapsa. Às vezes, fico um dia ou outro sem tomar o remédio. Daria nota 9 para a minha família, pois percebo que todos são muito cuidadosos comigo.” (3)*

*“Eu acho que nota 8, será que é muito? Eu procuro fazer o máximo pra normalizar a glicose. Para a minha filha, dou nota 10, pois ela faz tudo para me ajudar.” (5)*

*“Nota 7, para mim. Não dou uma nota maior pelo fato de acabar não seguindo a dieta direitinho quando eu viajo. Daria nota 8 para a minha família, pois embora não me ajudem na alimentação estão sempre demonstrando preocupação comigo.” (6)*

*“Pelo meu envolvimento com a medicação, eu daria nota 10. Estou seguindo corretamente, embora tem dia que eu falho. Recebo muitos conselhos para fazer caminhada, mas não faço, sou um homem quieto, se eu tivesse uma companhia para andar comigo... Não me cuido certinho. Para a minha família dou nota 2 ou 3. Se eu quiser me matar, eu me mato, não tenho cobertura, apoio, e nem diálogo. Queria ter, mas não tenho.” (2)*

Embora o entrevistado (2) tenha avaliado seu engajamento com a terapêutica medicamentosa com nota 10, relata que não toma a medicação com regularidade, o que acaba sendo, em alguma medida, contraditório.

A percepção da falta de engajamento familiar, para ele, pode indicar uma família despreparada, insegura e com dificuldades em assumir as responsabilidades exigidas pela tarefa de cuidar, cabendo aos profissionais de saúde oferecerem um respaldo teórico-prático às pessoas envolvidas (Santos, & Marcon, 2014). Acontece de os familiares ajudarem ou não, pois os ajustes necessários para viver bem também interferem na vida daqueles que convivem mais de perto com o idoso com diabetes, podendo ocasionar certo desconforto e sofrimento, uma vez que o tratamento é complexo e de longa duração (Zanetti, Biagg, Santos, & Teixeira, 2008).

Acredita-se que tenha sido relevante, para os idosos entrevistados, esse momento de reflexão e avaliação da própria conduta durante a entrevista, na medida em que, puderam discriminar que a adesão ao tratamento só será possível se houver a participação efetiva de cada um, ainda que seja muito importante a participação da família. De modo geral, conseguiram perceber alguns aspectos a serem melhorados em prol da própria saúde e do automanejo de sua doença e, ao mesmo tempo, reconhecer o quanto são amados, cuidados e valorizados por sua família, visto que avaliaram a participação familiar com notas altas.

## **Conclusão**

Cuidar e tratar de uma doença crônica como o diabetes *mellitus* tipo 2 não é uma tarefa simples, particularmente para os idosos, pois a vida toda eles cuidaram de outras pessoas e agora têm que ser cuidados; será que estão preparados para isso? Além disso, a adaptação a um novo modo de vida costuma causar muito sofrimento às pessoas, principalmente, quando idosas, já que estão acostumadas a viverem de outra forma há muitos anos, tendo hábitos alimentares e de vida bem estabelecidos e permeados por elementos de natureza cultural, econômica e social. Um dos focos do tratamento do diabetes é a mudança de hábitos, e isso envolve muito autocontrole e entendimento sobre o significado dessas mudanças, o que acaba dificultando o comprometimento com o tratamento.

Um aspecto muito importante é a inserção da família nos cuidados da pessoa idosa com diabetes, pois o envolvimento familiar pode contribuir para uma melhor aceitação do diagnóstico e das mudanças comportamentais a serem adotadas em prol de uma melhora no estado de saúde, uma vez que torna menos doloroso para o diabético realizar os cuidados com a doença quando se sente apoiado e incentivado por sua família.

O acompanhamento ao idoso adoecido torna-se ainda mais efetivo, quando a família se informa e busca entendimento sobre a doença, a fim de transmitir segurança, suporte e estímulo adequado às mudanças necessárias. Para tanto, a família também precisa ser alvo de cuidados e investimentos por parte dos profissionais de saúde, pois é a família quem conhece os hábitos de vida do idoso e disponibiliza a ele, em muitos casos, amparo físico, emocional e material, podendo atuar como uma aliada do idoso na adesão ao tratamento.

Dada a importância da família nessa luta contra a doença, não cabe mais a adoção de estratégias convencionais de gerenciamento do diabetes baseadas unicamente no paciente.

Na percepção dos idosos entrevistados, seus familiares demonstram empenho e boa vontade em auxiliar, porém revelam carência de suporte, treinamento e apoio técnico e emocional nessa tarefa. Os idosos entrevistados declararam receber de sua família suporte, carinho e incentivo, porém, também declararam falta de empatia, problemas de comunicação e conflitos interpessoais. Percebe-se que uma relação mais harmoniosa parece ser fundamental para a tranquilidade e renovação de forças dos idosos, diante de tanto desgaste físico e emocional ao longo da convivência com a doença. Adicione-se a isso que o despreparo e a falta de condições para dispensar atenção e cuidado personalizado às novas demandas do idoso diabético podem favorecer o agravamento da doença e suas tão temidas complicações.

O envelhecimento acentuado da população brasileira coloca os profissionais da saúde diante do desafio de criar estratégias de intervenção voltadas para as pessoas com mais idade, a fim de preservar a autonomia, a independência e a qualidade de vida pelo maior tempo possível.

Para tanto, destaca-se o papel de profissionais, como um psicólogo, em prol da saúde individual e da comunidade, por meio de intervenções individuais e em grupo, com pacientes e familiares, visando a favorecer a adesão ao tratamento, ao enfrentamento da doença e a uma melhor qualidade de vida para pacientes e familiares. No desempenho de seu trabalho o psicólogo poderá atuar também junto às equipes de saúde em programas multidisciplinares, com o objetivo de intermediar o processo de comunicação com os pacientes e familiares, ampliar o conhecimento destes sobre a doença e promover estratégias de enfrentamento.

Nesse sentido, cabe à família colocar-se a serviço da qualidade de vida do idoso diabético e auxiliá-lo a combater seus medos, contradições, dificuldades e o isolamento que a doença pode trazer, sem perder de vista a premissa de que o diabético é o ator principal em seu cuidado e responsável por sua saúde.

Sendo assim, os idosos precisam ser ouvidos e terem seus desejos de diálogo e de fazer escolhas atendidos.

Prover autonomia e cidadania para esses idosos nessa fase da vida é fundamental, pois o não atendimento de tais necessidades pode resultar em desmotivação, tristeza, lamentação e insatisfação com a própria vida.

## Referências

Alborghetti, K. T., Oliveira, M. A. S., & Silvério, M. R. (2012). Diabetes mellitus tipo II em pessoas idosas: estratégias utilizadas pelos usuários da rede pública de saúde em um município do Sul de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 9(2), 200-212. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/200-212>.

Antão, J. Y. F. L., Dantas, M. N. L., & Martins, A. A. A. (2013). Complicações do diabetes mellitus: uma reflexão acerca da atuação do enfermeiro. *Revista e-ciência*, 1(1), 92-104. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/Dialnet-ComplicacaoDoDiabetesMellitus-5193260.pdf>.

Borba, A. K. O. T. (2012). *Diabetes no idoso: práticas educativas e fatores associados à adesão terapêutica*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2014/02/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Wanessa-Fran%C3%A7oise-da-Silva-Aquino-do-Carmo.pdf>.

Brasil. (2003). Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm).

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Recuperado em 24 setembro, 2014, de: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/Dant/VIGITEL-2011.pdf>.

Burlá, C., & Azevedo, D. L. (2011). Palição: cuidados ao fim da vida. In: Freitas, E. V., et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*, 1226-1241. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Busnelo, R., Foschiera, R., Sachetti, A., Fontana, C., Romano, S., & Rech, V. (2012). Nível de conhecimento de idosos sobre Diabetes Mellitus e sua percepção em relação à qualidade de vida. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(5), 81-94. São Paulo (SP), Brasil: PUC-SP. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/7840/11432>.

Caldas, M. D., & Moreira, C. P. (2007). A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Anna Nery*, 11(3), 520-525. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000300019>.

Espírito Santo, M. B., Souza, L. M. E., Souza, A. C. G., Ferreira, F. M., Silva, C. N. M., & Taitson, P. F. (2012). Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. *Enfermagem Revista*, 15(1), 88-101. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3275>.

Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., Sena, E. L. S., Silva, L. W. S., & Vicente, F. R. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 15(4), 570-577. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71415404.pdf>.

Grillo, M. F. F., & Gorini, M. I. P. C. (2007). Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 49-54. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000100009>.

Hiller, M., Bellato, R., & Araújo, L. F. S. (2011). Cuidado familiar à idosa em condição crônica por sofrimento psíquico. *Escola Anna Nery*, 15(3), 542-549. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127719485015.pdf>.

Knuth, A. G., Bielemann, R. M., Silva, S. G., Borges, T. T., Del Duca, G. F., Kremer, M. M., Hallal, P. C., Rombaldi, A. J., & Azevedo, M. R. (2009). Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 513-520. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300006>.

Lamounier, R. N., Leite, S., Minicucci, W., & Nascimento, P. D. (2011). *Manual prático de diabetes: prevenção, detecção e tratamento do diabetes*. Rio de Janeiro, RJ: A. C. Farmacêutica.

Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. O. (2007). Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas? In: Neri, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo, SP: Fundação Perseu Abramo.

Malaman, L. B. (2006). *O processo de adesão dos pacientes diabéticos aos grupos educativos como analisador das relações institucionais nas unidades básicas de saúde*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>.

Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento*. São Paulo, SP: Hucitec.

Nagai, P. A., Chubaci, R. Y. S., & Neri, A. L. (2012). Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”, 407-434. São Paulo (SP), Brasil: PUC-SP. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17315/12860>.

Neri, A. L. (2007). Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: Neri, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo, SP: Fundação Perseu Abramo.

Oliveira, D. C., & Cótica, C. S. (2009). Sexualidade e qualidade de vida na idade avançada. *Geriatrics & Gerontologia*, 3(1), 41-48. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/v3n1a07.pdf>.

Oliveira, M. S. S., Oliveira, I. C. C., Amorim, M. E. S., Otton, R., & Nogueira, M. F. (2014). Avaliação da adesão terapêutica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 8(6), 1692-1701. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: doi: 10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201432.

Oliveira, K. C. S., & Zanetti, M. L. (2011). Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 862-868. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40776/44117>.

Péres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M.A. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Revista Saúde Pública*, 40(2), 310-317. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200018>.

Péres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. (2008). Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 101-108. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100016>.

Péres, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M. L., & Ferronato, A. A. (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6), 1105-1112.

Ribeiro, J. P., Rocha, S. A., & Popim, R. C. (2010). Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. *Escola Anna Nery*, 14(4), 765-771. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400016>.

Rossi, V. E. C., Pace, A. E., & Hayashida, M. (2009). Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciência et Praxis*, 2(3), 41-46. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/2084-6394-1-PB.pdf>.

Salbego, L. P., Silveira, A. Ramos, A. K., Pez, A. P. Z., & Hammerschmidt, K. S. A. (2013). Inserção da família no gerenciamento do cuidado ao idoso com diabetes mellitus. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7(12), 6883-6887. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: doi: 10.5205/reuol.2950-23586-1-ED.0712201321.

Santos, M. A., Alves, R. C. P., Oliveira, V. A., Ribas, C. R. P., Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M. L. (2011). Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 651-658. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3577/art\\_ALVES\\_Representacoes\\_sociais\\_de\\_pessoas\\_com\\_diabetes\\_acerca\\_2011.pdf?sequence=1](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3577/art_ALVES_Representacoes_sociais_de_pessoas_com_diabetes_acerca_2011.pdf?sequence=1).

Santos, A. F. L., & Araújo, J. W. G. (2011). Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 20(2), 255-263. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: doi: 10.5123/S1679-49742011000200014.

Santos, E. C. B., Zanetti, M. L., Otero, L. M., & Santos, M. A. (2005). O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(3), 397-406. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300015>.

Santos, T. P. (2014). Suporte familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus em uma cidade do interior da Bahia. *InterScientia*, 2(2), p. 16-24. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/68>.

Santos, A. L. & Marcon, S. S. (2014). Como as pessoas com diabetes avaliam a participação familiar em seu processo de cuidado da saúde. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), 260-269. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000200009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000200009&script=sci_arttext&tlng=pt).

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da diabetes mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(2), 33-41. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.index-f.com/referencia/2006pdf/33-2006-jun.pdf>.

Silva, V. (2009). *Velhice e envelhecimento: qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do SESC-Estreito*. Trabalho de Conclusão de curso. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/119776>.

Sociedade Brasileira de Diabetes. (2014). *Diretrizes da SBD 2013/2014*. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/diretrizes-sbd.pdf>.

Torres, R. M., Fernandes, J. D., & Cruz, E. A. (2007). Adesão do portador de diabetes ao tratamento: revisão bibliográfica. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(2,3), 61-70. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/3925-9536-1-PB.pdf>.

Torres, H. C., Souza, E. R., Lima, M. H. M., & Bodstein, R. C. (2011). Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(4), 514-519. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a11v24n4>.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>.

Waldman, B. F. (2006). *Envelhecimento bem-sucedido: uma metodologia de cuidado a pessoas com diabetes mellitus*. Tese de doutorado, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2552>.

Zanetti, M. L., Biagg, M. V., Santos, M. A., Peres, D. S., & Teixeira, C. R. S. (2008). O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 186-192. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf>.

Recebido em 17/05/2016

Aceito em 30/06/2016

---

**Renata Borsaro Monteiro de Souza** – Graduação em Pedagogia, Universidade de Uberaba, MG. Graduação em Psicologia. Centro Universitário de Brasília, UniCEUB, Brasil, UniCeub. Brasília, DF.

E-mail: [renataborsaro@gmail.com](mailto:renataborsaro@gmail.com)

**Sergio Henrique de Souza Alves** – Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília. Mestrado e Doutorado em Psicologia, Universidade de Brasília. Professor Titular do Instituto de Educação Superior de Brasília, e do Centro Universitário de Brasília, UniCeub. Brasília, DF.

E-mail: [sergiohenrique.alves@gmail.com](mailto:sergiohenrique.alves@gmail.com)