

## Vivências e percepções de idosos diabéticos em tratamento ambulatorial\*

*Experiences and perceptions of diabetic elderly in ambulatory treatment*

*Experiencias y percepciones de ancianos diabéticos en tratamiento ambulatorio*

Daiane Fuga da Silva  
Bruna Maria Amorim Loula  
Anne Caroline da Silva Alves  
Cláudia Aranha Gil  
Adriana Machado Saldiba de Lima

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi verificar e analisar qualitativamente as vivências e percepções de idosos diabéticos tipo 2, em relação à doença. Foram selecionados 35 idosos diabéticos do Ambulatório de Endocrinologia e Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Através da análise temática de conteúdo das entrevistas semiestruturadas, verificou-se que os idosos sentem necessidade de apoio dos familiares, pois têm uma perspectiva de futuro negativa.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Doença crônica; Diabetes mellitus.

**ABSTRACT:** *The objective of this study was to verify and analyze the experiences and perceptions of elderly with type 2 diabetes. Thirty-five diabetic elderly were selected from the Endocrinology Ambulatory and Institute of Orthopedics and Traumatology, Hospital das Clínicas, School of Medicine, University of São Paulo. Through the thematic analysis of the semi-structured interviews content, it was found that the elderly feel the need for family support and have a negative future perspective.*

**Keywords:** *Aging; Chronic disease; Diabetes mellitus.*

**RESUMEN:** *El objetivo de este estudio fue verificar y analizar cualitativamente las experiencias y percepciones de ancianos diabéticos de la clínica ambulatoria de endocrinología y Instituto de Ortopedia y Traumatología, Hospital das Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo. A través de las análisis temáticas del contenido de las entrevistas semiestructuradas, se descubrió que los ancianos sienten la necesidad de apoyo familiar y tienen una perspectiva negativa sobre el futuro.*

**Palabras clave:** *Envejecimiento; Enfermedad crónica; Diabetes mellitus.*

## **Introdução**

Segundo a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, 2017), existem 429,9 milhões de pessoas no mundo com diabetes, sendo que esse número está em franco aumento. Em 2045 é esperado que 628,6 pessoas no mundo estejam acometidas pela doença. Tal tendência se deve ao envelhecimento populacional e à intensa urbanização, que acarreta maiores índices de sedentarismo e obesidade. O Brasil está em quarto lugar na classificação dos dez países com o maior número de pessoas, entre 20 e 79 anos, portadores do Diabetes Mellitus (DM) com 12,5 milhões. A projeção para 2045 é de 20,3 milhões. Além disso, está em sexto lugar na classificação dos dez países com maior gasto no sistema de saúde decorrente do tratamento do diabetes. Em 2017, foram mais de 108,8 mil mortes por diabetes (Flor, & Campos, 2017).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, o DM é caracterizado por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos os quais apresentam, em comum, a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção ou em ambas.

Esta doença é considerada um grave problema de Saúde Pública, em virtude do crescente número de pessoas atingidas e da complexidade de se viver com a patologia (Sherwin, 1996; Francione, & Silva, 2007).

Estima-se que cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são todos portadores da doença, pois esta comorbidade é considerada silenciosa, ou seja, assintomática, por não apresentar sintomas acentuados (Pereira, & Frizon, 2017). Além disso, é comum que aqueles acometidos pela doença apresentem reduzida compreensão das práticas de autocuidado e baixa prontidão para o manejo do DM. Por conseguinte, podem não apresentar uma atitude positiva frente às modificações esperadas no estilo de vida, que são essenciais para a obtenção de um bom controle metabólico (Giroto, Santos, & Marcon, 2018).

Como consequência, o DM 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 (Borges, & Lacerda, 2018).

O DM está entre as principais doenças crônicas que podem acometer a população idosa. Nos idosos, a forma mais comum, é o DM tipo 2 (DM2), que corresponde a 90-95% dos casos de diabetes diagnosticados. Os pacientes idosos apresentam maior risco de desenvolver complicações, tais como: problemas renais, oftalmológicos (cegueira), perda da sensibilidade nas extremidades – o 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 (Corrêa, *et al.*, 2017).

O controle glicêmico requer mudanças comportamentais no indivíduo e maiores cuidados que perduram durante toda a vida, pois envolve alimentação adequada, medicações diárias, exercícios físicos programados, automonitorização da glicemia, cuidados com o próprio corpo e uma educação permanente e atenta quanto à perda ou manutenção de peso, não fumar, controle das dislipidemias e da pressão arterial (Teston, Sales, & Marcon, 2017). 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 (Borba, Arruda, Marques, Leal, & Diniz, 2019).

A experiência do diagnóstico do DM2 quebra a harmonia orgânica e, muitas vezes, transcende a pessoa do doente, interferindo na vida familiar e comunitária, inclusive seu universo de relações. As limitações geradas pela condição crônica afetam tanto suas relações sociais quanto seus aspectos intrapessoais. Mudanças nos hábitos alimentares, o uso de medicalização e a necessidade da prática de exercícios físicos, são procedimentos que trazem bons efeitos ao estado emocional, beneficiando aspectos como o autocuidado, a atividade intelectual e o bem-estar nas atividades diárias. A pessoa diabética vivencia sentimentos e comportamentos que dificultam a aceitação de seu diagnóstico, por conseguinte, a adoção de hábitos saudáveis que permitem uma melhora de sua condição orgânica e mental (Péres, Santos, Zanetti, & Ferronato, 2007).

Nesse contexto, estudar o envelhecimento ligado ao DM2 é de suma importância para compreender a complexidade de se conviver com a doença. Estudos qualitativos têm se destacado, pois colaboram para identificar os aspectos emocionais dos portadores do DM2 em relação à patologia. Em um estudo realizado por Souza e Alves (2016), esses autores buscaram avaliar qualitativamente, através de análise temática de conteúdo, a percepção do idoso diabético sobre o papel da família no tratamento da doença. Os resultados evidenciaram a importância do envolvimento familiar no alcance do controle glicêmico e na qualidade de vida dos idosos, além de ressaltar a necessidade de a família ser apoiada para que consiga desempenhar o papel de diligente.

Na pesquisa de Nagai, Chubaci e Neri (2012), os autores buscaram avaliar qualitativamente as motivações de idosos diabéticos para o autocuidado e verificaram que, dentre os motivos para realizarem o autocuidado, destacou-se a expectativa de viver bem, sem os complicadores da doença. Considerando-se a importância do presente estudo, esta pesquisa objetiva verificar e analisar qualitativamente as vivências e percepções de idosos diabéticos em relação à doença.

## **Método**

### ***Desenho do estudo***

Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa e delineamento transversal, com vistas à compreensão da população estudada, através das percepções e vivências emocionais (Minayo, 2007).

### ***Participantes***

Participaram do estudo, 35 idosos diabéticos frequentadores do Ambulatório de Endocrinologia e do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Foi considerado como critério de inclusão, idosos de ambos os sexos portadores de diabetes tipo 2, com faixa etária de 60 a 80 anos. Não foram incluídos, no estudo, indivíduos portadores de complicações neurológicas e que receberam diagnóstico recente de diabetes, há menos de um ano. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo os critérios para pesquisas com seres humanos, estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012.

### ***Instrumentos e procedimentos***

Inicialmente, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu sob o número CAAE: 68825417.5.0000.0089 e o parecer 2.144.289. Foi utilizado um questionário de identificação elaborado pelas pesquisadoras, com perguntas relativas à idade, escolaridade, estado civil, profissão, gênero, e doenças adquiridas, além do DM2. Nesse instrumento, também foram registrados os dados antropométricos (índice de massa corporal, IMC) e exames laboratoriais (glicose plasmática, hemoglobina glicada, frutossamina) que demonstram o controle glicêmico dos pacientes.

Essas informações estavam disponíveis no prontuário eletrônico de cada paciente, cujo acesso foi por meio dos computadores do Ambulatório de Endocrinologia e do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HCFMUSP. Em todas as consultas, a equipe multidisciplinar aferia as medidas antropométricas e os pacientes traziam exames bioquímicos atualizados, que eram inseridos no prontuário eletrônico.

Além disso, foi realizada uma entrevista semiestruturada com quatro perguntas elaborada pelas pesquisadoras, com o objetivo de melhor compreender a relação do idoso com o DM2. O material continha as seguintes questões: 1) Conte como descobriu que tinha Diabetes, em que época da sua vida foi e como reagiu a esse diagnóstico; 2) Você se considera informado sobre o diabetes e o tratamento necessário? Quais são as principais fontes de informação?;

3) Como tem sido administrar o tratamento da diabetes?; 4) Com relação à doença, qual a sua perspectiva para o futuro?

Os instrumentos foram aplicados de forma individual e as entrevistas, gravadas em áudio (MP3) e posteriormente transcritas na íntegra por uma das pesquisadoras. Todas as informações coletadas neste estudo foram armazenadas em local seguro e, após o prazo de cinco anos, serão incinerados.

### **Análise dos dados**

Para caracterização dos idosos diabéticos, os dados foram tabulados e analisados de forma descritiva (média, frequência e porcentagem). Com relação à análise das entrevistas semiestruturada, foi adotada a Análise Temática de Conteúdo (Minayo, 2007). Os dados coletados na entrevista passaram por três etapas de análise. Primeiro, foi feita a exploração do material com a codificação e tratamento dos resultados obtidos. Em seguida, foi realizada a leitura flutuante, etapa da exploração do material na qual o investigador busca encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Por fim, foi feita a classificação e agregação dos dados, escolhendo-se categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema, realizando interpretações e inter-relacionando-as com o quadro teórico. É importante considerar que o mesmo participante poderia dar mais de uma resposta, e estas serem classificadas em mais de uma categoria.

### **Resultados e discussões**

O estudo foi realizado com 35 idosos portadores de DM2, sendo a maioria do sexo masculino (60%), com idade média de 68 anos. Embora haja uma feminilização da velhice (Luz, *et al.*, 2014), em nossa amostra, foram selecionados mais participantes do sexo masculino, pois os idosos que participaram da pesquisa advindos do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HCFMUSP foram predominantemente do sexo masculino, grupo que se sobrepôs ao das mulheres.

No que diz respeito ao estado civil, 65,7% são casados e a maioria apresenta grau de escolaridade entre o fundamental completo e o ensino médio incompleto (51,4%), sendo que o sexo masculino revela um grau de escolaridade superior ao das mulheres: os homens ficaram

na faixa de ensino médio incompleto a ensino médio completo, enquanto as mulheres ficaram entre o ensino fundamental completo e o ensino médio incompleto.

Com referência à profissão, a maioria dos participantes está na situação de aposentado por tempo de trabalho (42,9%), sendo esta a maior fonte de renda. O valor aproximado da renda mensal dos participantes foi categorizado e corresponde a: abaixo de um salário mínimo (5,7%); de um a dois salários mínimos (48,6%); e mais de dois salários mínimos (45,7%). Com relação às doenças adquiridas, além do DM 2, destacam-se: a hipertensão (63%); colesterol (17%); insuficiência renal (17%); e 11% relataram questões visuais (glaucoma, catarata, deslocamento e sangramento da retina).

Em relação à antropometria e exames laboratoriais, destaca-se que a média de IMC dos idosos apresentou sobrepeso (28,2 Kg/m<sup>2</sup>); o IMC normal varia de > 22 a < 27 kg/m<sup>2</sup>, conforme a classificação de IMC para idosos (Diretrizes Brasileira para Obesidade, 2016). Quanto aos parâmetros do controle glicêmico, estas foram as médias dos resultados: glicemia (153,5 mg/dL); hemoglobina glicada (8,2%); e frutamina (345,5 µmol/L), revelando que o controle glicêmico está acima do recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2017).

### ***Análise das categorias***

Para análise do conteúdo das entrevistas, foram identificadas e agrupadas cinco categorias com unidades temáticas, que, em seguida, foram divididas em unidades de significado segundo a Análise Temática de Conteúdo (Minayo, 2007). A Figura 1 consta o nome da Categoria Temática (vertical), seguida de suas Unidades de Significado e o número de participantes que fizeram parte daquela análise. Para garantir o anonimato, os idosos foram identificados com a letra “P”, o que é seguido de seu número correspondente (exemplo: P1; P2) e assim, sucessivamente.

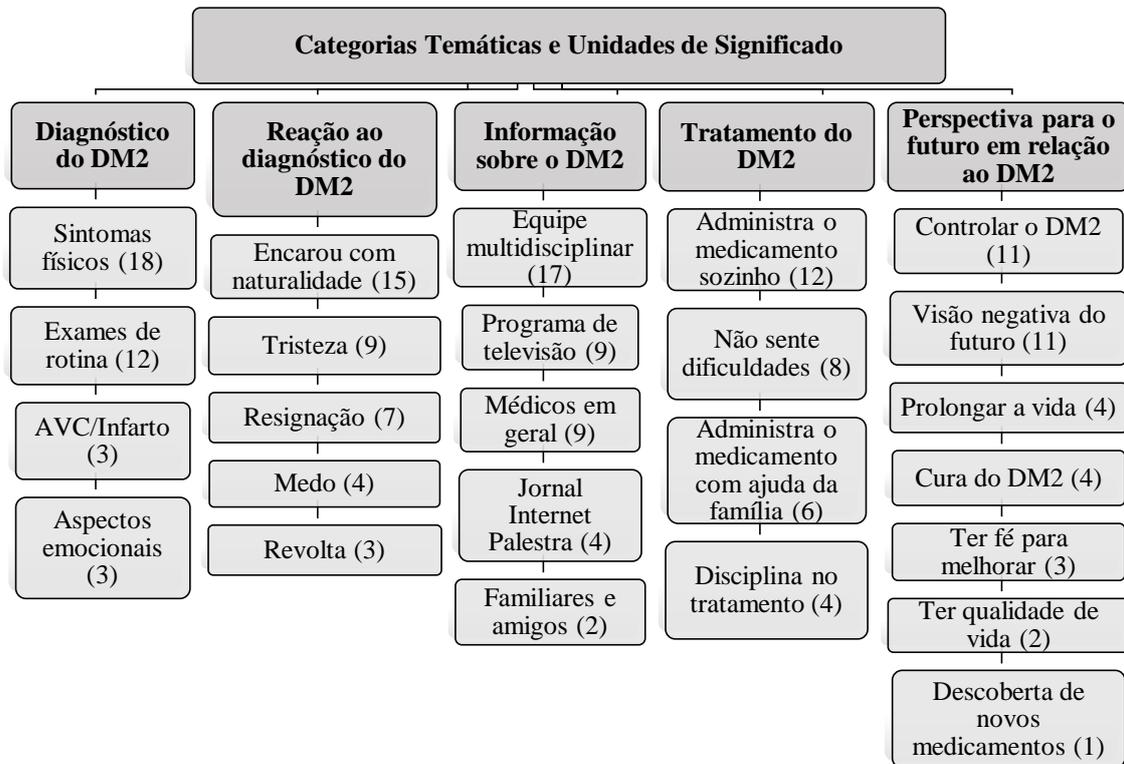


Figura 1. Categorias Temáticas e Unidades de Significado de idosos com diabetes mellitus tipo 2

### **Diagnóstico do DM2**

Buscou-se compreender a forma como os pacientes descobriram que estavam com diabetes e, entre os fatores responsáveis pelo diagnóstico, a unidade de significado que mais se destacou foi “Sintomas físicos”, que se refere a falhas na acuidade visual, cansaço, boca seca e vontade exacerbada de urinar. Segundo P7, “*Eu sentia muita sede*”; P20: “*Eu comecei a ir muito no banheiro e tinha secura na boca*”; e P23: “*Comecei a sentir uma fraqueza (...) vi que a visão não tava normal*”. O reconhecimento desses sinais e sintomas da doença são fundamentais para o diagnóstico, pois servem de parâmetros para avaliar a possível presença do diabetes, e iniciar o tratamento, para evitar maiores comorbidades associadas à doença (Pace, Ochoa-Vigo, Larcher, & Morais, 2006).

A descoberta da doença através de “Exames de rotina”, esteve presente em doze participantes, validando que o diabetes é considerado uma doença silenciosa e que, muitas vezes, seu diagnóstico pode ser tardio. Segundo P4, “*Eu fui fazer um exame periódico da empresa que eu trabalhava*”; e P5: “*Fui fazer uma avaliação, pediram um exame de sangue e descobriram que eu tinha*”.

O autocuidado com o corpo e o sistema de saúde, que preze um planejamento assistencial efetivo, é fundamental para um bom diagnóstico, visando a uma maior adesão ao tratamento e à compreensão da doença (Almeida, & Almeida, 2018).

Três participantes relataram que a descoberta do DM 2 foi decorrente de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e/ou infarto. Segundo P12, *“Eu enfartei e quando eu entrei no hospital fizeram exames. Um deles, foi pra saber da glicemia; aí, eu soube que eu tava com 520 de glicemia. Foi quando eu fiquei sabendo que eu tava com diabetes”*. Nesse cenário, as complicações consistem na principal causa de morbimortalidade associada ao DM. As chances de ocorrer AVC é duas a três vezes maior em pessoas com diabetes. Já o risco de infarto é duas a três vezes maior do que o de pessoas com níveis glicêmicos normais. Tais complicações podem reduzir a qualidade de vida e influenciar o cumprimento das atividades de vida diárias (AVD) (Santos, Souza, & Barros, 2018).

O diagnóstico do DM 2, para três participantes, foi após terem vivenciado situações que desestabilizaram o emocional e desencadearam a doença. De acordo com P8, *“Eu não tinha diabetes, aí minha filha separou do marido e meu neto foi no lugar errado e mataram ele. Ai pra cá que começou a diabete. Antes eu não tinha”*. O diagnóstico relacionado aos sintomas emocionais, e após momentos conturbados da vida do sujeito, confirma a existência da relação entre a emoção e o diabetes. Essa relação pode estar presente antes, durante, ou após o diagnóstico, e indica o quanto as emoções e os sentimentos podem atuar na saúde (Ferreira, Daher, Teixeira, & Rocha, 2013).

### ***Reação ao diagnóstico do DM2***

Com referência à reação ao diagnóstico do DM 2, a unidade de significado que mais se destacou foi *“Encarou com naturalidade”*. Quinze participantes relataram que reagiram de forma natural à notícia. Conforme P2, *“Não gostei muito da ideia, mas também não reclamei não, né?”* (sic!). Embora isso indique em um primeiro momento, que há adaptação às novas condutas estabelecidas após o diagnóstico, demonstrando equilíbrio diante das instabilidades de sua saúde (Amorim, Ramos, & Gazzinelli, 2016), é importante resgatar o conceito de adesão ao tratamento como resposta ao diagnóstico.

Segundo Silveira e Ribeiro (2005), devemos conceber a adesão ao tratamento como um processo, composto por três componentes principais: a noção de doença que acomete o paciente; a ideia de cura ou de melhora que se forma em sua mente; e o lugar do médico no imaginário do doente. O fato de a maioria dos participantes ter encarado o diagnóstico com naturalidade pode estar atrelado a esses três fatores, uma vez que, ao receber o diagnóstico, os pacientes não têm uma ideia clara do diabetes e das dimensões associadas, ao mesmo tempo em que buscam se apresentar como um paciente adequado e adaptativo para ser aceito na relação médico-paciente, que está inserido em um contexto hospitalar, e comumente passível de ser avaliado.

Nove participantes relataram tristeza diante do diagnóstico da doença, referindo-se às mudanças no cotidiano da vida, com implementação de alimentação restrita. Para P16, *“Fiquei muito triste, porque ninguém tem diabetes na minha casa. Eu sou muito chegado em doce”*; e P29: *“Ruim demais. Fiquei triste. Sabia que eu não ia sarar e tinha que mudar a vida, né? Não comer doce. Todo o regime do diabete...”*. A tristeza associa-se, também, às complicações diárias decorrentes do tratamento (Travieso, Mendes, & Sousa, 2017). De acordo com P34, *“Aí minha vida ficou bem triste. Levo a vida como se fosse um drogado. É furo na barriga, nas coxas...”*. Dessa forma, pode-se dizer que o tratamento e o uso constante da medicação salientam a presença da doença, o que leva o paciente a se lembrar de sua condição crônica, podendo ocasionar-lhe tristeza.

Na fala de sete participantes, identifica-se certa resignação ao diagnóstico. De acordo com P11, *“Ah não falei nada, fiquei quieta, né? Eu já tava com ela, não adiantava eu falar. Fiquei quietinha”*; e P15, *“Ah, porque a família tem, né? Minha mãe, meu pai, meu irmão, minha irmã, então, eu não ia escapar, né?”*. Esse sentimento permeia a sensação de que não há mais nada o que fazer diante do diagnóstico (Travieso, Mendes, & Sousa, 2017). Sabe-se que, desde o início do tratamento, é ressaltado para o idoso que o DM 2 não tem cura, apenas controle. Assim, os sentimentos atrelados ao diagnóstico fazem parte do processo de adaptação do indivíduo à doença crônica, e o alertam quanto às possíveis complicações, cujos aspectos podem favorecer sentimentos e expectativas negativas, o que agrava ainda mais a autoestima (Lima, *et al.*, 2018). O fato de os participantes estarem resignados e terem recebido o diagnóstico com naturalidade também pode estar associado à baixa autoestima dos idosos diabéticos, uma vez que a doença remete a sentimentos de menor valia, o que pode propiciar o descaso com sua saúde, diminuindo o autocuidado e favorecendo o aparecimento de complicações crônicas da doença.

O medo foi uma das reações ao diagnóstico descrita por quatro participantes. Segundo P35, “*A primeira coisa que eu pensei: vou ficar cega. Porque todos os meus familiares que tinha diabetes morreram cegos. Tem muita gente na minha família diabética. Então, eu fiquei com medo*”. Os desdobramentos da doença e a perspectiva negativa podem ocasionar complicações e o sentimento de medo com relação ao futuro, sendo que a ruptura do conhecido gera o medo da doença (Baade, & Bueno, 2016), uma vez que revela o distanciamento entre o paciente, a doença e sua própria capacidade para lidar com o DM 2.

Três participantes expressaram o sentimento de revolta em relação ao diagnóstico. Conforme P24, “*Fiquei revoltado. Não achei muito bom, não, porque eu não imaginava que era uma doença tão complicada*”. Nesse sentido, a revolta está associada à complexidade de lidar com a doença e os desafios diários, gerados pela necessária mudança de hábitos de vida, que antes, já estavam consolidados (Cecilio, *et al.*, 2016).

### ***Informação sobre o DM2***

No que diz respeito aos meios de informação sobre o DM2, a unidade de significado que mais se destacou foi “equipe multidisciplinar”, presente na fala de dezenove participantes. Esta ocorrência reflete o atendimento recebido pelos idosos no ambulatório de endocrinologia do HCFMUSP. Frequentemente, os pacientes são avaliados pela equipe multidisciplinar de profissionais da saúde (nutricionista, psicólogo, enfermeiro, médico), que, em conjunto, buscam orientar os idosos.

Uma equipe multidisciplinar é uma das estratégias para que haja um controle metabólico e um aumento na adesão do tratamento. Os profissionais devem ser capacitados para tal contato, pois uma assistência feita do modo adequado é capaz de conscientizar o paciente da importância de adquirir novos hábitos. Esse processo de educação é necessário para a motivação e conscientização das possíveis complicações geradas por falhas no tratamento (Iquize, *et al.*, 2016; Machado, *et al.*, 2013).

Outros meios de informação foram descritos pelos participantes. Nove idosos relataram que obtêm esclarecimentos por meio de programas de televisão, o que indica que a mídia tem um papel fundamental na instrução da prevenção e tratamento de doenças como o DM 2.

Conforme a fala do paciente P28: “*Eu acompanho na televisão, quando tem aqueles programas de diabete.*” A televisão é um meio de comunicação gratuito, disponível e com a linguagem acessível a todos, sendo um canal importante para a disseminação de informações a camadas da população com diferentes níveis de escolaridade (Dias, *et al.*, 2017).

Nove participantes referiram a área médica como fonte de informação sobre a DM. Segundo P23, “*Ah, a informação vem sempre do médico, que tá sempre acompanhando.*” Dessa forma, o acompanhamento médico mostra-se como fundamental para o controle glicêmico e o tratamento medicamentoso, visando à redução da incidência de outras doenças associadas e melhores condições na qualidade de vida dos idosos (Belon, *et al.*, 2016).

Jornal, *internet* e palestras foram descritos por quatro participantes. Segundo P35, “*Hoje eu participo de palestra (...). Tento ser bem-informada, porque eu tenho que aprender a lidar com ele [diabete]*”. A formação de grupos em que ocorrem palestras educativas, faz-se importante, pois é uma das formas de promover a educação em saúde, favorecendo a conscientização do paciente diabético em relação ao seu tratamento (Machado, *et al.*, 2013).

Por fim, dois participantes destacaram a família e amigos como meio de adquirir informações sobre a doença. A rede de apoio (família e os amigos) possui papel determinante no dia a dia do indivíduo que carece de maior apoio e ajuda nesta situação de doença. De acordo com P16, “*A informação vem dos amigos que têm diabetes, tenho muitos amigos que têm diabetes. Aí, vai trocando informação.*” A troca de informação e as recomendações dentro de um círculo social podem influenciar a tomada de decisão sobre o seguimento de orientações para o melhor controle do DM 2 (Neta, Silva, & Silva, 2015).

### ***Tratamento do DM2***

Entre as Unidades de Significado da Categoria “Tratamento do DM 2”, a que mais se destacou foi “Administra o medicamento sozinho”, referindo-se à capacidade de autocuidado e autonomia, trazido no relato de doze participantes. Embora os resultados suscitem certa independência do idoso diabético no desempenho de atividades de vida diária (Nunes, *et al.*, 2017), identifica-se, também, que há um desejo do paciente em poder contar com a ajuda de outras pessoas, como é identificado na fala da participante P14: “*Eu mesma que aplico [insulina]. É que a minha filha trabalha, né? Ela não tem tempo (...)*”. Indicando-se, assim, uma busca por apoio e afiliação para colaborar no tratamento.

Não sentir dificuldade no tratamento do DM 2 foi descrito por oito participantes e denota naturalidade para o enfrentamento da doença, conforme descrito por P3: *“Hoje acho fácil. Consegui me enquadrar bem. Tô controlado pra caramba. Educado”*. A ajuda familiar na administração do medicamento foi descrita por seis participantes, e é vista como um facilitador no tratamento da doença, pois segundo a participante P29: *“Eu não enxergo direito, aí não dá pra medir [a insulina]; então, ela [a irmã] mede (...) Tenho uma sobrinha que vai lá e faz um painel na geladeira [risos]. Aí, ajuda. Tô bem acompanhada, graças a Deus”*. Para P11: *“Eu não sei ler (...) Tudo é ela [a filha] que faz pra mim. É tudo ela”*. Dessa forma, a família é vista como um componente essencial, uma vez que o apoio e a participação repercutem positivamente para a melhoria das condutas de autocuidado (Neta, Silva, & Silva, 2015).

Quatro participantes destacaram a necessária disciplina no tratamento, indicando a busca por estabelecer uma nova rotina de cuidados a partir do diagnóstico da doença. Segundo P12, *“Eu tenho uma disciplina muito boa, né? Sou muito disciplinado. E aí, recomendações de alimentação, eu mudei algumas coisas e periodicamente faço o controle. Controle através dessa medição diária (...)”*. A disciplina é fator primordial para o autocuidado, incluindo dieta, exercícios e o tratamento medicamentoso (Tavares, *et al.*, 2014).

### ***Perspectiva para o futuro em relação ao DM2***

Dentre as Unidades de Significado da Categoria “Perspectiva para o futuro em relação ao DM 2”, as que mais se destacaram foram: “Controlar o DM 2” e “Visão negativa do futuro”. Esses dois resultados refletem a ambivalência existente em relação à doença, pois, embora haja o desejo de se estabelecer o controle glicêmico, há certo receio e insegurança, caso isso não se concretize. Tal evidenciou-se na fala de alguns participantes: P20, *“A gente fica pensando e fica com medo (...) A gente vê pessoas que faz a aplicação [da insulina] e não consegue. Gente que não enxerga”*. (sic!). Para P24, *“Aí, eu nem gosto de pensar no futuro. Por que eu penso assim, já pensou eu paro numa cadeira de rodas e não levanto da cama mais?! Porque a diabetes faz isso. A minha glicemia é complicada, é difícil”* (sic!), antevendo um futuro negativo e marcado por dificuldades.

Em seguida, houve o caso de quatro participantes que relataram que pretendem prolongar a vida através de maiores cuidados com a doença, e de quatro idosos que esperam curar o DM 2, com referência ao transplante de rim. Segundo P3, “*Quero vida longa. Se continuar educadinho, quero vida longa*”; e para P8, “*Depois do transplante, vai ser melhor, vai ser melhor*” (sic!), refletindo que a visão mais positiva de melhora na doença pode facilitar sua compreensão.

A unidade de significado “Ter fé para melhora” foi referida por três participantes e se refere ao apoio religioso e/ou espiritual que os participantes encontram para lidar com a doença. Para P18: “*Seguindo com fé, muita fé, eu fico bom disso aí. Tem que correr atrás para tratar direitinho, né?! É isso que eu tô fazendo. Seguir com fé e coragem e vamo à frente! Vamo embora! Não pode desanimar, né?!*” P13 relata que, para o futuro, tem fé em Deus, primeiramente, e nos médicos. Assim, a religiosidade foi vista como um apoio para falar do futuro com DM 2.

Dois participantes relataram que esperam ter qualidade de vida no futuro, referindo-se à possibilidade de viver bem e com qualidade de vida. Além disso, um participante mencionou que espera da medicina a criação de um novo medicamento que seja mais eficaz para o tratamento do diabetes; segundo P12: “*Talvez ficar sem diabetes, eu não sei se eu conseguiria, porque é uma deficiência de um órgão da gente, né?! Porém, do jeito que vai a medicina, é possível que até daqui a pouco tenha uma medicação que reverta tudo isso (...) De repente vem aí uma medicação que melhore a qualidade da insulina, do pâncreas. Eu acho que vou chegar aos 90 anos*” (sic!), manifestando seu desejo de prolongar a vida através do tratamento medicamentoso.

### **Considerações finais**

A partir deste estudo, foi possível identificar as vivências e percepções de idosos diabéticos em relação à doença. Nesse contexto, fatores sociodemográficos despertaram atenção, pois, embora o nível de escolaridade dos participantes seja baixo, a maioria dos idosos relatou que está bem informado sobre o diabetes, o que revela um distanciamento entre as informações que os pacientes recebem e o que de fato se transforma em prática no dia a dia.

A utilização da entrevista semiestruturada colaborou para que os idosos pudessem exteriorizar as suas emoções e forneceu um espaço de fala e escuta.

A identificação dos sintomas físicos que a doença acarreta foram fundamentais para o reconhecimento da doença e, frente a isso, os participantes encararam o diagnóstico com naturalidade. Quanto ao tratamento do DM2, os idosos recebem informações sobre a doença através da equipe multidisciplinar que os acompanha no ambulatório médico, embora administrem sozinhos os medicamentos.

Os participantes percebem a base familiar como sendo ambivalente, ou seja, ora esse ambiente é acolhedor, ora é ausente. E isso traz indícios de que os idosos vivem a doença de modo mais solitário e com necessidade de se sentirem apoiados. Este ambiente também se estende à relação médico-paciente, cujo atendimento precisa ser amplo, incluindo a compreensão da dificuldade do diabético em lidar, também, com o seu envelhecimento, visto que direcionar a visão apenas para o diabetes não se mostra um procedimento efetivo. É preciso compreender o paciente de forma global, com vistas a criar um ambiente que acolha seus sentimentos e emoções de modo ampliado, contemplando diferentes enquadres que favoreçam a expressão emocional e o fortalecimento desses idosos diabéticos, melhorando-lhes a autoestima e a relação com a doença; somente assim se podem obter resultados satisfatórios em um tratamento.

Com relação à perspectiva de futuro em relação ao DM2, os resultados refletem esta dualidade: embora haja o desejo de se estabelecer o controle glicêmico, há certo receio e insegurança, caso isso não ocorra, devido às diversas comorbidades associadas que comprometem ainda mais o tratamento. Revela-se, assim, uma visão um tanto negativa quanto ao futuro.

Os resultados encontrados contribuíram para a compreensão da problemática desse segmento populacional e sugerem uma reflexão ampla e sistemática acerca da implementação de possíveis intervenções e melhorias no atendimento a esse público, bem como propõem que estudos futuros abordem de modo aprofundado a questão das redes de apoio, familiar e comunitária, tão importantes para o enfrentamento do diabetes.

## Referências

Almeida, J., & Almeida, J. (2018). A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma unidade de família. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20(1), 13-17. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i1a4>.

- Amorim, M. M. A., Ramos, N., & Gazzinelli, M. F. (2016). Representação identitária dos usuários com diabetes mellitus da atenção primária. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(1), 45-51. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <https://dx.doi.org/10.15309/16psd17010>.
- Baade, R. T. W., & Bueno, E. (2016). Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 941-951. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0130>.
- Belon, A. P., Francisco, P. M. S. B., de Azevedo Barros, M. B., César, C. L. G., Carandina, L., Goldbaun, M., & Alves, M. C. G. P. (2016). Diabetes em idosos: perfil sociodemográfico e uso de serviços de saúde. *Anais*, 1-10. Recuperado em 30 julho, 2019, de: [http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332095072Diabetes\\_idosos.pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332095072Diabetes_idosos.pdf).
- Borba, A. K. O. T., Arruda, I. K. G., Marques, A. P. O., Leal, M. C. C., & Diniz, A. S. (2019). Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, 24(1), 125-136. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>.
- Borges, D.B., & Lacerda, J. T. (2018). Ações voltadas ao controle do diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. *Saúde Debate*, 42(116), 162-178. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811613>.
- Cecilio, S. G., Brasil, C. L. G. B., Vilaça, C. P., Silva, S. M. F., Vargas, E. C., & Torres, H. C. (2016). Aspectos psicossociais do viver com diabetes Mellitus na promoção do autocuidado. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1), 44-51. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100007>.
- Corrêa, K., Gouvêa, G. R., Silva, M. A. V., Possobon, R. F., Barbosa, L. F. L. N., Pereira, A. C., Miranda, L. G., & Cortellazzi, K. L. (2017). *Ciênc. Saúde Colet.*, 22(3), 921-930. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.24452015>.
- Dias, E. G., Nunes, M. D. S. L., Barbosa, V. S., Jorge, S. A., & Campos, L. M. (2017). Comportamentos de Pacientes com Diabetes Tipo 2 sob a Perspectiva do Autocuidado. *Journal of Health Sciences*, 19(2), 109-113. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2017v19n2p109-113>.
- Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016). *Obesidade e sobrepeso: diagnóstico*. (4ª ed.). São Paulo, SP: ABESO. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>.
- Ferreira, D. S. D. P., Daher, D. V., Teixeira, E. R., & Rocha, I. J. (2013). Repercussão emocional diante do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Enferm.*, 21(1), 41-46. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a07.pdf>.
- Flor, L. S., & Campos, M.R. (2017). Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira; evidências de um inquérito de base populacional. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 20(1), 16-29. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>.
- Giroto, P. C. M., Santos, A. L., & Marcon, S. S. (2018). Conhecimento e atitude frente a doença de pessoas com diabetes mellitus assistidas na Atenção Primária à Saúde. *Enfermería Global*, 52, 525-537. Recuperado em 30 julho, 2019, de: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt\\_1695-6141-eg-17-52-512.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-512.pdf).

International Diabetes Federation (2017). *Diabetes Atlas*. (8<sup>a</sup> ed.). Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>.

Iquize, R. C. C., Theodoro, F. C. E., Carvalho, K. A., Oliveira, M. A., Barros, J. F., & Silva, A. R. (2016). Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Nephrology*, 39(2), 196-204. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170034>.

Lima, L. R., Funghetto, S. S., Volpe, C. R. G., Santos, W. S., Funez, M. I., & Stival, M. M. (2018). Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(2), 180-190. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170187>.

Luz, E. P., Dallepiane, L. B., Kirchner, R. M., Silva, L. A. A., Silva, F. P., Kihler, J., Gopinger, E., & Carlot, J. M. (2014). Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(2), 303-314. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000200008>.

Machado, E. R., Gomes, A. A., Carlos, D., & de Cássia Marinho, R. (2013). Diabetes mellitus tipo II (DMII): importância da educação em saúde na adesão ao tratamento. *Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 17(1), 33-42. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2013v17n1p%25p>.

Minayo, M. C. S. (2007). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (10<sup>a</sup> ed.). 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(Número Especial 13, "Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais"), 407-434. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/17315/12860>.

Neta, D. S. R., Silva, A. R. V., & Silva, G. R. F. (2015). Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 111-116. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680115p>.

Nunes, J. D., Saes, M. O., Nunes, B. P., Siqueira, F. C. V., Soares, D. C., Fassa, M. E. G., Thumé, E., & Facchini, L. A. (2017) Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos, estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 26(2), 295-304. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200007>.

Pace, A., Ochoa-Vigo, K., Larcher C. M., & Morais F. A. (2006). O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5). Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500014>.

Pereira, J., & Frizon, E. (2017). Adesão ao tratamento nutricional de portadores de diabetes mellitus tipo 2: uma revisão bibliográfica. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição*, 8(2), 58-66. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/330>.

Santos, G. M. D., Sousa, P. V. D. L., & Barros, N. V. D. A. (2018). Perfil epidemiológico dos idosos diabéticos cadastrados no programa hiperdia no estado do Piauí, Brasil. *Revista de Atenção à Saúde*, 16(56), 48-53. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol16n56.5090>.

Silveira, L. M. C., & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adhesión al tratamiento: espacio de "enseñanza" para profesionales de la salud y pacientes. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 9(16), 91-104. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100008>.

Sociedade Brasileira de Diabetes (2017). *Diretrizes 2017-2018*. São Paulo, SP: Clannad.

Souza, R. B. M., & Alves, S. H. S. (2016). Percepção do idoso diabético sobre o papel da família no tratamento. *Revista Kairós-Gerontologia*, 19(2), 349-370. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/35736/24559>.

Tavares, V. S., Vidal, S. A., Gusmão, F. A. R., Figueroa, J. N., & Lima, S. R. (2014). Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(3), 527-536. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300015>.

Teston, E. F., Sales, C. A., & Marcon, S. S. (2017). Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. *Esc. Anna Nery*, 21(2), 1-8. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170043>.

Travieso, C. E., Mendes, Á., & Sousa, L. (2017). Viver com diabetes é “carregar uma cruz”: Metáforas de idosos diabéticos tipo 2. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 747-759. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <https://dx.doi.org/10.15309/17psd180310>.

Recebido em 10/02/2020

Aceito em 30/03/2020

---

**Daiane Fuga da Silva** – Psicóloga e Mestre em Ciências do Envelhecimento, Universidade São Judas Tadeu.

E-mail: [daienefuga@hotmail.com](mailto:daienefuga@hotmail.com)

**Bruna Maria Amorim Loula** – Psicóloga, Universidade São Judas Tadeu.

E-mail: [bruna\\_loula@hotmail.com](mailto:bruna_loula@hotmail.com)

**Anne Caroline da Silva Alves** – Graduanda em Psicologia, Universidade São Judas Tadeu.

E-mail: carolineanne.alves@gmail.com

**Claudia Aranha Gil** – Psicóloga e Doutora em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Docente do Mestrado em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu.

E-mail: claudiaagil@uol.com.br

**Adriana Machado Saldiba de Lima** - Nutricionista e Doutora em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Docente e Coordenadora do Mestrado em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu.

E-mail: adrianasaldiba@gmail.com

---

\* O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.