

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOEST E DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E
SAÚDE**

**COMPREENSÃO DE IDOSOS ACERCA DAS PRÁTICAS
EDUCATIVAS NO CUIDADO DA DIABETES**

VALÉRIA DOS SANTOS RIBEIRO

JEQUIÉ-BA

2018

VALÉRIA DOS SANTOS RIBEIRO

**COMPREENSÃO DE IDOSOS ACERCA DAS PRÁTICAS
EDUCATIVAS NO CUIDADO DA DIABETES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Família em seu ciclo vital

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Roseanne Montargil Rocha

JEQUIÉ-BA

2018

R484c Ribeiro, Valéria dos Santos.

Compreensão de idosos acerca das práticas educativas no cuidado da diabetes / Valéria dos Santos Ribeiro.- Jequié, 2018.

75f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Roseanne Montargil Rocha)

1.Relações familiares 2.Educação em saúde 3.Serviços de saúde para idosos 4.Atenção primária à saúde I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
II. Título

CDD – 613.70565

FOLHA DE APROVAÇÃO

RIBEIRO, Valéria dos Santos. **Compreensão de idosos acerca das práticas educativas no cuidado da diabetes.** 2018. Dissertação [Mestrado], Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde: área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA.

BANCA EXAMINADORA

R. Montargil

Prof.^a Dr.^a Roseanne Montargil Rocha
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientadora e Presidenta da Banca Examinadora

Larissa Chaves Pedreira

Prof.^a Dr.^a Larissa Chaves Pedreira
Universidade Federal da Bahia - UFBA

A. C. Santos Duarte

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Santos Duarte
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Jequié/BA, 06 de fevereiro de 2018.

Dedico este trabalho a Deus por sua imensa glória em minha vida, a Virgem Maria por ser a luz que me ilumina, aos meus pais e a minha irmã, pois sem eles seria impossível realizar esta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Neste momento de imensa felicidade olho para trás e percebo que nada disso seria possível sozinha, os frutos que estou colhendo hoje são resultados das sementes que foram plantadas há muitos anos e nenhuma delas foi plantada por mim, fui apenas a responsável pela manutenção diária desta linda “árvore” que hoje floresce, por isso só tenho a agradecer.....

A **Deus** por me conceder o dom da vida e em sua imensa sabedoria e bondade me proporcionar oportunidades maiores que a minha compreensão. Sei que Tu estás todos os dias me conduzindo por caminhos abençoados, onde estou imersa em tua graça. Obrigada meu Deus, sei que seus propósitos em meu viver são maiores do que posso imaginar.

A **Nossa Senhora** por ser a luz presente em meu caminho, meu apoio espiritual em todos os momentos, meu farol constante, pois meu caminho é teu, assim como minha vida é tua.

Aos meus amados pais **Roberto** e **Nubia** que representam minha rocha, meu lar, meu porto seguro, sem vocês nada disso seria possível. Com seu carinho, sabedoria diária me proporcionaram uma terra firme e fértil para crescer e florescer, obrigada meus amados, saibam que palavras são insuficientes para transcrever o que sinto hoje e sempre...Amo Muito vocês.

A minha amada irmã **Roberta**, que nestes dois anos mesmo distante me expressava seu apoio e conselhos cada dia mais proveitosos, passar por programas de mestrados tão diferentes e ao mesmo tempo tão iguais nos fizeram amadurecer muito em pouco tempo. Estou muito feliz de ter você como amiga e companheira. Amo muito você.

A meu amado amigo e companheiro de caminhada **Diego Andrade**, tenho certeza que a graduação e o mestrado não seriam o mesmo sem você, com seu apoio, sua mente sempre ativa e seu bom humor fizeram a trajetória da pesquisa bem mais leve, pois estávamos dividindo as mesmas experiências e dificuldades. Sei que nossa amizade é daquelas que levamos pra toda a vida, pois ocupa um lugar muito especial em meu viver. Di, obrigada por tudo.

Ao meu querido amigo **Marcelo Rêgo**, que no início da concepção da pesquisa me tirou do eixo ao implantar dúvidas e questionamentos que me fizeram encontrar o ritmo e compasso para um projeto sólido. Obrigada meu amigo por me permitir momentos de reflexão e descontração, sua ajuda mesmo distante fizeram essa caminhada muito mais divertida.

As minhas queridas **Livia Lessa**, **Clara Almeida** e **Iracema Costa** que desde o primeiro momento me acolheram com sua amizade e suas vivências. Compartilhamos

momentos muito divertidos de apoio e cuidado mútuo cada uma com sua singularidade contribuíram para que estes dois anos fossem bem divertidos. Meninas vocês são incríveis fico muito feliz por Deus ter colocado vocês no meu caminho.

Aos amigos que conheci durante o mestrado e os velhos que sempre estiveram comigo nos momentos de felicidade e dificuldade dando-me apoio, saibam que mesmo não estando presente fisicamente estou sempre pensando em vocês.

A minha **Enfermagem**, que me preenche de felicidade e reforça a certeza de que fiz a escolha certa para minha vida profissional, pois a cada dia percebo o mundo de conhecimento que existe ao meu redor e o quão pouco sei, afinal serei sempre um eterno aprendiz neste mar de possibilidades.

A **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB** por representar os sete anos de batalhas diárias, meu lugar material e imaterial de lutas, vitórias e construção diária de amor e felicidade.

A minha orientadora **Prof^a. Dr^a. Roseanne Montargil** pela sua forma peculiar de orientação durante o desenvolvimento da pesquisa.

Aos professores da banca examinadora por dispor do seu tempo e conhecimento para participarem da banca de sustentação da dissertação, contribuindo com um novo olhar sobre o trabalho.

Aos participantes da pesquisa muito obrigada por compartilhar suas experiências, anseios e dúvidas na confiança de que esta pesquisa faria a diferença, sem vocês este trabalho não seria possível.

A toda a **equipe do Centro de Saúde Almerinda Lomanto** pela excelente receptibilidade e em especial aos **Agentes Comunitários de Saúde** por seu auxílio durante as entrevistas domiciliares.

A **CAPES** por dispor da bolsa nos últimos meses do mestrado.

Agradeço a todos que contribuíram para que esta etapa fosse cumprida e mais uma vitória alcançada.

A todos vocês meu muito obrigada!!!

“A natureza não pôde seguir o seu destino, a arte traçará seu rumo. Para ela não há volumes carregados, nem caminhos impérvios, nem energias inúteis”.

Fernando Magalhães

RIBEIRO, Valéria dos Santos. Compreensão de idosos acerca das práticas educativas no cuidado da diabetes [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié - BA. 2018. 75p.

RESUMO

A Diabetes Mellitus (DM) é entendida como um grupo de doenças metabólicas que possuem a hiperglicemia como fator comum, resultante de defeitos na ação e ou secreção da insulina, deste modo representa uma condição crônica de impacto individual e social, uma doença que enreda em sua teia comorbidades com amplo espectro sobre o viver humano ocasionando alto risco. O presente estudo tem como objetivo geral: compreender como os idosos acometidos por DM percebem as práticas educativas recebidas; e objetivos específicos: identificar o conhecimento dos idosos com DM sobre a doença e seu tratamento; Averiguar como os idosos percebem as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros e como o contexto familiar interfere no cuidado da DM. Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, na qual utilizamos como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada realizada entre o período de maio a julho de 2017. Para análise dos dados utilizamos a Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin. Os sujeitos do estudo constituíram-se de cinquenta e sete idosos acometidos por DM. Tem como campo de investigação o município de Jequié, Bahia e o cenário do estudo foi constituído por uma Unidade Básica de Saúde. Este estudo atende às normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados do estudo foram apresentados sob a forma de dois manuscritos: Compreensão de Idosos Acometidos por Diabetes Mellitus Sobre a Doença e seus Agravos e Importância das Práticas Educativas no Cuidado de Idosos cometidos com Diabetes Mellitus. Evidenciamos que os idosos demonstraram pouco conhecimento sobre a DM e não possuíam atividades educativas, dispunham apenas das consultas com os profissionais de enfermagem e nutrição para o processo educativo, deste modo muitas informações sobre o processo de saúde apresentavam-se fragilizadas. O profissional de enfermagem é representado pelos idosos como um facilitador durante o processo terapêutico e a família representa um ponto de apoio e suporte atuando no fortalecimento das informações de saúde e auxiliando no cuidado.

Descritores: Relações Familiares; Educação em Saúde; Serviços de Saúde para Idosos; Atenção Primária à Saúde;

RIBEIRO, Valéria dos Santos. Understanding the elderly about educational practices in diabetes care [dissertation]. Jequié: Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwestern Bahia, Jequié - BA. 2018. 75p.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is understood as a group of metabolic diseases that have hyperglycemia as a common factor, resulting from defects in the action and or secretion of insulin, thus representing a chronic condition of individual and social impact, a disease that entangles in its web comorbidities with ample expecto on human living causing high risk. The present study has as general objective: to understand how the elderly people affected by DM perceive the educational practices received; and specific objectives: to identify the knowledge of the elderly with DM on the disease and its treatment; To find out how the elderly perceive the educational practices performed by the nurses and how the family context interferes in the care of the DM. This is a descriptive and qualitative study, in which we used as data collection techniques the semi-structured interview conducted between May and July 2017. To analyze the data we use the Thematic Content Analysis, proposed by Bardin. The study subjects were fifty-seven elderly patients with DM. The Jequié municipality, Bahia, has a field of investigation and the study scenario was constituted by a Basic Health Unit. This study complies with the norms of Resolution 466/2012 of the National Health Council. The results of the study were presented in the form of Two Manuscripts: Understanding of Elderly People Accompanied by Diabetes Mellitus on Illness and its Diseases and Importance of Educational Practices in the Care of the Elderly with Diabetes Mellitus. It was evidenced that the elderly showed little knowledge about DM and did not have educational activities, only had consultations with nursing and nutrition professionals for the educational process, so much information about the health process was fragile. The nursing professional is represented by the elderly as a facilitator during the therapeutic process and the family represents a point of support and support acting in strengthening health information and assisting in care.

Keywords: Family Relations ; Health Education; Health Services for the Aged; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

ADA - American Diabetes Association
ACS - Agente Comunitário de Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM - Diabetes Mellitus
DM2 - Diabetes Mellitus Tipo 2
ESF - Estratégia Saúde da Família
HbA1c - Hemoglobina Glicada
IDF - International Diabetes Federation
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PACS - Programa agente comunitários de saúde
PSF - Programa Saúde da Família
PSP - Programa de Saúde Prisional
SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF - Unidades de Saúde da Família
WHO - World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Número de idosos cadastrados no Serviço de Acompanhamento e Controle de Diabetes por Unidade Básica de Saúde. Jequié/BA, 2017.27

Quadro 2– Síntese das unidades de registro e unidades de significação na análise de conteúdo das entrevistas. Jequié/BA, 2017.30

Quadro 3 – Síntese da construção de categorias na análise de conteúdo das entrevistas. Jequié/BA, 2017.30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
Geral	17
Específicos.....	17
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1 Envelhecimento Populacional e DM	18
3.2 Educação em Saúde	22
3.3 A Família no Cuidar	23
4 MÉTODO	26
4.1 Tipo de Estudo.....	26
4.2 Cenários do Estudo.....	26
4.3 Participantes do Estudo	27
4.4 Questões éticas	28
4.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados	28
4.6 Técnica de análise e interpretação dos dados	29
5 RESULTADOS	29
5.1 MANUSCRITO I:	32
5.1 MANUSCRITO II:	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
APÊNDICES	65
APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido.....	66
ANEXOS.....	70
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB.	71
ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié	75

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo da população ocasiona diversas mudanças nas organizações sociais, econômicas e políticas, sendo evidentes as mudanças nas composições familiares e em seus respectivos arranjos. Contudo, no setor da saúde seu impacto é imediato e com maior visibilidade devido ao aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais presente nesta população (SAAD, 2016).

As DCNT representam um importante desafio de saúde pública, doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas são responsáveis por 70% das mortes em todo o mundo, constituindo assim a primeira causa de mortalidade prematura, principalmente em populações de baixa renda (WHO, 2017).

Por possuir impacto individual, coletivo e econômico, em 2011 a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou uma reunião com os países membros, a fim de elaborar uma declaração política com ações de prevenção dos principais fatores de risco e de garantia de uma atenção à saúde adequada para o enfrentamento das DCNT. Deste modo foi aprovado o Plano de Ação Global, o qual constitui um conglomerado de metas e indicadores para o monitoramento dos avanços no enfrentamento às DCNT (WHO, 2012).

No Brasil as DCNT foram responsáveis por 73% (928 milhões) de óbitos nos últimos anos. Pessoas com enfrentamento crônico apresentam um risco elevado de 17% para morte prematura. Entretanto, segundo a World Health Organization (WHO), o país ocupa o segundo lugar no cumprimento dos indicadores, alcançando 13 dos 19 estabelecidos, ficando atrás apenas da Costa Rica (WHO, 2017).

Dentre as metas encontram-se reduzir a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT em 2% ao ano; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; e reduzir o consumo médio de sal. Assim pressupõe-se que com o plano de ações, possa-se enfrentar e deter de forma mais efetiva as DCNT (BRASIL, 2011).

As doenças crônicas necessitam para a sua prevenção de ações articuladas entre as diversas esferas do aparelho gestor, municipal, estadual e da união, com políticas de promoção e prevenção de cunho proximal. Em outras palavras, uma atenção básica com capacidade de alcançar o ser do cuidado ainda na tenra infância, potencializando as famílias e as pessoas acometidas por processos crônicos, a práticas de vida mais saudáveis (SANTOS, et al. 2011).

O Brasil possui 30 milhões de brasileiros em enfrentamento de doenças crônicas diagnosticadas e 12 milhões de casos suspeitos (DATASUS, 2017). Por seu turno, possui uma federação com 26 estados e 1 distrito federal, em um total de 5.570 municípios (IBGE, 2016), ou seja, um país de dimensão continental de múltiplos contextos culturais. Sobre este contexto, destaca-se a multidiversidade e a complexidade para a promoção da saúde pública. São diversos os modelos mentais que desenham contextos, histórias e processos rumo à integralidade das ações em saúde no direcionamento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

Dentre as quatro principais DCNT, a Diabetes Mellitus (DM) representa grande relevância para a saúde pública, pois a DM é entendida como um grupo de doenças metabólicas que possuem a hiperglicemia como fator comum, resultante de defeitos na ação e ou secreção da insulina. A cronicidade da hiperglicemia possui associação em longo prazo com complicações, como a falência de diferentes órgãos, onde os mais afetados são os olhos, os rins, o coração, os vasos sanguíneos e os nervos (ADA, 2015).

O tratamento da DM visa o controle glicêmico e metabólico pela adesão ao tratamento medicamentoso e principalmente, pela mudança no estilo de vida não saudáveis, os quais irão auxiliar na prevenção de possíveis complicações agudas e crônicas, além de uma adaptação psicossocial do indivíduo e de seus familiares (ADA, 2015).

Deste modo, a DM representa uma condição crônica de impacto individual, social e nas políticas públicas, mas, sobretudo, da pessoa em convivência e sua rede de pertencimento. Contudo, uma condição previsível com estreita relação no estilo de vida, hábitos e costumes saudáveis. (SBD, 2016).

Entretanto, as informações de saúde podem encontrar barreiras na capacidade dos indivíduos saberem reconhecer os fatores de riscos e conduzir o seu viver por caminhos promotores da boa saúde. Assim, não se trata de uma tarefa simples se considerarmos que a boa informação possa não chegar a contento às pessoas, e ainda, o quanto as pessoas estão preparadas para assimilar saberes, apreendê-los e colocá-los em prática (WHITING, et al. 2011).

Logo, ações de educação em saúde individual e/ou em grupos são fundamentais na prevenção, avaliação e controle da DM. Em nosso sistema de saúde essas ações são desenvolvidas pela equipe da atenção básica, com isso a mesma deve se renovar e não restringir-se a intervenções tradicionais como as práticas biomédicas que possui um olhar para a doença e não para o indivíduo como um todo o que torna o cuidar insuficiente (MELO; CAMPOS, 2014; BRASIL, 2001).

Desde o início da década de 90, do século passado, no cenário das políticas públicas do Brasil foram empreendidos programas de cunho proximal a fim de realizar um cuidado mais eficiente, deste modo pode-se citar o Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), e mais recentemente os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 1994; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011), visando à promoção da saúde e proteção específica através da atenção básica em área adstrita.

Embora ainda seja muito discutida a efetividade em grau de resolutividade de tais programas, sobretudo, quando se observam as evidências científicas em número de pessoas acometidas por DM e outras doenças crônicas anualmente em nosso país, levando-nos a inferir que as ações da atenção básica ainda não encontraram o ritmo e o compasso para a resolutividade da problemática o que aumentam as estatísticas epidemiológicas (BERTOLDI, et al. 2013).

Deste modo, o estudo apresentado assenta-se na relevância da atenção básica em saúde no qual diz respeito à prevenção e controle aos fatores de risco da DM e suas complicações, promotora da construção de saberes e práticas sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas para a melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas com esta comorbidade.

Enfatiza-se, neste estudo, que os processos preventivos devem ser idealizados e implementados como uma proposta indispensável nos serviços de saúde. Pois a promoção da saúde não se resume em uma via de mão única, mas de muitas ramificações, que envolvem contexto e processo; ação e reação; locus e globalidade; simplicidade e complexidade. Logo, constitui-se um campo fértil para reflexões/ações acerca do processo de educação em saúde, contributivo a uma possível modificação do comportamento das pessoas frente à condição crônica e uma melhor qualidade de saúde e vida.

2 OBJETIVOS

Geral

- Compreender como os idosos acometidos por DM percebem as práticas educativas recebidas.

Específicos

- Identificar o conhecimento dos idosos com DM sobre a doença e seu tratamento;
- Averiguar como os idosos percebem as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros e como o contexto familiar interfere no cuidado da DM;

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Envelhecimento Populacional e DM

O acelerado processo de envelhecimento, nos países em desenvolvimento, tem ocorrido devido o evidente processo de transição demográfica e epidemiológica. O envelhecimento antes considerado um fenômeno, hoje, se faz presente na realidade e na vida da maioria da população. Estima-se que em 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, este quadro é resultado dos avanços tecnológicos e científicos referentes aos cuidados com a saúde os quais refletiram no aumento da expectativa de vida, na queda da fecundidade e da mortalidade (BRASIL, 2007).

No Brasil, segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2025 cerca de 32 milhões de pessoas terão 60 anos ou mais de idade, deste modo o país ocupará o sexto lugar quanto ao número de idosos (IBGE, 2010). Entretanto, existem diferenças na forma que ocorre o envelhecimento em países desenvolvidos e em desenvolvimento, no primeiro o envelhecer é um processo gradual relacionado à melhoria nas condições gerais de vida, no segundo, como é o caso de nosso país esse processo esta acontecendo de forma acelerada, o que impacta diretamente a organização social visto que esta não esta preparada para lidar com as novas características e necessidades desta população (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) o envelhecimento consiste em “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OMS, 2005). Desta forma o envelhecimento deve ser avaliado não apenas como cronológico, mas também incluir os aspectos biológico, psíquico, social e funcional.

Assim, pode-se inferir que o conceito de envelhecimento engloba a dimensão biológica e a instrumental, onde a biológica é representada pelo declínio gradual características físicas que estão relacionadas com o tempo, tendo início ao nascer e continuando pelos anos subsequentes. A dimensão instrumental esta relacionada aos aspectos de caráter social, os quais envolvem o individuo com a família, o trabalho e as outras interações sociais (VALENÇA; SILVA, 2011).

Este processo de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos é natural, podendo variar de pessoa para pessoa, sendo gradativo para uns e mais rápido para

outros. Em seu curso normal o envelhecimento não provoca problemas, entretanto em condições adversas como estresse emocional e doenças podem desencadear uma condição patológica (BRASIL, 2006).

Para que o envelhecimento represente uma experiência benéfica, o percurso do envelhecer necessita ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Deste modo a atenção à pessoa idosa deve contribuir para que, caso apresente limitações estas possam ressignificar sua própria vida e viver com a máxima qualidade. Parte das dificuldades expressam-se na cultura que limita e muitas vezes desvaloriza esta fase da vida, assim o envelhecimento ativo deve ser aplicado com os indivíduos e seu grupo social, onde seu potencial nas esferas social, mental e o próprio bem-estar físico sejam aplicados na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades (OMS, 2005).

O envelhecimento ainda pode ser dividido em três tipos: o normal, o saudável e o patológico. O normal apresenta modificações físicas, cognitivos e sociais compatíveis com a idade do indivíduo apresentando-se de forma gradual e progressiva, possuindo ação cumulativa. O saudável as alterações fisiológicas se desenvolvem de forma lenta sem causar grandes impactos à vida da pessoa idosa. O Patológico consiste em alterações orgânicas ocasionadas por doenças crônicas e síndromes que incluem efeitos das doenças e do ambiente não podendo ser confundida com o processo normal de envelhecimento (ROWE; KHAN, 1998).

As DCNT estão intimamente relacionadas ao envelhecimento patológico, doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes são as principais causas de mortalidade nesta população (WHO, 2017). Neste contexto o conhecimento adequado acerca destas doenças crônicas permite um maior propriedade nos processos preventivos e terapêuticos, em especial a Diabetes mellitus (DM).

DM não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos de múltipla etiologia, que apresentam em comum à hiperglicemia originária de defeitos na secreção e/ou da atuação de insulina (SBD, 2016; FERREIRA, et al. 2011).

Mundialmente estima-se que 415 milhões de pessoas tenham DM, o que corresponde a 1 em cada 11 adultos convivem com esta condição crônica, embora 1/3 desses casos permaneça sem diagnóstico. Calcula-se que em 2040 este número alcance a margem de 642 milhões de adultos convivendo com a doença (IDF, 2015).

Em 2015 na América Latina houve mais de 247 milhões de óbitos decorrentes da DM, onde 42,7% dessas mortes foram em pessoas com menos de 60 anos, no Brasil o número de

óbitos correspondeu a pouco mais de 130 milhões o que representa mais da metade das mortes nesta região (IDF, 2015).

Nos últimos 10 anos o número de brasileiros diagnosticados com DM cresceu 61,8%, o Ministério da Saúde estima que mais de 12 milhões de brasileiros convivem esta comorbidade o que representa 8,9% da população total. O sexo feminino representa maior prevalência passando de 6,3% para 9,9% no período, em comparação o sexo masculino que foi de 4,6% e 7,8% (SBD, 2017).

O desenvolvimento do DM dependerá de três campos que vão delinear os fatores de risco mais comuns, sendo eles: 1) genético: que abarca o histórico familiar, etnia, histórico de diabetes gestacional, síndrome do ovário policístico, histórico de abortos sem causa determinada; 2) estilo de vida: o qual se caracteriza pela obesidade (aumentando a resistência insulínica), sedentarismo (inclina a obesidade), hiperglicemia, hipertrigliceridemia, e, 3) o envelhecimento: indivíduos a partir de 45 anos apresentam um fator de risco a mais para que venha a desenvolver esta patologia, uma vez que o pâncreas começa a diminuir o seu funcionamento (SBD, 2016).

Sua classificação é baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, os termos “DM insulino dependente” e “DM insulino independente” encontram-se em desuso, deste modo seu diagnóstico é subdividido em quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros tipos específicos de DM (ADA, 2015).

A DM tipo 1 é caracterizada pela destruição das células beta que levam a uma deficiência de insulina, fatores genéticos, imunológicos e ambientais podem contribuir para a destruição das células beta, os eventos que resultam na destruição destas células ainda não estão completamente compreendidos, mas aceita-se a existência de suscetibilidade genética, deste modo não herda-se a DM tipo 1, mas sim a predisposição genética para o seu desenvolvimento, podendo afetar pessoas de qualquer idade, mas seu aparecimento geralmente ocorre em crianças ou adultos jovens (SBD, 2016).

A DM tipo 2 representa 90 a 95% dos casos, caracterizando-se por defeitos na ação, secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose, é mais comum em adultos principalmente após os 40 anos, entretanto sua incidência esteja aumentando entre indivíduos mais jovens devido o crescimento de obesidade nesta faixa etária. Muitos indivíduos que possuem a DM tipo 2 desconhecem sua condição e o diagnóstico tardio pode apresentar concomitantemente evidências de complicações decorrentes da doença (ADA, 2015).

DM gestacional consiste em qualquer intolerância à glicose, com início durante a gestação, a produção de hormônios placentários podem provocar a resistência a insulina fato que pode acometer até 18% das grávidas. Seu aparecimento ocorre a partir da 24ª semana de gravidez e aumenta o risco de distúrbios hipertensivos durante a gestação. Entretanto, pacientes de alto risco e que na consulta inicial de pré-natal, ainda no primeiro trimestre de gestação, possuem os critérios para diabetes fora da gestação são classificadas como DM tipo 2 e não como diabetes gestacional (SBD, 2016).

Formas menos comuns de DM são classificadas como tipos específicos, pois os defeitos ou processos causadores da diabetes podem ser identificados, sua apresentação clínica é bastante heterogênea podendo variar desde defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições como doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, infecções dentre outros fatores (SBD, 2016).

Os critérios para diagnosticar a DM são: sintomas de polidipsia, poliúria, e perda ponderal advindos de glicemia casual acima de 200mg/dl; de glicemia em jejum igual ou superior a 126 mg/dl; glicemia de duas horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl e utilização de hemoglobina glicada (HbA1c) como critério de diagnóstico (ADA, 2015).

A medida da HbA1c avalia o grau de exposição à glicemia durante o tempo e os valores se mantêm estáveis após a coleta. Usualmente, a HbA1c tem sido utilizada para representar a média ponderada global das glicemias médias diárias (glicemias de jejum e pós-prandial) nos os últimos 4 meses. Seus valores diagnósticos para a DM são: HbA1c \geq 6,5% a ser confirmada em outra coleta, em caso de sintomas ou glicemia \geq 200 mg%; e indivíduos com alto risco para o desenvolve-la apresenta valores de HbA1c entre 5,7 e 6,4% (SBD, 2016).

O tratamento é composto por medidas não medicamentosas e medicamentosas, as não medicamentosas incluem: educação em saúde; modificações no estilo de vida; reorganização dos hábitos alimentares; prática de atividade física; redução do peso, monitorização dos níveis glicêmicos e diminuição ou abolição do fumo e álcool. O tratamento medicamentoso poderá ser realizado com anti-hiperglicemiantes orais, insulina ou associação desses medicamentos (ADA, 2015).

O principal objetivo do tratamento é reduzir a morbidade e mortalidade, aumentadas em decorrência do mau controle metabólico e ambas as formas de tratamento podem ser realizadas concomitantemente (ROSSI; SILVA; FONSECA, 2015). Essa DCNT solicita

melhor adequação do estilo de vida e adoção de práticas terapêuticas, ou seja, que enlace o sistema triádico: alterações aos padrões alimentares, realização de controle glicêmico, prática de atividades físicas, como também o acompanhamento ininterrupto com a equipe multidisciplinar de saúde (SBD, 2016).

Desenvolvida a condição, o indivíduo passará sua vida com risco de aumentar complicações e o principal desencadeador será a hiperglicemia crônica. A DM pode apresentar consequências físicas, sociais e econômicas, deste modo seu diagnóstico deve ser o mais precoce possível a fim de evitar ou retardar o aparecimento das complicações (FERREIRA, et al. 2011).

Sob o ponto de vista de saúde pública, as implicações humanas, sociais e econômicas arroladas à DM são complexas, possuindo grande impacto socioeconômico, principalmente após o surgimento das complicações crônicas, e consome parcela importante dos recursos do indivíduo e da sociedade, incluindo gastos com tratamentos, internações prolongadas e recorrentes, incapacitações físicas e sociais. Além de causar grande sofrimento pela redução da aptidão física e da capacidade funcional (ADA, 2015).

3.2 Educação em Saúde

A Educação em saúde é conceituada como o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, que visa à apropriação temática pela população a qual permite construir saberes e aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2009). Deste modo atividades de educação em saúde são fundamentais para proporcionar oportunidades, compartilhar experiências e socializar os conhecimentos, os quais possibilitam a tomada de decisões conscientes e maior autonomia no autocuidado pelo indivíduo e sua família (KIVELÄ, 2014).

O processo de educação em saúde é fundamental para o cuidado de pessoas acometidas por DM, pois atua como um método que contribui para melhora do autocuidado, da percepção dos aspectos físicos, da funcionalidade, dos hábitos alimentares, bem como da vitalidade, dos aspectos sociais, emocionais e da saúde mental, conseqüentemente ocorre uma diminui nos níveis glicêmicos e redução da incidência de complicações como a retinopatia e a neuropatia diabéticas (VINCENT, 2009; FARIA, 2013).

A educação em saúde em grupo torna-se uma ação estratégica mais eficiente que a realizada individualmente, pois a troca de experiências implica na existência de vínculos entre os membros, numa linguagem comunicativa com um objetivo comum a qual resulta em

relações de interdependência e a existência de afetos entre os participantes permitindo a percepção de que não estão sozinhos no enfrentamento da doença, bem como a construção de novos conhecimentos de forma inovadora (ALMEIDA, 2014; MENDONÇA, 2015).

Por possuir atuação na unidade e no espaço social da comunidade a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um vínculo de compromisso e corresponsabilidade com a população, sendo a equipe de saúde a principal responsável pelas atividades de educação em saúde norteadas pela perspectiva dos modelos de vida, de saúde-doença articulando com o contexto familiar e cultural (BEERENWINKEL, 2014). Entretanto na maioria das vezes suas ações estão centradas na transmissão de conhecimentos, encontram-se em torno de um enfoque tecnicista e biomédico, uma vez que as orientações são voltadas à redução dos fatores de risco, em detrimento ao enfoque na visão positiva da saúde, tais como a educação em saúde permanente abrangendo todas as áreas do indivíduo (SILVA, 2009).

Durante o processo educativo o profissional de saúde deve atuar como facilitador, colaborando para a construção de novos conhecimentos e a resignificação dos existentes onde a estratégia metodológica deve ser pautada nas concepções de conhecimento, educação e dos sujeitos que integram a relação na ação educativa. Os espaços de encontros podem ser construídos em diferentes culturas e saberes que possibilita o compartilhamento de vivências, de produção de significados que vão sendo construídos em um determinado tempo e espaço histórico nos quais os participantes do grupo são estimulando a encontrarem estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas de saúde (FREIRE, 2011; GAZZINELLI, 2015).

3.3 A Família no Cuidar

A família pode ser caracterizada como sendo o grupo de pessoas unidas por relação conjugal ou parental, permeada por afeto e interesses comuns, ou outras formas de vínculo sociais e pessoais (MALUF, 2013). Como instituição, obedece a uma estrutura social, afetiva e econômica, visto que é a partir dela que o indivíduo se constrói nas relações. Deste modo, o grupo familiar apresenta-se como o primeiro contato na vida social e afetiva (GOMES; SILVA; PESSINI, 2011).

As mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais ao longo dos séculos influenciaram na concepção e composição familiar, assim para defini-la é necessário identificar o momento histórico e cultural a qual está inserida. Logo percebe-se que o maior objetivo é o desenvolvimento da personalidade e potencialidades do indivíduo, visando o

alcance da felicidade e do bem-estar social. Entretanto a organização familiar não se encontra isenta de regras e instrumentos de controle social como é o caso da lei, da moral, da religião e das regras de trato social (NADER, 2010).

As intensas transformações sociais que ocorreram em especial nas últimas décadas tiveram grande impacto na transformação da noção de família, o nome continua o mesmo, mas em seu interior modificou-se completamente (TORRES, 2012). Compreender não somente a família contemporânea, mas entendê-la em seu processo de evolução, arranjos familiares, suas funções de criar vínculos sociais do indivíduo contribui para uma nova forma de pensar sobre a sua atual condição (GOMES; SILVA; PESSINI, 2011).

São abundantes as formas de agrupamento familiar, dentre elas pode-se citar a matrimonial, formada na união estável, concubinária, monoparental, unilinear, homoafetiva, recompostas, mosaico, pluriparental, anaparental, eudemonista, paralela, todas com suas singularidades e funcionalidades (BARROSO, 2010).

Assim, como as pessoas as famílias também evoluem por meio de etapas que podem ser expressas como o ciclo vital familiar, este ciclo contém eventos esperados pela família no decorrer do seu desenvolvimento com sequência previsível, entretanto variável. Desta forma, o ciclo vital familiar pode ser entendido como fases que a família vivencia através do tempo com características próprias (GLICK, 2001).

Os estágios do ciclo vital familiar são descritas em oito etapas: 1. Casal sem filhos; 2. Famílias com recém-nascido; 3. Famílias com crianças em idade pré-escolar; 4. Famílias com crianças em idade escolar; 5. Famílias com filhos adolescentes; 6. Famílias com jovens adultos (saída do 1º filho - saída do último filho); 7. Casal na meia-idade ("Ninho-Vazio"); 8. Envelhecimento (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

O ciclo vital familiar permite observar as mudanças familiares e seu desenvolvimento ao longo do tempo através de suas etapas, deste modo, o comportamento da família e do indivíduo estão ligados a ciclos que se cruzam e são indissociáveis (VÁSQUEZ, 2015).

Ao observar a última fase do ciclo pode-se perceber um aspecto de encerramento onde a pessoa idosa faz uma retrospectiva do que já passou, vivendo os dias atuais onde novos valores são empregados pelas novas gerações podendo atuar ajudando na criação dos netos ou sendo cuidado pelos filhos (VALENÇA, 2011).

A afetividade entre os membros da família está presente em todas as etapas do ciclo e é encarada não como uma obrigação moral, mas sim como finalidade e fundamento, gerando o compromisso de cuidado recíproco entre os entes familiares (BARROSO, 2010).

A fim de que o sistema familiar funcione todos os membros desempenhando tarefas e assumem funções, mesmo com as mudanças ocorridas duas funções sempre existem: o prover e o cuidar. O prover está relacionado ao sustento, ao poder de compra; e o cuidar vem sempre expresso ao desenvolvimento da afetividade, da alimentação, da atenção e vigilância constata (BRASIL, 2007).

O cuidar consiste em um ato voluntário complexo o qual envolve diversos sentimentos que podem ser contraditórios como raiva, culpa, medo, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação e choro. Tais sentimentos podem ser simultâneos e devem ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada (BRASIL, 2007).

A complexificação do cuidado ao idoso e com as alterações sócias demográficas ocorridas na sociedade a família surge como provedora de cuidados, desempenhando assim um papel cada vez mais intenso na atenção aos idosos (FIGUEIREDO, 2011).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos, optou-se por um estudo descritivo e qualitativo, por entender que o mesmo permitirá focar o conteúdo em aspectos da subjetividade humana.

Compreendemos a pesquisa qualitativa como algo ao qual não pode ser mensurável, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis. Assim sendo, quando se trata do sujeito, levam-se em consideração seus traços subjetivos e suas particularidades (GODOY, 1995).

A adoção desta abordagem visa descrever a complexidade que envolve as práticas educativas. Nesta perspectiva segundo Barros (2000) a abordagem descritiva tem como característica marcante a visão da realidade como um todo, sendo esta descrita de forma fidedigna, a partir da interação pesquisador/pesquisado, sem que haja nenhum tipo de interferência do investigador nessa realidade.

4.2 Cenários do Estudo

Neste estudo, o campo de investigação foi o município de Jequié, localizado no Sudoeste da Bahia, na zona limítrofe entre a caatinga e a Zona da Mata, localização esta que lhe confere um clima quente e úmido, com uma população estimada de 162.209 habitantes. Limita-se ao Norte com os municípios de Lafaiete Coutinho e Jaguaquara; ao Sul com Boa Nova e Itagi; ao Leste com Ibirataia, Jitaúna e Gandu e ao Oeste com os municípios de Maracás e Manoel Vitorino (IBGE, 2010).

No cenário da saúde, o município de Jequié encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2001, conforme as determinações contidas na Norma Operacional Básica – NOB/96, porém vem sendo habilitado conforme requisitos do Pacto pela Saúde, o qual reorienta a estrutura e fortalece a capacidade de gestão municipal (JEQUIÉ, 2014).

A atenção básica do município é composta por 48 unidades de saúde, sendo 19 (dezenove) Unidades de Saúde da Família (USF), compostas por 27 (vinte e sete) equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 18 (dezoito) equipes de Saúde Bucal; 25 (vinte e cinco) Postos de Saúde (23 situados na zona rural e 02 na zona urbana); 04 (quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS); 01 (uma) unidade móvel para atendimento médico e 01 (uma) unidade do Programa de Saúde Prisional (PSP). A ESF apresenta uma cobertura populacional de 59,16% (JEQUIÉ, 2014).

O cenário de estudo foi o Centro de Saúde Almerinda Lomanto, UBS localizada na área urbana da cidade. Sua escolha fez-se por possuírem um maior quantitativo de idosos com DM cadastrados no Serviço de Acompanhamento e Controle de Diabetes, quando comparado os usuários cadastrados nas outras unidades.

Quadro 01: Número de idosos cadastrados no Serviço de Acompanhamento e Controle de Diabetes por Unidade Básica de Saúde. Jequié/BA, 2017.

Unidade Básica de Saúde	Número de idosos cadastrados
Centro de Saúde Almerinda Lomanto	370
Centro de Saúde Jequié	43
Centro de Saúde Júlia Magalhães	280
Centro de Saúde Sebastião Azevedo	120

Fonte: Informações obtidas junto aos Coordenadores das Unidades Básicas de Saúde de Jequié, 2017.

4.3 Participantes do Estudo

Fizeram parte desse estudo idosos cadastrados no Serviço de Acompanhamento e Controle de Hipertensão e Diabetes da UBS selecionados segundo os critérios de inclusão: a) ser idoso diagnosticado com DM cadastrado no Serviço de Acompanhamento e Controle de Hipertensão e Diabetes da Unidade Básica de Saúde; b) aceitar participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de exclusão: a) Não possuir capacidade cognitiva para responder a entrevista¹. Por tratar-se de um estudo qualitativo, o número de entrevistas foi identificada durante o levantamento de dados no campo, sendo encerrada com a saturação dos dados, a qual consiste em amostrar até o ponto em que os dados se repetem de maneira redundante, sem acrescentando novas informações para compreensão do objeto de estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

¹ A **capacidade cognitiva** foi avaliada indiretamente durante a realização da entrevista, observando-se a coerência das respostas e quando o idoso apresentava dificuldade para entender, assimilar e relacionar os questionamentos com as respostas verbalizadas à entrevista era encerrada.

Deste modo, foram realizadas 57 entrevistas das quais 25 ocorreram na UBS e 32 na residência do idoso em companhia do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A diferença de local deu-se pela necessidade de evitar um viés de confundimento, perante a existência de

atendimento domiciliar e um número significativo de idosos cadastrados no serviço de Acompanhamento e Controle de Hipertensão e Diabetes que não frequentavam as consultas de enfermagem.

Todas as entrevistas foram realizadas entre o período de maio a julho de 2017.

4.4 Questões éticas

O presente estudo contempla a Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB, segundo Parecer n.º 2.032.593 (Anexo A).

Deste modo os participantes do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), informando-lhes os objetivos do estudo, o método, ausência de riscos e benefícios e o respeito à sua privacidade, os que aceitaram participar tiveram seus nomes sob sigilo, sendo identificados no estudo a partir de numerais e letras do alfabeto Arábico.

4.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

Para atingir os objetivos deste estudo, utilizamos como técnica a entrevista semiestruturada, segundo Minayo (2010) esta modalidade de entrevista combina perguntas abertas e fechadas possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema apresentando-se de forma simples com alguns tópicos que guiem uma conversa, funcionando como lembretes e servindo de orientação para o andamento do diálogo.

O instrumento utilizado foi um questionário de entrevista (Apêndice B) construído pelas pesquisadoras com a finalidade de atender os objetivos propostos e subdividido em cinco momentos distintos. O bloco I estabelece a caracterização dos participantes do estudo, através do seu perfil sócio-demográfico e educacional; o bloco II fornece informações sobre o comportamento e as condições de saúde; o bloco III o apgar de família; o bloco IV questionamentos gerais sobre diabetes e o bloco V questionamentos específicos sobre a diabetes e a educação em saúde.

Após a aprovação do projeto pelo CEP-UESB, e autorizado à realização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Jequié (Anexo B), foi agendado uma reunião com a coordenadora, as duas enfermeiras do Programa de Acompanhamento e Controle de Diabetes e a enfermeira coordenadora do Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS) da UBS,

deste modo foi possível apresentar o projeto, bem como conhecer o perfil dos participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão.

As entrevistas ocorreram de duas formas, na sala de espera da UBS e no domicílio. As entrevistas na UBS foram realizadas com os idosos que estavam aguardando o atendimento ou que já tinham sido atendidos pela enfermeira do acompanhamento da DM. A posteriori, era apresentado ao idoso a pesquisa, onde foram esclarecidos sobre os objetivos e de que não receberiam nenhuma remuneração para participar, podendo desistir a qualquer momento, quando aceitavam eram requerido a assinatura no TCLE.

Para as entrevistas ocorridas no domicilio dos idosos, foram realizadas com a aproximação do ACS, na qual o procedimento de coleta era mantido da mesma forma que as realizadas na UBS.

Todas as entrevistas foram gravadas utilizando-se um gravador digital, com o conhecimento e consentimento dos entrevistados. A mesma era ouvida e arquivada em computador no formato *mp4*, no *Software Windows Media Player* e transcrita no *Microsoft Word*.

4.6 Técnica de análise e interpretação dos dados

Para análise dos dados utilizamos a Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (2011), pode ser compreendida como um conjunto de técnicas de análise que visam obter por procedimentos sistemáticos e objetivos que descrevem os conteúdos das mensagens, qualitativas e quantitativas, as quais permitem a inferência de conhecimentos e a concepção de variáveis.

Deste modo, o material coletado seguiu os seguintes passos: primeiramente foi pré-analisado com o intuito de sistematizar as ideias para o desenvolvimento preciso de exposição do material, onde seguiu as normas de validade, dentre elas a exaustividade; homogeneidade; representatividade e a pertinência.

Posteriormente realizamos a exploração do material empírico com a exploração do mesmo, no qual foi feito recortes em unidades de contexto e de registro em ordem semântica, representando o tema por meio de uma palavra ou no formato de frase.

Em seguida, foi feito a separação dos recortes, considerando-se as harmonias e divergências, onde a agregação e classificação das unidades foram realizadas sequencialmente, bem como a enumeração.

Quadro 2– Síntese das unidades de registro e unidades de significação na análise de conteúdo das entrevistas. Jequié/BA, 2017.

Código do Tema	Temas/Unidades de Significação	Número de Unidades de Registro (UR)		
		Corpus 01	Corpus 02	Síntese Horizontal ²
Entrevista 01	Pode ser controlada e também não se entregar porque quem tem diabetes se entrega	Doença que pode conviver.		
Entrevista 02	Eu tenho medo assim de morrer ninguém quer, nem eu quero morrer, mas eu tenho medo assim de ter que amputar uma perna, perder minha visão, ficar com minha mente fraca, eu acho que a diabetes é uma doença muito terrível, é perigosa eu acho.		Sentimentos negativos (medo de morrer, e das complicações)	
Síntese Vertical³				

Fonte: Adaptado de OLIVEIRA (2008).

Após a organização e codificação do material, foi possível realizar a classificação e agregação dos dados em temas/categorias. Deste modo, conseguimos o tratamento e a interpretação de modo a analisá-los.

Quadro 3 – Síntese da construção de categorias na análise de conteúdo das entrevistas. Jequié/BA, 2017.

Temas/Unidades de Significação	No UR/Tema	% no UR/ Tema	Categoria
Doença que pode conviver	7	12,2%	Percepção da Diabetes
Doença incurável / Câncer	7	12,2%	
Fisiológico (Mal funcionamento do pâncreas/ Hiperglicemia/ Hereditária)	21	36,8%	
Hábitos de vida (alimentação)	7	12,2%	
Desconhecimento sobre a doença	10	17,5%	
Sentimentos negativos (medo de morrer, e das complicações)	19	33,3%	

Fonte: Adaptado de OLIVEIRA (2008).

2 Síntese Horizontal: síntese dos núcleos de sentidos das entrevistas, identificando as convergências, as divergências, o diferente e o complementar.

3 Síntese Vertical: síntese de cada entrevista sobre a totalidade dos núcleos de sentido.

5 RESULTADOS

Com a finalidade de apresentação dos resultados da pesquisa e conforme proposta do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia foi construído dois manuscritos. O estudo de forma completa visa à contemplação do objetivo geral, compreender como os idosos acometidos por DM percebem as práticas educativas recebidas.

Com o propósito de responder o objetivo específico, identificar o conhecimento dos idosos com DM sobre a doença e seu tratamento foi elaborado o primeiro manuscrito intitulado “Compreensão de Idosos Acometidos por Diabetes Mellitus Sobre a Doença e seus Agravos”. Para responder os objetivos averiguar como os idosos percebem as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros e como o contexto familiar interfere no cuidado da DM foi construído o segundo manuscrito intitulado “Importância das Práticas Educativas no Cuidado de Idosos cometidos com Diabetes Mellitus”. Os manuscritos estão formatados segundo as normas gerais de publicação dos periódicos selecionados para a submissão.

5.1 MANUSCRITO I:

Compreensão de Idosos Acometidos por Diabetes Mellitus Sobre a Doença e Suas Complicações

Manuscrito será submetido à Cogitare Enfermagem, elaborado conforme as instruções para autores desse periódico, disponíveis em (<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/diretrizes-autores/>), acessado em 18 de dezembro de 2017.

COMPREENSÃO DE IDOSOS ACOMETIDOS POR DIABETES MELLITUS SOBRE A DOENÇA E SUAS COMPLICAÇÕES

RESUMO

Este estudo objetivou identificar o conhecimento de idosos com diabetes sobre a doença, seus principais métodos preventivos e de autocuidado e suas principais complicações, possui caráter descritivo realizado mediante abordagem qualitativa; o cenário foi uma unidade básica de saúde localizada em um município do interior da Bahia, com participação de 57 idosos. Empregando-se a técnica de análise de conteúdo temática, emergiram três categorias: Compreensão e Significação da Diabetes; Prevenção e Cuidados; Complicações Decorrentes da Diabetes. Observou-se que os idosos representaram diferentes aspectos quanto à compreensão do que é a diabetes, onde o desconhecimento da patologia representa uma situação preocupante, pois é a partir dela que ocorre melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente à prevenção dos agravos. A enfermagem está intimamente ligada aos processos de promoção à saúde, pois é ela que exerce maior vínculo e tempo no cuidado, cabendo a este profissional orientar e esclarecer quanto as dúvidas e identificar as reais necessidades individuais.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Serviços de Saúde para Idosos.

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) não é uma única doença, mas sim um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos de múltipla etiologia, que apresentam em comum a hiperglicemia originária de defeitos na secreção e/ou da atuação de insulina¹. O número de brasileiros diagnosticados com DM nos últimos 10 anos teve um aumento de 61,8% e o Ministério da Saúde estima que mais de 12 milhões de brasileiros convivem com diabetes, o que representa 8,9% da população total, sendo que o sexo feminino apresenta maior prevalência passando de 6,3% para 9,9% no mesmo período, em contraste com o sexo masculino que passou de 4,6% e 7,8%².

O tratamento é composto por medidas farmacológicas utilizando hipoglicemiantes orais, insulina ou associação destes e não farmacológicas que inclui a educação em saúde; modificações no estilo de vida; reorganização dos hábitos alimentares; prática de atividade física; redução do peso, monitorização dos níveis glicêmicos e diminuição ou abolição do

fumo e álcool³. Podendo ser empregadas concomitantemente, visto que seu principal objetivo é a redução da morbimortalidade, que apresenta-se aumentada em virtude do mau controle metabólico⁴.

Sob o ponto de vista de saúde pública, as implicações humanas, sociais e econômicas arroladas à DM são complexas, possuindo grande impacto socioeconômico, principalmente após o surgimento das complicações crônicas. Consomem parcela importante dos recursos do indivíduo e da sociedade, incluindo gastos com tratamentos, internações prolongadas e recorrentes, incapacitações físicas e sociais, além de causar grande sofrimento pela redução da aptidão física e da capacidade funcional³.

Nesse sentido, identificar o nível de conhecimento e a percepção da DM, pode subsidiar o planejamento e a implementação de ações em saúde dirigidas a essa população. Assim, este estudo teve por objetivo identificar o conhecimento de idosos com DM sobre a doença, seus principais métodos preventivos e de autocuidado e suas principais complicações.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com caráter descritivo realizado mediante abordagem qualitativa, recorte de uma dissertação de mestrado, tendo como cenário uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em um município do interior da Bahia. Participaram da pesquisa 57 idosos cadastrados no Serviço de Acompanhamento e Controle de Hipertensão e Diabetes da UBS.

Foram utilizados como critérios de inclusão: ser idoso diagnosticado com DM cadastrado no Serviço de Acompanhamento e Controle de Hipertensão e Diabetes da UBS e como critério de exclusão não possuir capacidade cognitiva para responder a entrevista, a mesma era avaliada indiretamente durante a realização da entrevista, observando-se a coerência das respostas e quando o idoso apresentava dificuldade para entender, assimilar e relacionar os questionamentos com as respostas verbalizadas à entrevista era encerrada.

Para atingir os objetivos deste estudo, utilizamos como técnica a entrevista semiestruturada e o instrumento de coleta dos dados foi um questionário de entrevista construído pelas pesquisadoras subdividido em momentos (blocos) distintos, composto por perfil sociodemográfico e educacional, informações sobre o comportamento e as condições de saúde e finalizando com os questionamentos sobre a DM.

As entrevistas ocorreram em duas modalidades, na sala de espera da UBS sendo entrevistados 25 idosos e no domicílio com 32 idosos. A diferença de local deu-se pela necessidade de evitar um viés de confundimento, perante a existência de atendimento

domiciliar e um número significativo de idosos cadastrados no serviço de Acompanhamento e Controle de Hipertensão e Diabetes que não frequentavam as consultas de enfermagem. Todas as entrevistas foram realizadas entre o período de maio a julho de 2017.

As entrevistas na UBS foram realizadas com os idosos que aguardavam atendimento ou que já haviam sido atendidos pela enfermeira do acompanhamento da DM. Inicialmente, era apresentada a pesquisa, onde os idosos foram esclarecidos sobre os objetivos e de que não receberiam nenhuma remuneração para participar, podendo desistir a qualquer momento, e quando aceitavam era requerida a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dando assim início a entrevista.

As entrevistas ocorridas nos domicílios foram realizadas com a aproximação do Agente Comunitário de Saúde, o procedimento de coleta era mantido da mesma forma que as realizadas na UBS. Todas as entrevistas foram gravadas utilizando-se um gravador digital, com o conhecimento e consentimento dos entrevistados, as mesmas eram ouvidas e arquivadas em computador, no formato *mp4*, no *Software Windows Media Player* e transcrita no *Microsoft Word*.

Para análise dos dados utilizamos a Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin⁵. Onde o material coletado seguiu os seguintes passos: primeiramente foi pré-analisado com o intuito de sistematizar as ideias para o desenvolvimento preciso de exposição do material, onde seguiu as normas de validade, dentre elas a exaustividade; homogeneidade; representatividade e a pertinência.

Posteriormente realizamos a exploração do material empírico com a exploração do mesmo, no qual foi possível realizar os recortes em unidades de contexto e de registro em ordem semântica, representando o tema por meio de uma palavra ou no formato de frase.

Em seguida, realizada a separação dos recortes, considerando-se as harmonias e divergências de tal forma que a agregação e classificação das unidades foram realizadas sequencialmente, bem como sua enumeração. Após a organização e codificação do material, foi possível realizar a classificação e agregação dos dados em temas/categorias.

O presente estudo contempla a Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁶, do Ministério da Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o Parecer n.º 2.032.593, com a finalidade de preservar o anonimato dos participantes os questionários foram enumerados com algarismos alfanuméricos precedidos da letra P (participante).

RESULTADOS

Participaram do estudo 57 idosos com idade mínima de 60 anos e máxima de 89 anos com média de 71,21 anos. Verificou-se um maior número de idosos do sexo feminino 46 em comparação com o sexo masculino com apenas 11. Referente à renda familiar 48 idosos sobrevivem com até 1 salário mínimo e 21 idosos não possuíam qualquer escolaridade.

O tempo de convivência com a DM variou de 1 a 50 anos, onde 30 convivem a mais de 11 anos com esta comorbidade. O tratamento mais frequente foi a utilização de hipoglicemiantes oral utilizado por 42 idosos, seguida pela combinação de hipoglicemiantes e insulina utilizado por 11 idosos e apenas 2 idosos faziam uso de tratamento não medicamentoso; 13 idosos referiram possuir alguma complicação decorrente da DM, dos quais 9 referiram complicações referentes ao sistema circulatório. Quanto à condição geral de saúde 53 idosos apresentam outra patologia, sendo mais frequente a hipertensão arterial presente em 47 participantes.

A análise dos dados qualitativos coletados durante as entrevistas nos permitiu conhecer os elementos que influenciam a visão dos idosos sobre o processo de viver e o próprio conhecimento sobre a DM, deste modo emergiu as seguintes categorias: “Compreensão e Significação da Diabetes”; “Prevenção e Cuidados” e “Complicações Decorrentes da DM”.

Compreensão e significação da Diabetes

Esta categoria foi constituída a partir da compreensão dos idosos sobre o que é a DM, observou-se assim, que os idosos compreendem a DM como uma doença de certa gravidade a qual necessita de cuidados, entretanto pode ser enfrentada desde que seja vista com seriedade. Percebe-se que, no intuito de preservar a saúde, hábitos de vida devem ser modificados com a finalidade de não causar novos agravos à saúde e possibilitar o viver bem, como pode ser verificado na caracterização impressa e em alguns relatos transcritos abaixo:

Diabetes eu acho que é uma doença grave, mas é boa de levar dependendo da boca da gente. Porque por diabete eu ainda não tive problema nenhum porque eu diminuo, não como nada que eu vejo, não tenho o olho grande, então se a gente saber regular ela, controlar ela a gente vive mais. (P34)

O diabete é uma doença que não tem cura, uma doença que a gente vive com ela só é saber se cuidar, é ter a dieta, sempre passar pela nutricionista e seguir o que a nutricionista passa se vacilar ai fica ruim. (P12)

Entre alguns idosos a compreensão da DM está apenas na sua cronicidade e no impacto negativo que pode causar na vida e na saúde, criando assim perspectivas obscuras,

definindo seus padrões conceituais em doenças de grande gravidade como o câncer. Esta correlação envolve a interpretação dos significados interpessoais de sofrimento com o enfrentamento e convívio com a doença.

Pra mim é uma doença horrível igual o câncer, o câncer não tem cura a diabetes também, só Deus pra curar. A diabetes é uma doença horrível. (P27)

A diabetes é um câncer no sangue da gente, ele não tem cura, a gente toma remédio quanto vida a gente tiver e nunca vai curar ele, ainda tem que fazer regime pra ele não aumentar [...] é um câncer. (P04)

Alguns participantes identificaram a DM como uma consequência de distúrbio fisiológico através do mau funcionamento pancreático, o qual ao diminuir ou parar suas funções resulta na elevação da glicemia sérica, ocasionando o quadro clínico e a cronicidade, entretanto foi possível perceber o desconhecimento do que de fato era o pâncreas e o seu funcionamento básico.

É o pâncreas que para de queimar o açúcar, nem todos porque tem uns que ainda funciona a metade. (P30)

Não sei de que ela é causada, diz que é o açúcar que aumenta no organismo da gente, agora o que faz ele aumentar não sei, eles diz que é um 'negoço' que tem dentro da gente que não produz a insulina o pâncreas. (P49)

A concepção de hereditariedade fez-se presente em alguns momentos, mas também era relatada com um ar de dúvida e incerteza como sendo uma construção empírica ou reprodução de conhecimento não concretizado.

Pra mim o diabetes ela é uma coisa assim hereditária que minha mãe teve, minha irmã teve problema serio, meu irmão também, eu não sei responder se ela é hereditária ou se a gente adquire ela de acordo a idade ou mesmo algum problema que a gente tem. (P23)

O povo diz que a diabetes é sempre de família. (P31)

A associação com a alimentação saudável foi outro ponto aparente, os idosos atrelam o surgimento da DM com o consumo excessivo de doces e carboidratos no decorrer de suas vivências.

[...] é um açúcar que aumenta no organismo da gente que eu não sei de onde vem tanto açúcar. O que agente come vira açúcar. (P06)

É açúcar no sangue, então por isso a gente tem que ter determinado cuidados com a alimentação. (P40)

Este conhecimento é compartilhado por grande parte dos participantes, pois compreendem a doença como simplesmente “açúcar no sangue”, desta forma observou-se uma associação recorrente entre os hábitos alimentares e o surgimento da doença.

Prevenção e cuidados

Esta categoria foi constituída a partir da compreensão dos idosos sobre as formas de prevenção e principais cuidados diários para o controle da DM, ao serem questionados sobre as formas preventivas muitos relataram desconhecimento ou até uma negativa quanto sua existência.

Eu acho que não porque quando chega ao ponto da gente descobrir, conhecer que tem praticamente ela já está plantada então pra gente conhecer antes é muito difícil [...].(P05)

[...] quando a pessoa tem de ter não tem pra onde correr, depois de velho ainda tem, já uns tem novinhos, já outros eu acho que é o destino da gente. (P22)

Outros expressaram a estreita relação entre um estilo de vida saudável como forma de prevenção da DM, onde a associação do viver bem com um corpo saudável abrange ações simples nas práticas cotidianas como uma alimentação equilibrada e a prática de exercício físicos desde mais jovens.

Tem hábitos que a gente pode corrigir, quando a gente tá novo, tá jovem a gente come tudo, a gente não olha que amanhã a gente precisa colher o resultado daquilo ali que nos estamos fazendo [...]. (P23)

Ter sempre sua atividade física, ter uma boa alimentação, evitar o que puder de açúcar, procurar ser sempre alegre passar por cima dos problemas pra não adquirir. (P18)

Após instalada o quadro de DM, os idosos relacionaram alguns cuidados que são utilizados na vida diária, tais ações estão relacionadas a alimentação com algumas restrições alimentares, a prática de atividade física, e a utilização do tratamento farmacológico implicando assim, numa reorganização dos hábitos de vida a qual requer um compromisso com o tratamento, o autocuidado na busca de um viver mais saudável.

[...]é pra evitar mais o doce, se cuidar mais, fazer exercício, que isso ajuda muito pra saúde da gente, que você vê que parada não resolve nada, mas se você fazer um exercício [...] já se sente outra pessoa. (P12)

É da gente fazer caminhada, tomar o medicamento certo, fazer acompanhamento. (P11)

Outra relação com os cuidados foram as recomendações e o acompanhamento com o profissional de saúde, visando o cuidado contínuo pela busca do controle metabólico, observando-se que o trabalho dos profissionais de saúde exerce importante papel para orientar e proporcionar seu tratamento.

Fazer exercício físico, comer bem porque a gente é o que come porque se você come bem você esta bem se você come mal você esta mal, esta sempre no médico fazendo exame. (P57)

É você tomar a medicação certa, no horário certo [...], porque às vezes o médico passa um horário você esquece vai tomar em outra hora que não tem nada a ver, eu acho que isso ai não é certo. (P12)

Tais orientações são fundamentais para o cuidar contínuo da saúde, pois os mesmos irão fornecer suporte para as ações diárias, o profissional de enfermagem representa o apoio sólido e processual, onde os idosos podem encontrar apoio e informações sobre seu processo crônico, relatando assim sua importância.

Complicações Decorrentes da DM

Esta categoria foi constituída a partir da compreensão das quais principais complicações que a DM pode vir a causar. A maioria dos idosos possuía conhecimento sobre alguma complicação, as citações mais frequentes estavam relacionadas à dificuldade na cicatrização que poderia ocasionar uma amputação.

Se a gente tiver qualquer ferimento, qualquer coisa é difícil melhorar, [...] demora de curar. (P11)

Perde um dedo uma inflamaçãozinha, de um cortezinho pode amputar seu pé seu, braço, sua mão, andar descalço não pode. (P44)

O conhecimento de complicações sistêmicas como retinopatia diabética, problemas renais e na circulação periférica que podem ocasionar o quadro clínico de “pé diabético” também foram relatados principalmente com a ausência ou o autocuidado inadequado com a saúde.

Cegueira, problema rena [...], problema circulatório, os pés tem que ter muito cuidado, quem é diabético os pés. (P03)

Muita coisa, a pessoa cega, ataca as vista fica cego, muitas doenças. Os rins ela ataca muito a pessoa faz até hemodiálise por causa da diabetes, ataca muitas doenças. (P13)

Ela complica tanta coisa. Eu te digo que ela complica muito a vida da gente, só da gente pensar que isso é uma doença incurável, que você não pode comer o que você tem vontade essas coisas assim complica muito. (P42)

Complicações emocionais decorrentes da cronicidade da DM também puderam ser identificadas, pois os indivíduos tendem a comparar e interpretar o viver antes e após o diagnóstico, conseqüentemente ocorre uma dificuldade de adaptação a sua nova situação de saúde, expressando assim sentimentos negativos, visto que a nova condição afeta todas as dimensões do seu viver.

DISCUSSÃO

Por ser uma doença ampla com múltipla e complexa etiologia¹, os idosos representaram diferentes aspectos quanto à compreensão do que é a DM. Para alguns o

reconhecimento de sua gravidade não impossibilita o viver sem agravos, desde que seja seguido o itinerário terapêutico com disciplina.

Em contraponto alguns possuem a visão da doença apenas na sua cronicidade e gravidade. Ao compará-la com um câncer estão externando um sentimento de angústia e aversão extrema, pois utilizam conhecimentos e estereótipos errôneos de impossibilidades terapêuticas, a qual estaria intimamente relacionada ao processo de morte e morrer, assim ao receberem o diagnóstico ante a doença crônica estariam recebendo também uma sentença de morte.

Distúrbio fisiológico relacionado ao mau funcionamento pancreático e a hereditariedade também foram expostos por alguns participantes, entretanto em ambos os casos foram verbalizados com dúvida e receio de estarem equivocados, pois não sabiam corretamente o que era o pâncreas, identificando-o apenas como algo pertencente ao seu corpo. A hereditariedade como fator de risco para o surgimento da DM expressava-se como uma reprodução de conhecimento de outras pessoas e não sendo uma concepção própria.

Associação entre hábitos alimentares e o surgimento da DM ficou em grande evidencia, pois a maioria dos participantes condicionou o surgimento da doença com o consumo excessivo de alimentos doces e carboidratos durante o viver, desta forma a DM era simplificada como um açúcar no sangue, achado este que também foi encontrado em outros estudos^{7,8}.

Com relação às formas de prevenção dois pontos foram expressos, a não existência de métodos preventivos e os relacionados a um estilo de vida saudável. O desconhecimento da etiologia da doença está intimamente ligado à incompreensão de seus processos preventivos, desta forma os idosos externavam um conhecimento precário não apenas sobre sua condição crônica, mas também a falta de orientação acerca da mesma.

Os que relacionavam a prevenção com os fatores de risco não demonstravam apenas conhecimento sobre a doença, mas também um ponto positivo, pois a visão do viver bem e saudável vai além da ausência de doença e engloba ações simples no decorrer da vida como os hábitos saudáveis de alimentação e a prática de atividade física.

O autocuidado constitui fator fundamental no tratamento da DM, pois é a partir dele que o idoso poderá seguir seus principais componentes como a terapia nutricional, a prática de atividade física, a terapia farmacológica, a monitorização e a educação em saúde³. Todos estes pontos foram levantados pelos participantes do estudo, para eles a reorganização da vida diária com a mudança nos hábitos de vida possibilita mais que uma busca pelo bem estar como também um viver de forma plena e saudável mesmo na presença da condição crônica,

entretanto requer um querer correto e consciente pautado no compromisso com o tratamento e consigo.

O profissional de saúde constitui uma peça chave para o bom andamento terapêutico, a figura do médico, do enfermeiro e do nutricionista possibilita um acompanhamento contínuo e planejado a fim de orientar quanto o itinerário terapêutico. De todos os profissionais envolvidos a enfermagem é a que mais está presente durante as várias etapas do tratamento, o serviço de acompanhamento da DM é gerenciado pela enfermagem, resultando na criação de um vínculo de confiança com o paciente, desta forma o profissional deve estar atento ao contexto social, ao estilo de vida para direcionar o cuidado de forma mais individualizada e eficiente⁹.

Ao serem questionados sobre as complicações que a DM poderia causar os idosos apresentavam grande temor tanto na comunicação verbal, quanto nas não verbais antes de expressarem seus conhecimentos. O fato de estarem convivendo com esta doença crônica e estendo expostos a possíveis complicações impacta todas as dimensões do indivíduo, onde sua saúde sempre estará em risco caso não realize os cuidados adequados, desta forma o principal temor dos participantes era de futuramente serem submetidos a procedimento de amputação de algum membro, assim muitos relataram uma preocupação com autocuidado, pois este seria a forma eficiente de prevenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou identificar o nível de conhecimento dos idosos acometidos com DM sobre a doença, seu tratamento e suas principais complicações, deste modo foram possíveis conhecer os elementos que influenciam seu processo de viver.

O desconhecimento da patologia por parte dos participantes representa uma situação preocupante, pois é a partir dela que ocorre melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente à prevenção dos agravos. Revelando assim a necessidade de ações de educação em saúde direcionadas a esse público, uma vez que o autocuidado encontra-se relacionado com o conhecimento e representa assim importante aliado para o idoso.

A enfermagem está intimamente ligada aos processos de promoção à saúde, pois é ela que exerce maior vínculo e tempo no cuidado, desta forma cabe a este profissional orientar e esclarecer quanto às dúvidas e identificar as reais necessidades individuais, pois mudanças no estilo de vida são possíveis, mas requer conhecimento e disciplina por parte dos idosos e apoio por parte do profissional.

Portanto, existe um importante processo de construção de conhecimento o qual envolve adaptações necessárias para o enfrentamento e a superação de possíveis limitações e dificuldades no viver com a DM, sobretudo pelas próprias características da doença que possui estreita relação com hábitos de vida saudáveis e um compromisso contínuo com o autocuidado na busca por um viver de forma plena mesmo na presença da condição crônica.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016: e-book. São Paulo: GEN, 2015. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/agencia/opasoms/>>. Acesso em: 15/04/17.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. [Internet]. 2017. Disponível em:<http://www.diabetes.org.br/publico/noticias/421-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>. Acesso em 20/05/2017
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015. Diabetes Care, 2015; 38(supl.1): 8-16.
4. Rossi VEC, Silva AL, Fonseca GSS, Adherence to drug treatment among people with type 2 diabetes mellitus. R. Enferm. Cent. O. Min. 2015; .5(3): 1820-1830
5. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo; Edições 70, 2011.
6. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.
7. Lima AF, Moreira ACA, Silva MJ, Monteiro PAA, Teixeira PG. A percepção do idoso com diabetes acerca de sua doença e o cuidado de enfermagem. Ciênc. Cuid Saude. 2016, 15(3): 522-529.
8. Silveira GL, et al. Atuação do Enfermeiro Frente à Adesão de Idosos ao Tratamento de Diabetes. Revista e-ciência. 2015, 3(1).
9. Chaves MO, Teixeira MRF, Silva SED. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2013; 66(2): 215-221.
10. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTS. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. Saúde em Debate, 2014; 38(101): 328-337.
11. Lima MHM, Araujo EP. Diabetes Mellitus e o Processo de Cicatrização Cutânea. Cogitare Enferm. 2013, 18(1): 170-172.

12. Seara SS, Rodrigues AS, Rocha RM. “É Muito Difícil para a Gente Controlar”: percepções de diabéticos sobre adesão ao tratamento. *Rev enferm UFPE*. 2013, 7(9): 5460-5468.
13. Silva SED, et al. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. *Rev Bras Enferm*. 2010,63(3): 404-409.
14. Ferreira LT, Saviolli IH, Valenti VE, Abreu L C. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 2011, 36(3): 182-188.

5.1 MANUSCRITO II:

Importância das Práticas Educativas no Cuidado de Idosos cometidos com Diabetes

Mellitus

Manuscrito será submetido à Acta Paulista de Enfermagem, elaborado conforme as instruções para autores desse periódico, disponíveis em (<http://www2.unifesp.br/acta/instrucoes.php>), acessado em 19 de dezembro de 2017.

Importância das Práticas Educativas no Cuidado de Idosos acometidos com Diabetes Mellitus

Resumo

Objetivo: averiguar como os idosos percebem as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros e como o contexto familiar interfere no cuidado do idoso acometido por diabetes mellitus.

Métodos: pesquisa de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma unidade básica de saúde (UBS) em um município do interior da Bahia, constando de uma população de 57 idosos diagnosticados com diabetes mellitus.

Resultados: empregando-se a técnica de análise de conteúdo temática, emergiram duas categorias: Educação em saúde; A Família no cuidar.

Conclusão: O enfermeiro consiste no profissional elo entre as informações e a ação do cuidado, deste modo é visto como um facilitador ao implementar estratégias para a criação de novos saberes e a execução efetiva dos mesmos. A atuação familiar junto aos idosos possibilita que os mesmos se sintam apoiados e amparados não apenas no processo patológico, mas em toda a sua globalidade. Os membros familiares constituem um suporte na adesão ao tratamento por estarem em convívio com o idoso, atuando assim como colaboradores do autocuidado por fortalecer as informações de saúde.

Descritores: Educação em Saúde; Relações Familiares; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Serviços de Saúde para Idosos.

Introdução

As Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) representam um importante desafio de saúde pública, segundo a World Health Organization (WHO) 73% (928 milhões) dos óbitos ocorridos no Brasil foram decorrentes de alguma DCNT ⁽¹⁾.

Entre as DCNT mais expressivas encontra-se a Diabetes Mellitus (DM) estima-se que mundialmente 415 milhões de pessoas tenham diabetes, o que representa um em cada 11 adultos convivem com esta condição crônica, embora 1/3 desses casos permaneça sem diagnóstico⁽²⁾. Nos últimos 10 anos o número de brasileiros diagnosticados com DM cresceu 61,8%, o Ministério da Saúde estima que mais de 12 milhões de brasileiros convivem com esta patologia o que representa 8,9% da população total ⁽³⁾.

O tipo mais comum de DM é a DM tipo 2 (DM2) representando 90 a 95% dos casos, caracterizando-se por defeitos na ação, secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose, com altos índices de morbimortalidade podendo resultar em complicações físicas, sociais e econômicas ⁽⁴⁾.

Sob o ponto de vista da saúde pública, as implicações humanas, sociais e econômicas decorrentes da DM são complexas, possuindo grande impacto socioeconômico, principalmente após o surgimento das complicações crônicas, e consome parcela importante dos recursos do indivíduo e da sociedade, além de causar grande sofrimento pela redução da aptidão física e da capacidade funcional ⁽⁴⁾.

Assim, ações de educação em saúde individual e/ou em grupos são fundamentais na prevenção, avaliação e controle da DM ⁽⁵⁾. Em nosso sistema de saúde essas ações são desenvolvidas pela equipe da atenção básica, sendo fundamentais para proporcionar oportunidades, compartilhar experiências e socializar os conhecimentos, os quais possibilitam a tomada de decisões conscientes e maior autonomia no autocuidado pelo indivíduo e sua família ^(6,7).

Assim o seguinte estudo teve por objetivo averiguar como os idosos percebem as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros e como o contexto familiar interfere no cuidado do idoso acometido por DM.

Método

Pesquisa de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como cenário uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em um município do interior da Bahia. Participaram do estudo 57 idosos diagnosticados com DM e cadastrados no Serviço de Acompanhamento e Controle de Hipertensão e Diabetes da UBS.

Utilizou-se como critérios de inclusão: ser idoso diagnosticado com DM cadastrado no Serviço de Acompanhamento e Controle de Hipertensão e Diabetes da UBS e como critério de exclusão não possuir capacidade cognitiva para responder a entrevista. A Capacidade cognitiva foi avaliada indiretamente durante a realização da entrevista, observando-se a coerência das respostas e quando o idoso apresentava dificuldade para entender, assimilar e relacionar os questionamentos com as respostas verbalizadas à entrevista era encerrada.

As entrevistas ocorreram em duas modalidades, na sala de espera da UBS sendo entrevistados 25 idosos e no domicílio com 32 idosos. A diferença de local deu-se pela necessidade de evitar um viés de confundimento, perante a existência de atendimento domiciliar e um número significativo de idosos cadastrados no serviço de Acompanhamento e

Controle de Hipertensão e Diabetes que não frequentavam as consultas de enfermagem. Todas as entrevistas foram realizadas entre o período de maio a julho de 2017.

A técnica utilizada no referido estudo foi a entrevista semiestruturada e o instrumentos de coleta dos dados um questionário de entrevista construído pelas pesquisadoras subdividido momentos (blocos) distintos, composto por perfil sociodemográfico e educacional, informações sobre o comportamento e as condições de saúde, questionamentos gerais sobre a DM e o apgar de família.

As entrevistas ocorridas na UBS foram realizadas com os idosos que aguardavam atendimento ou que já haviam sido atendidos pela enfermeira do acompanhamento da DM. Inicialmente, era apresentada a pesquisa, onde os idosos foram esclarecidos sobre os objetivos e de que não receberiam nenhuma remuneração para participar, podendo desistir a qualquer momento, e quando aceitavam era requerida a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dando assim inicio a entrevista.

As entrevistas ocorridas nos domicílios foram realizadas com a aproximação do Agente Comunitário de Saúde, o procedimento de coleta era mantido da mesma forma que as realizadas na UBS. Todas as entrevistas foram gravadas utilizando-se um gravador digital, com o conhecimento e consentimento dos entrevistados, as mesmas eram ouvidas e arquivadas em computador, no formato *mp4*, no *Software Windows Media Player* e transcrita no *Microsoft Word*.

Para análise dos dados utilizamos a Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin⁵. Onde o material coletado seguiu os seguintes passos: primeiramente foi pré-analisado com o intuito de sistematizar as ideias para o desenvolvimento preciso de exposição do material, onde seguiu as normas de validade, dentre elas a exaustividade; homogeneidade; representatividade e a pertinência.

Posteriormente realizamos a exploração do material empírico com a exploração do mesmo, no qual foi possível realizar os recortes em unidades de contexto e de registro em ordem semântica, representando o tema por meio de uma palavra ou no formato de frase.

Em seguida, realizada a separação dos recortes, considerando-se as harmonias e divergências de tal forma que a agregação e classificação das unidades foram realizadas sequencialmente, bem como sua enumeração. Após a organização e codificação do material, foi possível realizar a classificação e agregação dos dados em temas/categorias.

A análise do APGAR de Família foi realizada através da somatória de pontos obtidos nos escores do instrumento, os domínios adaptação, companheirismo, desenvolvimento,

afetividade e capacidade resolutiva eram avaliados com a seguinte pontuação: sempre (2), algumas vezes (1), nunca (0). Pontuação de 0 a 4 representam elevada disfunção familiar; 5 e 6 moderada disfunção familiar; e pontuação de 7 a 10 apresentam boa funcionalidade familiar.

O presente estudo contempla a Resolução Nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁶, do Ministério da Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o Parecer n.º 2.032.593, com a finalidade de preservar o anonimato dos participantes os questionários foram enumerados com algarismos alfanuméricos precedidos da letra P (participante).

Resultados e Discussão

O estudo foi desenvolvido com 57 idosos diagnosticados com DM, a média de idade dos participantes foi de 71,21 anos, quando comparado os sexos ocorreu uma predominância do sexo feminino com 46 idosas. Com relação ao nível educacional 21 idosos não possuíam escolaridade, no que diz respeito à situação conjugal 23 idosos eram casados; a unidade doméstica dos participantes a era composta em sua maioria por famílias ampliadas, ou seja, 46 idosos conviviam com outros parentes no núcleo familiar, principalmente netos e 52 idosos residiam em domicílio próprio; e 48 idosos sobrevivem com renda familiar de até um salário mínimo,

Com relação às características referentes à saúde 30 convivem com a DM a mais de 11 anos; 42 idosos informaram utilizar hipoglicemiante oral para controle glicêmico. 24 dos idosos referiram apresentar dor no dia a dia em grau “leve, moderada ou grave”; 53 idosos possuem outra patologia concomitantemente a DM, sendo a mais frequente a Hipertensão Arterial presente em 47 idosos.

Após análise e interpretação dos dados empíricos, foram construídas duas categorias temáticas: (1) Educação em saúde e (2) A Família no cuidar do idoso com DM. O conteúdo êmico de cada uma delas é mostrado a seguir.

Educação em saúde

No atual arranjo dos serviços de saúde, o profissional de enfermagem é o principal responsável pela transmissão de conhecimento e orientações de saúde em especial as relacionadas ao processo saúde-doença as quais irão proporcionar o autocuidado e conseqüentemente uma melhora na qualidade de vida ⁽¹⁰⁾, desta forma os idosos foram

questionados quais as orientações recebiam durante as consultas do Programa de Acompanhamento da Diabetes com este profissional, os mesmos demonstraram conhecimento e expressavam as orientações relacionadas ao estilo de vida saudável e a adesão medicamentosa.

“É a alimentação fazer o regime direitinho, fazer caminhada, essas coisinhas assim, ela é muito boa em orientar a gente.” (P06)

“É sobre a alimentação, até mesmo as frutas, [...] comer de tudo, porém tudo pouco e fazer 6 refeições ao dia.” (P28)

Observou-se que as práticas de autocuidado desenvolvidas pelos idosos partiam das informações da enfermagem e eram desenvolvidas no dia a dia, ações simples como a reeducação alimentar e a adesão medicamentosa causam impactos positivos na vida e no viver, pois estarão se adequando a sua realidade de forma mais consciente. O cuidado com os pés constitui uma ação simples e individual, que proporciona importante fator na prevenção de outros agravos, e alguns idosos demonstraram conhecimento e preocupação com o cuidado contínuo.

“Ela me falava que eu tinha que causar sapatinho fechado, cuidado pra no fazer da unha [...].” (P33)

“[...]cortar unha, mas não descarnar unha eu mesmo faço minha unha, não do pra ninguém porque tenho medo.” (P52)

A forma individualizada de orientação pela enfermagem resulta na criação do vínculo e de confiança, pois para alguns idosos a enfermeira é o elo com seu autocuidado favorecendo o processo de empatia e atenção multa, entretanto para outros a forma de orientar da mesma era vista com negatividade e implicava em atos de autoridade com verbalização de normas e não no indivíduo.

“Ela da toda a orientação e qualquer coisa que se tiver anormal se a gente se sentir mal que pode procurar ela qualquer hora [...].” (P09)

“Eu agora fui ela me falou eu não fui outras vezes não, ela ficou me chateando, aquelas palavras que ela falava pra não fazer calo no pé ai eu ‘a não vou mais não’.” (P21)

“[...] elas acha que a gente sabe tudo, a gente tem a doença, mas quem sabe as coisas é elas, mas nun faz aquela explicação legal não [...]” (P22)

O profissional deve conhecer o idoso muito além de sua patologia, avaliando as suas diferenças e complexidades levando em consideração o contexto social, cultural e econômico ao qual esta inserido⁽¹⁰⁾, pois cada um apresenta singularidades e necessidades diferenciadas de estímulo para a realização do autocuidado. Podemos perceber que os diálogos dos

participantes P21 e P22 vão de encontro com os de P13, esta diferença de percepção pode estar ligada com a interação do profissional com os referidos idosos, a forma de diálogo é imprescindível para a construção do vínculo seguida da transmissão efetiva de informações.

Ao serem questionados se conseguiam executar as orientações da enfermagem poucos expressaram seguir todas, aspectos como a adesão medicamentosa e cuidados com a alimentação foram os mais positivos, entretanto a prática de atividade física era negligenciada devido algum problema de saúde que o impossibilitava, a alegação de falta de tempo ou desinteresse.

“O açúcar até que sim, a massa também o pão, agora o caminhar é que eu não estou caminhando por causa da dor no joelho” (P01)

“Muitas sim, agora tem algumas coisas que a gente deixa passar um pouco, principalmente a caminhada, a minha alimentação sempre eu consigo fazer dentro da ordem, mas a caminhada é mais difícil porque eu não tenho tempo.” (P06)

A conscientização efetiva de que a DM é uma doença crônica que remete cuidados contínuos e disciplinados, implica ao idoso uma necessidade de conhecimento e aplicação dos mesmos com o intuito de controlar a doença, além de conseguir conviver com a patologia sem o aparecimento de suas complicações, desta forma o enfermeiro exerce o papel de facilitador e orientador durante seu processo de viver.

Entretanto, são diversos os fatores que influenciam no percurso terapêutico, dentre eles podemos perceber que a própria complexidade da doença e seu universo de cuidados geram incompreensão de como os cuidados são realizados. Conseqüentemente o enfermeiro deve estar atento para a criação estratégias de diálogo a fim de, facilitar a compreensão e a detecção de quais medidas são adequadas e realmente efetivas individualmente, logo a conscientização de que o bem-estar e a prevenção de agravos futuros dependem da execução dos saberes apreendidos e desenvolvidos por eles.

“Todas não, as vezes porque a gente esquece, e as vezes também até condição, mas a gente faz sem ser prejudicar tem que ter a saúde tem que procurar a saúde.” (P16)

Os idosos reconhecem o diálogo como processo de construção coletiva de conhecimento, a troca de informações com vizinhos, colegas e até na própria unidade durante a espera para a consulta são vistos como campo fértil de aprendizagem e troca de informações.

“Quando a gente tá em grupo (de vizinhos) conversando uma fala uma coisa, outra fala outra, em casa com meus filhos. Na unidade a gente sempre fala alguma e ouve também alguma coisa enquanto tá esperando.” (P06)

“Quando a gente ta conversando assim a gente conversa sobre a diabetes na hora que a gente ta no posto mesmo na hora que a agente ta passando pelos médicos pelas enfermeiras, a gente sempre conversa o que é o que não é.” (P38)

Por constituir um conjunto de práticas e saberes orientados para a prevenção de doenças ⁽¹¹⁾, a educação em saúde é um importante instrumento para a consolidação do conhecimento, pois atua na perspectiva de contribuir na melhora física, psicológica e social, fatores esses que irão impactar na autonomia e conseqüentemente na qualidade de vida do idoso. As falas nos remetem a atividades grupais informais, onde a troca de informações ocorre de maneira empírica, quando desenvolvida por mediação do profissional de saúde informações errôneas são corrigidas e não fortalecidas.

O enfermeiro ao desenvolver ações educativas grupais possibilita uma nova forma de cuidado, estabelecendo uma relação de confiança e diálogos reflexivos entre o profissional e os idosos, visando à conscientização acerca de sua saúde, além de proporcionar a troca de experiências individuais, onde o enfrentamento crônico será compartilhado entre os membros^(12,13). Assim, os grupos atuam além das questões inerentes ao adoecimento crônico e perpassam questões das vivências, das dúvidas e incertezas dos idosos, bem como na criação de estratégias a fim de alcançar os mais resistentes com temas que lhe interessam.

Desta forma, a função do enfermeiro seria nortear as discursões e propor temas relevantes e de interesse comum, levando em consideração seu grupo populacional, suas vivências individuais e seus saberes prévios, com efeito, os idosos passam a ser mais empoderados e desenvolvem o autocuidado de forma mais consciente e correta, pois deixaria de realiza-lo de forma mecânica ou com dúvida, além de atuar como agente de sua própria saúde.

A Família no cuidar do idoso com DM

O suporte familiar representa um papel fundamental no cuidado, pois auxiliam na manutenção e no controle da saúde ao atuar como uma ferramenta que orienta e possibilita estratégias eficazes de enfrentamento da doença⁽¹⁴⁾. A terapia nutricional e farmacológica foram enfatizadas como pontos importantes de apoio familiar, visto que muitos idosos não conseguem seguir o itinerário terapêutico sem o auxílio de algum membro da família.

“[...] eu tenho uma menina que me ajuda ela trabalha e quando ela sai pela manhã ela já deixa tudo prontinho pra mim, bota os comprimidos na mesa, café pronto na mesa, almoço pronto ai eu só faço esquentar.” (P14)

“[...] me dizendo que não pode ficar sem tomar remédio, comer as coisas errada, [...] me ajuda e me orienta.” (P16)

A adesão ao tratamento necessita de tempo, informações, treinamento e apoio para que ocorra a contento, como o domicílio é o principal local do cuidado os membros da família devem atuar como suporte favorecendo um ambiente propício para o autocuidado, pois a motivação pessoal do idoso deve ser sempre renovada para que o mesmo possa aceitar sua condição crônica e identificar a presença dos membros familiares como estratégia fundamental para a melhoria de sua qualidade de vida⁽¹⁵⁾.

Os processos educativos intradomiciliares foram levantados pelos idosos, no seio doméstico conjugue, filhos e netos se empenham na transmissão e orientação das informações visando o bem-estar.

“Com certeza todas elas, me orientando o que eu deve fazer o que não devo, que devo caminhar essas coisas assim.” (P47)

“Ajuda, buscando o melhor pra mim vai pra internet buscando o que posso ou não comer.” (P49)

Adoção de estratégias para a transmissão de informações deve ser realizada, pois o idoso deve encarar todo o processo de forma participativa e não impositiva⁽¹⁶⁾, em alguns momentos os cuidados familiares constantes podem ser interpretados como excessivos que interferem na sua liberdade de escolha, alguns idosos representaram seus membros familiares como rigorosos e superprotetores, fato este que resulta a longo prazo em um impacto negativo na manutenção do tratamento.

“Ajuda até demais que me prejudica, porque se eu tiver comendo uma coisa ‘Minha mãe a senhora sabe que não pode’.” (P09)

“[...] tem horas que eu até pulo um pouquinho. Eu tenho uma filha que é nutricionista [...] todo dia ela liga pra mim e me passa à receitinha do que posso comer.” (P42)

A promoção da saúde do idoso esta intimamente ligada às relações interpessoais, onde os membros familiares são vistos como suporte por possibilitar melhor qualidade de vida, ao auxiliar o processo de convívio com a doença supervisionando o estado geral de saúde⁽¹⁷⁾, logo, torna-se importante aliado dos profissionais de saúde para favorecer um cuidado de qualidade por sua vigília constante.

“Eles não gosta, manda eu seguir o exemplo da enfermeira daqui.” (P07)

“O filho, filha pega ‘Mainha a senhora tem que ter cuidado porque sabe que diabete mata’ eu disse ‘eu sei minha filha’, a gente dura muitos anos, mas também mata [...].” (P12)

Incentivando o autocuidado e reforçando orientações oferecidas durante as consultas a família exerce papel ligação entre o reforça do vínculo para com o profissional de saúde em especial a enfermagem, favorecendo o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a adesão ao tratamento⁽¹⁸⁾. Por possuir singularidades o processo educacional é complexo e deve ser individualizado, os membros familiares atuam como facilitadores por estarem intensificando saberes apreendidos e estabelecendo mudança de atitude, desta forma o profissional deve atender as necessidades do idoso compreendendo como seu núcleo familiar impacta no seu processo de saúde-doença.

Por outro lado, a ausência de apoio familiar constitui um cenário que dificulta o processo de cuidar, resultando em fragilidade onde os idosos podem expressar sentimentos negativos evidenciando que a harmonia familiar interfere no seu processo de enfrentamento crônico, causando desgaste físico, emocional e social em seus contextos familiares.

“Não. Porque eles nem entende o que é diabete, ninguém tem.” (P51)

“Quase nada, ninguém se preocupa não.” (P15)

“Nem sabe eu nem falo, sabe não. eu nem falo pra minha família que eu tenho diabetes[...].”(P22)

Na avaliação da funcionalidade da família 17 idosos obtiveram escores que demonstraram disfunção familiar elevada ou moderada, conhecer a funcionalidade familiar constitui um importante papel para o cuidado global, principalmente no caso de idosos com doenças crônicas. Indivíduos que apresentam algum grau de disfuncionalidade familiar estão mais expostos a dificuldades no seu processo de saúde e doença, visto que não encontram o apoio necessário para o enfrentamento crônico⁽¹⁹⁾.

Podemos perceber que os idosos que referiram não possuir apoio dos membros familiares para com o cuidado da DM, foram em sua maioria os que apresentaram algum grau de disfuncionalidade familiar, neste particular os mesmos apresentavam fragilidade não apenas no seu autocuidado, mas também um desgaste físico e emocional ocasionado pela falta de suporte no cuidado.

Os idosos que apresentaram boa funcionalidade familiar demonstraram em seus relatos uma maior adaptação da família para com suas demandas e necessidades diárias, as quais possuíam maior receptividade e reciprocidade para com as novas demandas de saúde onde a comunicação familiar é valorizada na busca de solucionar ou minimizar os problemas diários e os causados pelos desvios de saúde. Conhecer a funcionalidade familiar através da percepção do idoso constitui uma avaliação importante para o entendimento de como eles percebem e valorizam a dinâmica da família para com diferentes membros da família,

principalmente os de maior proximidade, visto que são estes os responsáveis pelo cuidado diário.

Considerações Finais

A ausência de atividades educativas representa uma fragilidade no serviço de saúde, visto que muitas são as dificuldades enfrentadas durante o processo terapêutico, o qual acontece de forma contínua e ocasiona diversas mudanças nos hábitos de vida. Observamos, entretanto que os idosos realizam atividades grupais informais no momento da espera para a consulta mensal ou entre amigos, pois durante os diálogos com outros indivíduos eles trocam experiências e informações de saúde, mesmo que de forma restrita acaba por fortalecer a confiança individual ao reconhecer que as dificuldades encontradas para o autocuidado são compartilhada com outras pessoas.

O enfermeiro consiste no profissional elo entre as informações e a ação do cuidado, onde o mesmo deve utilizar a consulta com ponto crucial, pois é durante estes momentos que o mesmo atuará no fortalecendo do vínculo, no cuidado individualizado, e num espaço de reflexões sobre as condutas realizadas visando a melhor adequação do tratamento, deste modo o profissional é visto como um facilitador ao implementar estratégias para a criação de novos saberes e a execução efetiva dos mesmos.

A atuação familiar junto aos idosos possibilita que os mesmos se sintam apoiados e amparados não apenas no processo patológico, mas em toda a sua globalidade. Os membros familiares constituem um suporte na adesão ao tratamento por estarem em convívio com o idoso atuando assim como colaboradores do autocuidado por fortalecer as informações de saúde. É fundamental que os serviços de saúde criem formas de incluir a família no processo terapêutico, pois é ela que torna o enfrentamento crônico mais efetivo, visto que idosos que apresentam algum grau de disfuncionalidade familiar relataram maior dificuldade na terapêutica.

Mediante o exposto, os conhecimentos produzidos com o referido estudo possibilitam uma reflexão sobre a importância da atuação familiar e da implementação de atividades educativas efetivas para melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente melhora do autocuidado, pois ambos os casos representam novas possibilidades de enfrentamento da DM.

Referências

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 7a ed. Brussels: International Diabetes Federation, 201X. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/>>. Acesso em: 02/08/2017
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. [Internet]. Disponível em:<http://www.diabetes.org.br/publico/noticias/421-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>. Acesso em 20/05/2017
4. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2015 (suppl 1): 8-16.
5. Melo LP, Campos EA. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. Rev Latino-am Enferm. 2014; 22(6): 980-987.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
7. Kivelä K., Elo S, Kyngäs H, Kääriäinen M. The Effects of Health Coaching on Adult Patients With Chronic Diseases: a systematic review. Patient Educ Couns. In press, 2014.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo; Edições 70, 2011.
9. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.
10. Chaves MO, Teixeira MRF, Silva SED. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2013; 66(2): 215-221.
11. Esteves AF. Medicina e educação em saúde no Programa de Saúde da Família: um relato de caso. Rev Bras Edu Méd. 2012; 36(2): 187- 190.
12. Souza LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev enferm UERJ, 2010; 18(1): 55-60.
13. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTS. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. Saúde em Debate, 2014; 38(101): 328-337.
14. Zulian LR, Santos MA, Veras VS, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Zanetti ML. Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(3): 138-146.

15. Rossi VEC, Silva AL, Fonseca GSS, Adherence to drug treatment among people with type 2 diabetes mellitus. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2015; 5(3): 1820-1830.
16. Dornelles SS, Silva DMGV, Mattosinho MMS, Kuhlen AE, Baião S, Sandoval R. Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus e sua Família. *Cogitare Enferm*, 2013; 18(3): 496-501.
17. Valcarenghi RV, Lourenço LFL, Siewert JS, Alvarez AM. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(4): 705-712.
18. Santos EA, Tavares DMS, Rodrigues LR, Dias FA, Ferreira PCS. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(2): 393-400.
19. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Análise psicométrica do APGAR de família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Esc Anna Nery*, 2014;18(3): 527-532
20. Mendonça,FF, Nunes EFPA. Avaliação de Grupos de Educação em Saúde para Pessoas com Doenças Crônicas. *Trab. Educ. Saúde*, 2015; 13(2): 397-409.
21. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978; 6(6): 1231-1239.
22. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Practic.* 1982; 15(2): 303-311.
23. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016: e-book. São Paulo: GEN, 2015. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/agencia/opasoms/>>. Acesso em: 15/04/17.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DM consiste em uma importante DCNT, que apresenta impacto em diversos aspectos do viver individual e coletivo, deste modo ações no âmbito da atenção básica devem ser implementados em caráter preventivo tanto para o surgimento desta comorbidade quanto para o aparecimento de suas complicações.

Os idosos participantes da pesquisa não possuíam atividades educativas formais, dispunham apenas das consultas com os profissionais de enfermagem e nutrição para o processo educativo, deste modo muitas informações sobre o processo de saúde apresentavam-se fragilizadas.

Por sua complexidade os mesmos demonstraram pouco conhecimento sobre a DM, o que constitui um fator delicado, pois o conhecimento insuficiente sobre a doença prejudica na adesão ao tratamento e favorece o aparecimento de complicações. Neste contexto, ações educativas agem como importante aliado no processo terapêutico, pois é durante estes momentos de diálogo e troca de informações com outros indivíduos que ocorre o desenvolvimento de novos saberes e conseqüentemente a criação de estratégias de enfrentamento e autocuidado.

Ficou evidente que mesmo na ausência de atividades educativas alguns idosos realizavam ações de caráter preventivos e de autocuidado, entretanto poucos relataram o conhecimento quanto a finalidade dos mesmos, em sua maioria eram realizados de forma mecanizada conforme foram orientados, e muitos nem implementavam as ações por considerarem muito trabalhosas e não conseguiam visualizar sua real finalidade.

O profissional de enfermagem por estar inserido em todas as dimensões do cuidar é representado como um facilitador, isto só sendo possível caso o mesmo construa uma relação de confiança e vínculo com os idosos, para tal torna-se necessário à dedicação de tempo e a criação de diálogos horizontalizados onde ocorra escuta mútua no planejamento das ações e na implementação do itinerário terapêutico mais adequado.

O processo de autocuidado é complexo e dinâmico devendo ser orientado conforme o viver individual e considerando a singularidade de cada idoso, de modo que cada um possa adequar às ações que lhe foram orientadas no seu cotidiano. Deste modo, a família representa um ponto de apoio e suporte, pois estão inseridos no espaço particular e possuem vínculos afetivos onde fortalecem as informações de saúde e auxiliam no cuidado, entretanto devem respeitar a autonomia pessoal na realização do autocuidado visto que cada idoso apresenta sua forma de enfrentamento crônico.

Neste contexto, entende-se oportuno o desenvolvimento de estudos de caráter longitudinais com a finalidade de realizar atividades educativas grupais com esta população, o que poderá eventualmente contribuir para a construção de novos saberes e práticas cotidianas, visualizando um autocuidado mais eficiente e menos mecânico o que poderá a vim impactar positivamente o seu viver de forma global.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde Debate**, v. 38, n. 101, p. 328-37, 2014.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, supl. 1, s.8-16, 2015.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes 2015. **Diabetes Care**, v.38, supl. 1, s.8-16, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo; Edições 70, 2011.
- BARROS, A. J. S, LEHFELD, N.A.S. **Fundamentos de metodologia científica**: Um guia para a iniciação científica. São Paulo: Makron Books, 2000.
- BARROSO, Lucas Abreu. Desmitificando as relações de família no novo Direito Civil, in: **Famílias no Direito Contemporâneo**. Fabíola Santos Albuquerque, Marcos Ehrhardt Jr. E Catarina Almeida de Oliveira (coord.). Salvador: Jus Podivm, 2010.
- BEERENWINKEL, A.; KEUSEN, A. L. A dinâmica familiar sob a ótica do profissional da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 771-82, 2014.
- BERTOLDI, A.D, KANAVOS, P, FRANÇA, G.V, CARRARO, A, TEJADA, C.A, HALLAL, P. C, et al. Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. **Globalization Health**, v.9, p.62, 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, Ministério da saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília (DF); 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1. p 48, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1. p 71, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 692 de 25 de março de 1994**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 2. p 26, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n.19** - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): MS; 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12- **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília (DF): MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

Centers for Disease Control and Prevention. **National Diabetes Statistics Report: Estimates of Diabetes and Its Burden in the United States, 2014**. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2014.

CERVENY, C.M.O. BERTHOUD, C.M.E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CHAVES, M.O.; TEIXEIRA, M.R.F.; SILVA S.É.D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. v.66, n.2, p. 215-21, 2013.

DANTAS, Francisco Clementino de San Tiago. **Direito de família e das sucessões**. Revista e atualizada por José Gomes Bezerra Câmara e Jair Barros. Rio de Janeiro: Forense, 1991.

Departamento de Informática do SUS. [homepage na Internet]. Disponível em:< <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 20/06/17.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias**. 4. ed., São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007. p. 68.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro – direito de família**. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 12-14.

DORNELLES, S.S.; SILVA, D.M.G.V.; MATTOSINHO, M.M.S.; KUHEN, A.E.; BAIÃO, S.; SANDOVAL, R. Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus e sua Família. **Cogitare Enferm**, v.18, n.3, p.496-501, 2013.

ESTEVES, A.F. Medicina e educação em saúde no Programa de Saúde da Família: um relato de caso. **Rev Bras Edu Méd**. v.36, s. 2, p.187- 90, 2012.

FARIA, H.T.G.; VERAS, V.S.; XAVIER, A.T.F.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A. Qualidade de Vida de Pacientes com Diabetes Mellitus Antes e Após Participação em Programa Educativo. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.2, p.348-54, 2013.

FERREIRA, L. T. SAVIOLLI, I. H. VALENTI, V. E. ABREU, L. C. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n. 3, p. 182-8, 2011.

FIGUEIREDO, M. H. J. S.; MARTINS, M. M. F. P. S.; SILVA, L. W. S.; OLIVEIRA, P. C. M. Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v.14, n.3, p. 11-22, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GAZZINELLI, M.F.; SOUZA V.; FONSECA, R.M.G.S.; FERNANDES, M.M.; CARNEIRO, A.C.L.L.; Godinho L.K. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. **Rev Esc Enferm USP**. v.49, n.2, p.284-91, 2015.

GLICK, I.; BERMAN, E.; CLARKIN, J.; RAIT, D. **Marital and family therapy**. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Press, p.34, 2001.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GOMES, C. P.; SILVA, P. A.; PESSINI, M. A. A nova configuração familiar: a família contemporânea usuária das políticas públicas. **Akrópolis Umuarama**, v. 19, n. 2, p. 101-114, abr./jun. 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Cidades. [homepage na Internet]. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ba>>. Acesso em: 05/09/17.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas** [Internet]. 7a ed. Brussels: International Diabetes Federation, 201X. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/>>. Acesso em: 02/08/2017)

ISCHKANIAN, P. C. PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no sus visando a promoção da saúde. **Rev Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**. v.22, n.1, p. 233-8, 2012.

JEQUIÉ, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014/2017**. Jequié, 2014.

KIVELÄ, K.; ELO, S.; KYNGÄS, H.; KÄÄRIÄINEN, M. The Effects of Health Coaching on Adult Patients With Chronic Diseases: a systematic review. **Patient Educ Couns**. In press, 2014.

LIMA, A.F.; MOREIRA, A.C.A.; SILVA, M.J.; MONTEIRO, P.A.A.; TEIXEIRA, P.G.A percepção do idoso com diabetes acerca de sua doença e o cuidado de enfermagem. **Ciênc. Cuid Saude** . v.15, n.3, p.522-9, 2016.

LIMA, M.H.M.; ARAUJO, E.P. Diabetes Mellitus e o Processo de Cicatrização Cutânea. **Cogitare Enferm**. v.18, n.1, p.170-2, 2013.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Novas modalidades de família na pós-modernidade**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 1-9.

MALUF, Carlos Alberto Dabus; MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. A família na pós-modernidade: aspectos civis e bioéticos. **R. Fac. Dir. Univ. São Paulo** v. 108 p. 221 – 42, 2013.

MELO, L.P.; CAMPOS, E.A. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. **Rev Latino-am Enferm.** v.22, n.6, p.980-7, 2014.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F.P. A. Avaliação de Grupos de Educação em Saúde para Pessoas com Doenças Crônicas. **Trab. Educ. Saúde**, v.13, n.2, p.397-409, 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em Saúde**. 12^a ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2010.

MONTEIRO, Washington de Barros; SILVA, Regina Beatriz Tavares da. **Curso de direito civil**. 39. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. v. 2, p. 1

NADER, Paulo. Curso de direito civil. 4. ed. Rio de Janeiro: **Gen/Forense**, 2010. v. 5, p. 19.

OLIVEIRA; D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**. v.16, n.4, p. 569-76, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

POLIT, D.F.;BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROSSI, V.E.C. SILVA, A.L. FONSECA, G.S.S. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.5, n.3, p.1820-1830, 2015.

ROWE, J.W; KHAN, R.L. Successful aging. **New York:Pantemon Books**, 1998.

SAAD, Paulo M. Envelhecimento Populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. **DEMOGRAPHICAS**, p.153-66, 2016. Disponível em:<
<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/series/article/viewFile/71/68>>.
Acesso em: 20 dez.2017.

SANTOS, E.A.; TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, L.R.; DIAS, F.A.; FERREIRA, P.C.S. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. **Rev Esc Enferm USP**. v.47, n.2, p.393-400, 2013.

SANTOS, E.C.B., TEIXEIRA, C.R.S., ZANETTI, M.L., SANTOS, M.A., PEREIRA, M.C.A. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.5, p. 952-7, 2011.

SEARA, S.S.; RODRIGUES, A.S.; ROCHA, R.M. “É Muito Difícil para a Gente Controlar”: percepções de diabéticos sobre adesão ao tratamento. **Rev enferm UFPE**. v. 7, n.9, p.5460-8, 2013.

SILVA, A. R. V.; MACÊDO, S.F.; VIEIRA N. F. C.; PINHEIRO P. N. C.; DAMASCENO M.M. C. Educação em Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2: revisão bibliográfica. **Rev. Rene**, v.10, n.3, p.146-51, 2009.

SILVA, M.J., et al. Análise psicométrica do APGAR de família. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, **Esc Anna Nery**. v.18, n.3, p. 527-32, 2014.

SILVA, S.E.D., et al. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. **Rev Bras Enferm**. v.63, n.3, p.404-9, 2010.

SILVEIRA, G. L., et al. Atuação do Enfermeiro Frente à Adesão de Idosos ao Tratamento de Diabetes. **Revista e-ciência**. v.3, n.1, 2015.

SMILKSTEIN, G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. **J Fam Practic**. v.15, n.2, p.303-1,1982.

SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **J Fam Pract**. v.6, n.6,p.1231-9,1978.

Sociedade Brasileira de Diabetes. [Internet]. Disponível em:<http://www.diabetes.org.br/publico/noticias/421-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>. Acesso em 20/05/2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**: e-book. São Paulo: GEN, 2015. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/agencia/opasoms/>>. Acesso em: 15/04/17.

SOUZA, L.B.; TORRES, C.A.; PINHEIRO, P.N.C.; PINHEIRO, A.K.B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v.18, n.1, p.55-60, 2010.

TORRES, Juliana Barbosa; YACOB, Giselle Picorelli. As relações familiares na contemporaneidade: conflitos e soluções. In: **Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades- ANINTER-SH/ PPGSD-UFF**, 2012, Niterói RJ. Anais (on-line). Niterói RJ, 2012. Disponível em: <<http://www.aninter.com.br/ANAIS%20I%20CONITER/GT17%20Estudos%20de%20fam+%20Alia%20e%20gera+%20BA+%20C1es/%D4%C7%A3AS%20RELA+%E7+%F2ES%20FAMILIARES%20NA%20CONTEMPORANEIDADE%20CONFLITOS%20E%20SOLU+%E7+%F2ES%D4%C7%D8%20-%20Trabalho%20completo.pdf>> Acesso em 20/07/2017.

VALCARENGHI, R.V.; LOURENÇO, L.F.L.; SIEWERT, J.S.; ALVAREZ, A.M. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. **Rev Bras Enferm**. v.68, n.4, p.705-12, 2015.

VALENÇA, T. D. C.; SILVA, L. W. S. O olhar sistêmico à família do idoso fragilizado. **Revista Kairós Gerontologia**, v.14, n.2, p.31-46, 2011.

VÁSQUEZ, N. S. M.; POSADA J. J. Z.; MESSEGER T. Conceptualización de Ciclo Vital Familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. **Revista CES Psicología**, v.8, n.2, p. 103-21, 2015.

VINCENT, D. Culturally tailored education to promote lifestyle change in Mexican Americans with type 2 diabetes. **J Am Acad Nurse Pract**. v.21, n.9, p.520-7, 2009.

WAMBIER, Teresa Celina Arruda Alvim. **Um novo conceito de família**- reflexos doutrinários e análise de jurisprudência. In. TEIXEIRA, Sálvio de Figueiredo. (Coord.). *Direitos de família e do menor*. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 1993. p. 83.

WHITING, D.R, GUARIGUATA, L, WEIL, C, SHAW, J. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. **Diabetes Res Clin Pract.** v.94, n.3, p.311-21, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **65th World Health Assembly closes with new global health measures** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2017**. Geneva: World Health Organization; 2017.

ZULIAN, L.R.; SANTOS, M.A.; VERAS, V.S.; RODRIGUES, F.F.L.; ARRELIAS, C.C.A.; ZANETTI, M.L. Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). **Rev Gaúcha Enferm.** v.34, n.3, p.138-46, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Conselho Nacional de Saúde.

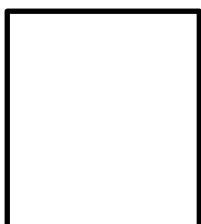
Prezado(a) Senhor(a):

Convidamos você para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “**Compreensão de idosos acerca das práticas educativas no cuidado do diabetes**”, que tem como objetivo: compreender como os idosos acometidos por Diabetes Melitus percebem as práticas educativas recebidas. Ao concordar com a participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá estar à disposição para responder as perguntas por meio de questionários. Durante a realização existe o risco de alguma pergunta lhe causar constrangimento ou incômodo, ficando o(a) senhor(a) à vontade para não responder tal pergunta. Sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades. A sua identidade será mantida em sigilo, somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a estas informações identificadas. Qualquer relatório ou publicação que seja resultado deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. O senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento e caso precise de mais informações sobre a pesquisa, pode entrar em contato com **Valéria dos Santos Ribeiro** ou **Roseanne Montargil Rocha** no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 3528-9600 ou e-mails: ribeirovs30@gmail.com ou roseannemontargil@gmail.com. Ou ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, no mesmo endereço indicado anteriormente, telefone (73) 3528-9727 ou pelo e-mail: cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br. Caso aceite participar livremente deste estudo, por favor, assine comigo este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) senhor(a). Agradeço sua atenção!

Assinatura da Participante _____

Assinatura do Pesquisador _____

Jequié/BA, ____/____/_____.



Polegar Direito

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

BLOCO I			
INQUÉRITO SOCIODEMOGRÁFICO			
1. Sexo: 1() Feminino 2() Masculino	2. Idade: _____ anos		
3. O(a) Sr(a) se considera de qual Cor/Raça :			
1() Branca	4() Indígena		
2() Amarela (oriental)	5() Preta		
3() Parda	6() Não Sabe		
4. Naturalidade? _____			
5. Situação Conjugal:			
1() Solteiro(a)	6. O(a) Sr(a) tem filhos?		
2() Casado(a) /União estável	1() Sim		
3() Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)	2() Não (pule para a questão 8)		
4() Viúvo(a)	7. Quantos filhos o(a) Sr(a) tem? _____ filhos.		
8. Escolaridade:			
1() Ensino Primário	3() Ensino Fundamental II	5() Ensino Técnico	7() Analfabeto
2() Ensino Fundamental I	4() Ensino Médio	6() Ensino Superior	
9. O(a) Sr(a) frequenta alguma religião?			
1() Católica	2() Evangélica/Protestante	3() Outra religião	4() Não frequento
10. O seu domicílio é: 1() Próprio 2() Alugado 3() Cedido 4() Outro			
11. Você mora só? 1() Sim (pule para a questão 13) 2() Não			
12. Quantas pessoas moram com o(a) Sr(a)? _____ pessoas			
13. Quem mora com o(a) Sr(a)?			
1() Companheiro(a)	3() Mãe	5() Irmão(s)	7() Cuidador (a)
2() Filho(s)	4() Pai	6() Neto(a)	8() Outro(s)
14. Renda: 1() Até 1SM 2() De 1 a 2 SM 3() 3 ou mais SM			
15. O(a) Sr(a) considera que têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária? 1() Sim 2() Não			

BLOCO II	
INQUÉRITO CLÍNICO	
1. Há quanto tempo tem diabetes? _____ anos _____ meses	
2. Tratamento utilizado: 1() Oral 2() Insulina 3() Não medicamentoso (atividades físicas, reeducação alimentar...) 4() Nenhum	
3. Possui alguma complicação decorrente da diabetes? 1() Sim 2() Não (pule para a questão 5)	
4. Qual complicação? () Nos rins () No olhos () Na circulação () Nos pés () Outra(s) _____	
5. Além da Diabetes, possui alguma dessas doenças?	
A) Reumatismo	1() Sim 2() Não
B) Artrite/artrose	1() Sim 2() Não
C) Osteoporose	1() Sim 2() Não
D) Asma ou bronquite	1() Sim 2() Não
E) Embolia	1() Sim 2() Não
F) Pressão alta	1() Sim 2() Não
G) Má circulação (varizes)	1() Sim 2() Não
H) Problemas cardíacos	1() Sim 2() Não
I) Problemas para dormir	1() Sim 2() Não
J) Catarata	1() Sim 2() Não
K) Glaucoma	1() Sim 2() Não
L) Problemas de coluna	1() Sim 2() Não
M) Tumores malignos	1() Sim 2() Não
N) Tumores benignos	1() Sim 2() Não
O) Problema de visão	1() Sim 2() Não
P) Depressão	1() Sim 2() Não
6. Sente dor crônica diariamente? () Leve () Moderada () Grave () Nenhuma dor	
7. Quantos medicamentos toma por dia? _____	
8. Algum dos medicamentos é antidepressivo? 1() Sim 2() Não	

9. Foi hospitalizado no último ano? 2() Não 1() Sim. Qual motivo(s)_____		
10. Realiza alguma atividade física? 2() Não 1() Sim. Quantas vezes por semana? _____		
11. O(a) Sr(a) fuma? () Fumo () Fumei, mas não fumo mais () Nunca Fumei		
12. Consome bebida alcoólica? () Excessivamente () Moderadamente () Não consumo		
13. Em geral você diria que sua saúde é: () Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim		
14. Comparando sua saúde de hoje com a de um ano atrás, diria que agora sua saúde é? () Melhor () Igual () Pior		
15. Medidas antropométricas () ignorado		
Peso_____ kg	Estatura_____ m	Circunferência Abdominal_____ cm

BLOCO III				
APGAR DE FAMÍLIA				
DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
		2	1	0
A = Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.	Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
P = Partnership (Companheirismo): Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
G = Growth (Desenvolvimento): Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
A = Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
R = Resolve (Capacidade Resolutiva): Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

**BLOCO IV
DIABETES E EDUCAÇÃO E SAÚDE**

1.O que é Diabetes Melitus?
2.Conhece alguma forma de evitá-lo?
3.Quais as formas de controle?
4.Quais as complicações a DM pode vim a provocar?
5.Quais são para você as vantagens e desvantagens de frequentar a UBS?
6.Quais as orientações que recebe para o cuidado com a DM nas consultas de enfermagem?
7.Consegue seguir todas as orientações?
8, Como sua família lhe auxilia no cuidado com a DM?
9.Além da UBS quais outros lugares/fontes de informações sobre o tratamento e controle da DM?
10.Qual foi a ultima vez que participou de uma atividade educativa coletiva na UBM? Qual? (sala de espera, palestra....)
11.Acredita que a orientação que recebe é suficiente para conhecer/tratar a DM?
12.Acredita que a orientação que recebe é suficiente para prevenir agravos da DM?
13.Sua vida mudou depois do diagnóstico da DM?

**BLOCO V
EMPIRISMO**

Diabetes é uma doença séria? () Sim ()Não () Não sei	Se você está acima do peso ou obeso, um dia vai desenvolver Diabetes Tipo? () Sim ()Não () Não sei
Comer muito açúcar causa diabetes? () Sim ()Não () Não sei	Pessoas com diabetes devem comer alimentos especiais para diabéticos? () Sim ()Não () Não sei
Pessoas com diabetes, só deve comer pequenas quantidades de alimentos ricos em amido, como pão, batata e massas? () Sim ()Não () Não sei	Pessoas com diabetes não podem comer doces ou chocolate? () Sim ()Não () Não sei
Diabetes pode ser transmitido de uma pessoa para outra? () Sim ()Não () Não sei	Pessoas com diabetes estão mais propensa a ter gripes e outras doenças? () Sim ()Não () Não sei
Frutas são 'comida saudável', então posso comer o quanto quiser? () Sim ()Não () Não sei	Diabetes acomete tanto mulheres como homens, de todas as idades? () Sim ()Não () Não sei
Diabetes tem cura? () Sim ()Não () Não sei	Diabetes do tipo 1 é mais grave do que tipo 2? () Sim ()Não () Não sei
Todo diabético precisa de aplicação de insulina? () Sim ()Não () Não sei	Quem tem diabetes pode fazer exercícios físicos? () Sim ()Não () Não sei

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRO E IDOSOS ACERCA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NO CUIDADO DA DIABETES

Pesquisador: Valéria dos Santos Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63527916.0.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.032.593

Apresentação do Projeto:

"A Diabetes Mellitus (DM) é uma condição crônica de impacto individual social, de complexificação a política pública, mas, sobretudo, da pessoa em convivibilidade com esta condição. Contudo, uma condição previsível com estreita relação a hábitos, costumes e estilo de vida saudáveis.

Neecessitando para sua prevenção ações articuladas entre as diversas esferas do aparelho gestor, e uma atenção básica com capacidade de alcançar o ser do cuidado potencializando as famílias a praticas de vida mais saudáveis. Nesse sentido, o trabalho objetiva analisar a adoção de práticas educativas no cuidado a Idosos acometidos por Diabetes Mellitus (DM) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como identificar a adoção de práticas educativas nos serviços das UBS na atenção a Idosos acometidos por DM; conhecer como os enfermeiros que atuam na assistência e Idosos com DM, percebem as práticas de prevenção do Diabetes Mellitus nas UBS e compreender na visão dos enfermeiros que atuam na assistência e Idosos com DM se as práticas de prevenção de Diabetes Mellitus são capazes de modificar o comportamento das pessoas. Trata-se

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiázinho CEP: 45.208-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-0727 Fax: (73)3525-8883 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.032.593

de uma pesquisa qualitativa, descritivo, exploratório, que será realizada nas quatro Unidades Básicas de Saúde, localizadas na área urbana da cidade de Jequié-Ba, tendo como participantes, os enfermeiros que atuam no programa de Controle de Hipertensão e Diabetes e Idosos com diabetes mellitus cadastrados no Serviço de Acompanhamento e Controle de Hipertensão e Diabetes. Como instrumentos de coleta, será utilizado um questionário elaborado com base na Teoria da Ação Racional, com a finalidade de realizar-se uma entrevista dirigida. Os dados serão organizados e para a análise será utilizada a Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin. O estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB*.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a adoção de práticas educativas no cuidado a Idosos acometidos por Diabetes Mellitus (DM) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Objetivo Secundário:

Identificar a adoção de práticas educativas nos serviços das UBS na atenção a Idosos acometidos por DM; Conhecer como os enfermeiros que atuam na assistência a Idosos com DM, percebem as práticas de prevenção do Diabetes Mellitus nas UBS; Compreender na visão dos enfermeiros que atuam na assistência a Idosos com DM se as práticas de prevenção de Diabetes Mellitus são capazes de modificar o comportamento das pessoas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a realização do questionário o participante da pesquisa poderá se sentir constrangido quanto a questionamentos sobre sua condição de saúde e conhecimentos acerca da referida patologia.

Benefícios:

Melhor compreensão dos processos educativos empregados nas Unidades Básicas de Saúde a o cuidado preventivo e de agravos à saúde de Idosos acometidos com diabetes mellitus.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiézinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIÉ
Telefone: (73)3524-0727 Fax: (73)3525-8883 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.032.593

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Diabetes Mellitus (DM) é uma condição crônica de impacto individual e social, de complexificação da política pública, mas, sobretudo, da pessoa em convivência com esta condição e sua rede de pertencimento. O projeto ora apresentado assenta-se na relevância da atenção básica em saúde no qual diz respeito a prevenção e controle aos fatores de risco da DM e suas complicações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os termos de apresentação obrigatória exigido pelo CEP da Uesb.

Recomendações:

Não procede.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 25/04/2017, a plenária do CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_823879.pdf	14/03/2017 17:48:00		Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	10/11/2016 17:24:40	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	09/11/2016 17:04:26	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto
Cronograma	atividades.pdf	09/11/2016 16:57:35	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto
Orçamento	orcamento.pdf	09/11/2016 16:56:59	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto
Outros	autorizacao_para_coleta.jpg	09/11/2016 16:52:40	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto
Outros	dec_do_orientador.jpg	09/11/2016 16:51:49	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto
Outros	dec_da_ao_coleta.jpg	09/11/2016 16:50:38	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto
Outros	cep.jpg	09/11/2016 16:48:43	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto
Outros	dec_2.jpg	09/11/2016	Valéria dos Santos	Acelto

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.208-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-0727 Fax: (73)3525-8888 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.032.593

Outros	dec_2.jpg	16:46:33	Ribeiro	Acelto
Outros	dec.jpg	09/11/2016 16:33:48	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto
Outros	dec_de_compromisso.jpg	09/11/2016 16:32:51	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto
Outros	Instrumentos.pdf	09/11/2016 16:25:05	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/11/2016 16:23:39	Valéria dos Santos Ribeiro	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 26 de Abril de 2017

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3525-0727 Fax: (73)3525-8883 E-mail: cepueb.ja@gmail.com

ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Inês Regina N. Flores, ocupante do cargo de coord. UBS do(a) SMS, AUTORIZO a coleta de dados do projeto "Percepção de Enfermeiro e Idosos Acerca das Práticas Educativas no Cuidado da Diabetes" dos pesquisadores Roseanne Montargil Rocha e Valéria dos Santos Ribeiro após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Jequié, 09 de Novembro de 2016

ASSINATURA: _____

Inês Regina N. Flores
COORD. UBS 04 2204
Coord. de Núcleo de Trabalho de
Qualidade e Educação Permanente

CARIMBO: _____

J. Rocha
Juliana Moreira Rocha
Coord. UBS Almerinda Lomanto
Decreto nº 17 779

Recebido
02/05/17